

СЕВЕРНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СЗО РАМН  
СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**БЮЛЛЕТЕНЬ  
СЕВЕРНОГО  
ГОСУДАРСТВЕННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО  
УНИВЕРСИТЕТА**

**№ 2**

**2009**

**(выпуск XXIII)**

АРХАНГЕЛЬСК  
2009

БЮЛЛЕТЕНЬ СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

№ 2 – 2009 год  
(выпуск XXIII)

---

---

**АННОТАЦИЯ:** В бюллетене представлены работы ведущих ученых, практических врачей, молодых ученых (интернов, ординаторов, аспирантов) и студентов, обучающихся в СГМУ и в других вузах. Статьи бюллетеня отражают основные направления научной работы и развития медицины: новые методы лечебно-диагностической помощи, здоровье матери и ребёнка, медико-экологические аспекты здоровья населения, проблемы охраны психического здоровья, организация медико-социальной помощи населению, совершенствование системы медицинского образования.

Главный редактор: проректор по научно-инновационной работе  
СГМУ, проф., д.м.н. С.И. Малявская

Зам. главного редактора: Председатель СМУ СГМУ к.м.н. А.В. Лебедев  
И.Ю. Теремецкая, 6 курс,  
медико-биологический факультет

Техническая группа: А.Н. Шурундина, 5 курс, лечебный факультет

### *Уважаемые авторы!*

Вы держите в своих руках очередной XXIII выпуск периодического издания Северного государственного медицинского университета и Северного научного центра СЗО РАМН – сборника научных работ «Бюллетень СГМУ», который издается с 1997 года.

В Бюллетене публикуются научные работы практических врачей, молодых ученых (интернов, ординаторов, аспирантов) и студентов ВУЗов, материалы научных конференций и конгрессов, проходящих в Северном государственном медицинском университете. В XXIII выпуск сборника вошли научные работы молодых ученых и студентов, а также материалы научно-практической конференции «Ментальная превентология», состоявшейся 19-21 ноября 2009 года в г.Архангельске в Северном государственном медицинском университете. Основными научными направлениями конференции были распространенность психических и наркологических расстройств среди различных социальных групп в современных условиях, новые формы выявления детей и подростков групп риска по отклоняющемуся и аддиктивному поведению, профилактика суицидов, профилактика синдрома профессионального выгорания, влияние факторов риска психической и наркологической патологии на репродуктивное здоровье женщины, практика работы «телефонов доверия», психогигиена и психопрофилактика, значение психологической и психофармакологической поддержки в первичной и вторичной профилактике психических и зависимых расстройств, участие профессиональных и общественных организаций в укреплении ментального здоровья населения, межведомственное взаимодействие в профилактике психических расстройств, антиалкогольной и антинаркотической работе.

Следующий, XXIV выпуск сборника «Бюллетень СГМУ» традиционно будет посвящен III Архангельской международной медицинской научной конференции молодых ученых и студентов, которая состоится 15-17 апреля 2010 г. в г. Архангельске в Северном государственном медицинском университете. Основная цель конференции – развитие студенческого и молодежного научного движения, научно-исследовательской активности студентов, аспирантов и молодых ученых, результативности и качества их научной деятельности, получение необходимого опыта выступлений и дискуссий, сохранение и развитие единого научно-образовательного пространства, установление контактов между будущими коллегами.

Ректорат, Совет молодых ученых, Студенческое научное общество Северного государственного медицинского университета и Северный научный центр СЗО РАМН приглашают Вас принять участие в работе III Архангельской международной медицинской научной конференции молодых ученых и студентов и опубликовать тезисы в специальном выпуске Бюллетеня (полная информа-

ция на официальном сайте конференции – [www.aims-conf.org](http://www.aims-conf.org) и в разделе Информация «Бюллетеня СГМУ»). Дата выхода сборника, посвященного материалам конференции: май 2010 г., дата размещения электронной версии на сайте СГМУ (<http://www.nsmu.ru/science/>): 20 апреля 2010 г.

Работа конференции будет проходить по тематическим симпозиумам, соответствующим основным разделам медицинской науки: хирургия; анестезиология и интенсивная терапия; онкология, лучевая диагностика и лучевая терапия; педиатрия; детская хирургия; стоматология; терапия; акушерство и гинекология; психиатрия и наркология, психотерапия, клиническая психология и неврология; вопросы фундаментальной науки (биология, физиология, морфология, теоретическая медицина); молекулярные и клеточные методы исследования в медицине; гигиена, экология и безопасность в чрезвычайных ситуациях; военная и морская медицина; организация здравоохранения, общественное здоровье, социология здоровья; сестринское дело; педагогика и психология высшей школы; история медицины и науки; социально экономическая устойчивость Баренц-региона; методы функциональной диагностики и информационные технологии в медицине; офтальмология и оториноларингология; биомедицинская химия и лабораторная диагностика; фармакология и фармация; профилактическая медицина.

Надеемся, что наше сотрудничество будет способствовать развитию молодежной науки, расширению и укреплению научных связей наших ВУЗов, даст возможность раскрыть молодым ученым и студентам творческий потенциал, приобрести опыт выступлений и дискуссий.

*Проректор по научно-инновационной работе  
Северного государственного медицинского университета,  
профессор, д.м.н.*

*С. И. Малявская*

# ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СБОРОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОТМОРОЖЕНИЙ

Алиева А.А.

Кафедра фармации и фармакологии СГМУ.

Научный руководитель: д.м.н. Назаренко Н.А.

В районах Крайнего Севера медицинскими учреждениями регистрируется более 11 тысяч случаев в год оказания медицинской помощи пострадавшим от общего переохлаждения организма из-за обморожений. Синтетические препараты, используемые в лечении переохлаждений, вызывают ряд нежелательных реакций организма. Поэтому разработка современных ЛС природного происхождения, используемых для лечения и профилактики является актуальной задачей фармацевтической науки.

Настоящая работа выполнена на базе кафедр фармации и фармакологии СГМУ, а также в Институте гомеопатии и натуротерапии Росздрава г. Москва.

Целью настоящего исследования явилась разработка критериев оценки подлинности и доброкачественности сбора №1, применяемого при отморожениях.

Объектами настоящего исследования служили образцы сбора, компоненты которого были приобретены в аптечной сети города Архангельска. Исследование производилось на пяти сериях.

На первом этапе нашей работы было произведено информационно-аналитическое исследование по каждому из ингредиентов. На основании результатов анализа литературы и собственных экспериментов, нами были разработаны:

Характеристики подлинности сборов. В соответствии с требованиями ГФ Х1 произведено изучение внешних признаков сбора и анатомические исследования сбора. Все диагностические анатомические признаки, присущие отдельным компонентам, определялись и соответствовали описаниям в частных статьях ГФ и литературе. Анатомическое изучение сбора проводилась на крупной и более мелкой фракции (проходящей сквозь сито с размером отверстий 0,25 мм).

Информационно-аналитическое исследование позволило установить, что основными группами биологически активных веществ сбора, входящего в состав сбора, являются флавоноиды, эфирные масла, дубильные вещества, полисахариды и сапонины. Мы подтвердили это качественными реакциями, разработав методики их проведения для сбора №1. В связи с тем, что сбор рекомендован к применению в виде настоя, качественные реакции были разработаны для настоев.

Обнаружение флавоноидов проводили также методом ТСХ на пластинках КЕЙЗЕЛЬГЕЛЬ в системе бутанол-1:уксусная кислота:вода. В качестве свидетеля использован рутин. Обнаружено 10 зон абсорбции, 8 из которых по их хроматографиче-

скому поведению были отнесены к флавоноидам, в т.ч. рутин, одна – к фенолкарбоновым кислотам, одна – к антраценам.

Учитывая, что флавоноиды являются доминирующей группой БАВ в сборе №1 на следующем этапе нами была разработана методика их количественного определения.

В основу методики был положен спектрофотометрический метод после реакции комплексообразования со спиртовым раствором  $AlCl_3$ .

Сначала мы провели подбор оптимальных условий извлечения суммы флавоноидов и отработали условия фотометрической реакции комплексообразования.

Параллельно регистрировали оптическую плотность комплекса РСО рутина со спиртовым раствором  $AlCl_3$ . Области максимального светопоглощения комплексов суммы флавоноидов в извлечениях из сбора и РСО рутина близки. Поэтому было решено определять сумму флавоноидов в пересчете на рутин (при длине волны – 410 нм).

На основании проведенных экспериментальных исследований предложена методика количественного определения суммы флавоноидов в пересчете на рутин.

Для расчета метрологических характеристик методики было проведено определение суммы флавоноидов в одном лабораторном образце сбора в 7 независимых повторностях. Отсутствие систематической ошибки методик доказано при помощи опытов с добавками РСО рутина. Таким образом доказано, что методика воспроизводима.

С помощью разработанной методики мы провели анализ 5 серийных образцов и предложили норму содержания суммы флавоноидов в пересчете на рутин.

Разработку других показателей качества сбора проводили в соответствии с требованиями ГФ Х1 и отраслевого стандарта качества лекарственных средств 2000 года. Нами рассчитано теоретическое содержание влажности и золы общей для сбора с учетом количественного соотношения ингредиентов в нем. Экспериментально полученные данные о содержании этих показателей соответствуют теоретически рассчитанным. Также разработана норма содержания золы, нерастворимой в 10% растворе кислоты хлористоводородной.

Также нами был проведен ситовой анализ пяти серий сбора №1. По результатам анализа предложены нормы измельченности.

На следующем этапе работы мы разработали технологические схемы производства сбора. Можно

выделить два подхода в производстве данного сбора. Первый – когда в качестве исходного материала используется цельное сырье. Все компоненты сбора измельчаются отдельно на специальном оборудовании (на отдельных технологических линиях), затем просеиваются, смешиваются и упаковываются. Второй подход – использование измельченного ЛРС. В этом случае сначала мы смешиваем те компоненты, которые можно в последующих стадиях совместно измельчить (травы и листья). Таким образом, уменьшается количество технологических линий. В последующих стадиях технологическая схема аналогична.

Выводы: 1. Анализ литературы показал, что все компоненты сбора – официальные виды ЛРС, сырьевая база которых достаточна.

2. Разработаны характеристики подлинности сбора №1, применяемого при отмирораживаниях: внешние признаки, микроскопия, качественные реакции, ТСХ

3. С использованием качественных реакций в настояях, полученных из сбора, подтверждено наличие дубильных веществ, флавоноидов, полисахаридов,

сахаров и сапонинов. Проведена гистохимическая реакция на эфирные масла.

Разработана методика ТСХ. С помощью использования РСО рутин доказано его наличие в сборе.

4. Разработана методика спектрофотометрического количественного определения суммы флавоноидов в пересчете на РСО рутин и абсолютно-сухое сырье. Относительная ошибка единичного определения с 95% доверительной вероятностью составляет 2,6%.

5. Разработаны показатели качества сбора.

6. Разработанные характеристики подлинности и показатели качества сбора №1 могут быть включены в проект НД.

7. Разработана промышленная технологическая схема производства сбора №1.

Механизм действия сбора – детоксикация, выведение продуктов распада, главным образом, белков, образующихся при отмирораживаниях. Результаты проведенных исследований оформлены в виде патента РФ на изобретение: «Сбор «Средство из растительного сырья для профилактики и лечения отмироражений» (№ 2326684).

## **ИНФОРМАЦИОННО- АНАЛИТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФРИГОПРОТЕКТОРОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

**Алиева А.А., Малетина Е.А.**

**Кафедра фармации и фармакологии СГМУ.**

**Научный руководитель: проф. Назаренко Н.А.**

Изучение патогенеза и эффективных методов лечения и профилактики холодовой травмы имеет большое государственное значение для повышения здоровья населения, проживающего не только в Северных регионах России, но и в других климатических зонах. Несмотря на большое количество работ посвященных изучению лекарственных препаратов, повышающих «устойчивость» к охлаждению, лечение отмироражений все еще остается весьма трудной задачей.

Использование многих синтетических препаратов в длительной терапии обладают большим количеством противопоказаний, побочных эффектов, зачастую токсичны и, следовательно плохо переносятся больными.

В связи с этим, учитывая тот факт, что в число современных фригопротекторов практически не включены лекарственные средства растительного происхождения, актуальной задачей фармацевтической науки является разработка и внедрение в медицинскую практику новых эффективных и безопасных лекарственных средств (ЛС) природного происхождения и, в частности сборов.

Сборы - одна из основных лекарственных форм, издавна применяемых в традиционных медицинских системах мира и в традиционной медицине (ТМ)

России и сохранивших свое значение в современной медицинской практике. Их популярность в настоящее время объясняется широтой и мягкостью терапевтического действия, отсутствием или незначительным количеством побочных явлений, дешевизной и относительной простотой изготовления.

Совместно сотрудниками кафедры фармации и фармакологии Северного государственного медицинского университета и Института гомеопатии и натуротерапии ФНКЭ ЦТМДЛ была разработана два новых сбора для профилактики и лечения отмироражений, на основе опыта применения отдельных видов лекарственного растительного сырья (ЛРС) и их сочетаний в ТМ России.

Целью настоящего исследования явилось проведение информационно- аналитического исследования традиционных прописей, применяемых для лечения отмироражений и выявление видов ЛРС и их сочетаний, наиболее часто встречающихся в прописях.

При анализе литературных источников научной и народной медицины имеющих положительный исторический опыт использования лекарственных растений при криотравме, нами было обнаружено, что в ТМ России для лечения отмироражений широко используются отдельные виды ЛРС и сборы различного состава.

В результате информационно - аналитического поиска было проанализировано 200 литературных источников и выделено 50 наиболее часто употребляемых лекарственных растений. Установлено, кроме того, что в ТМ России существует большой арсенал сборов, применяемых непосредственно для лечения основных симптомов, характерных для данной нозологии. При этом мы обнаружили большое количество упоминаний о применении в ТМ России отдельных видов ЛРС и сборов, рекомендуемых при проявлении, вызываемые всеми повреждающими факторами: местные (боли в области конечностей, отечности тканей, спазмах сосудов в области поврежденных конечностей, некрозе тканей и др.) и общие – а) психоvegetативный синдром (раздражительность, нарушение сна, головные боли, слабость, подавленное настроение), снижение аппетита, лихорадка, интоксикация; б) проявления, вызываемые конкретными этиологическими факторами ( альтерация, накопление в тканях медиаторов воспаления, пролиферация).

По результатам исследований нами составлена таблица, в которой отражены результаты подсчета общего количества сборов, применяемых при каждом из выделенных симптомов отморожения, а также – общее количество видов ЛРС, входящих в состав данных сборов (таб.№1). Затем нами была рассчитана частота использования (в %) видов ЛРС в сборах, применяемых при основных симптомах отморожения. Результаты отражены в (табл. №2).

Для лечения симптомокомплекса, характерного для отморожения в составе традиционных прописей чаще всего встречаются:

- при болях в области конечностей: корневище айра\*\*, цветки арники\*\*, лист барбариса\*\*, лист березы\*\*, корень горца птичьего\*, трава душицы\*, кора ивы\*\*, плоды облепихи\*\*, корень одуванчика\*, трава очитка\*\*, полыни\*, цветки ромашки\*, корень солодки\*, цветки софоры японской\*\*, трава сушеницы\*\*, лист эвкалипта\*\*.

-при отечности тканей: корневище айра\*\*, лист алоэ\*\*, корень алтея\*, цветки арники горной\*, лист бадана\*, лист барбариса\*, лист белокопытника\*\*, лист березы\*, лист брусники\*, цветки бузины\*, цветки василька\*, корень горца птичьего\*, трава душицы\*\*, зверобоя\*, золототысячелистника\*, кора ивы\*, лист каланхоэ\*, цветки календулы\*, кора калины\*\*, плоды каштана\*\*, цветки коровяка\*, лист крапивы\*, корневища кровохлебки\*, семена кунжута\*\*, трава лапчатки\*, лист мать-и-мачехи\*\*, плоды облепихи\*\*, корень одуванчика\*, лист осоки\*, трава очитка\*\*, трава полыни горькой\*, цветки ромашки\*\*, корень солодки\*, цветки софоры японской\*, корень стальника\*\*, трава сушеницы\*, цветки татарника\*\*, трава тысячелистника\*, хвоща\*\*, череды\*\*, луковичи чеснока\*, трава чистотела\*, плоды шиповника\*\*, лист эвкалипта\*\*.

- спазмах сосудов в области поврежденных конечностей: трава багульника\*\*, лист белокопытника\*, трава душицы\*, зверобоя\*, цветки календулы\*, коровяка\*, корень одуванчика\*\*, цветки ромашки\*, корень солодки\*\*, трава сушеницы\*\*, тысячелистника\*, чистотела\*\*.

-некрозе тканей (противовоспалительное): корневище айра\*\*, лист алоэ\*\*, корень алтея\*, цветки арники горной\*, лист бадана\*, лист барбариса\*, лист белокопытника\*\*, лист березы\*, лист брусники\*, цветки бузины\*, цветки василька\*, корень горца птичьего\*, трава душицы\*\*, зверобоя\*, золототысячелистника\*, кора ивы\*, лист каланхоэ\*, цветки календулы\*, кора калины\*\*, плоды каштана\*\*, цветки коровяка\*, лист крапивы\*, корневища кровохлебки\*, семена кунжута\*\*, трава лапчатки\*, лист мать-и-мачехи\*\*, плоды облепихи\*\*, корень одуванчика\*, лист осоки\*, трава очитка\*\*, трава полыни горькой\*, цветки ромашки\*\*, корень солодки\*, цветки софоры японской\*, корень стальника\*\*, трава сушеницы\*, цветки татарника\*\*, трава тысячелистника\*, хвоща\*\*, череды\*\*, луковичи чеснока\*, трава чистотела\*, плоды шиповника\*\*, лист эвкалипта\*.

- психоvegetативном синдроме:- лист барбариса\*\*, цветки бузины\*\*, трава душицы\*\*, кора ивы\*\*, цветки календулы\*, трава полыни\*, цветки ромашки\*\*, лист эвкалипта.

- лихорадке: цветки бузины\*, кора ивы\*, лист копытня европейского\*, трава полыни\*\*

- интоксикации: лист алоэ\*, цветки арники\*\*, плоды шиповника\*, лист березы\*\*, корень горца птичьего\*\*, трава очитка большого\*\*, трава череды\*\* и др.

При анализе данных, мы выявили 9 видов ЛРС, используемых в составе сборов как для лечения отморожений, так и всего симптомокомплекса отморожений: трава душицы, цветки ромашки, корень солодки, трава зверобоя, плоды шиповника, трава спорыша, цветки календулы, трава тысячелистника, листья березы. Чаще всего в состав сборов включаются трава зверобоя, трава тысячелистника, листья березы и трава душицы.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить виды ЛРС и их сочетания, наиболее часто используемые в ТМ России в составе сборов для профилактики и лечения отморожений. Результаты исследования могут быть использованы при разработке новых сборов для данного заболевания.

Выводы: проведен анализ литературных данных, обнаружено, что в ТМ России для лечения и профилактики отморожения широко используются отдельные виды ЛРС и сборы разнообразного состава. Проведено информационно-аналитическое исследование традиционных прописей сборов, используемых для лечения отморожений. Выявлены виды ЛРС, наиболее часто встречающиеся в составе данных прописей.

Выявлено 9 видов ЛРС, используемых в составе сборов как для лечения, так и для профилактики отморожений. Установлено, что в сборах для лечения и профилактики отморожений наиболее часто встречается сочетание четырех видов ЛРС: травы душицы, зверобоя, тысячелистника и листьев березы. Создана основа для разработки составов новых сборов - фригопротекторов.

\*-по данным Государственного реестра

\*\* -по данным литературы

# ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Амелина М. Н., 6 курс, факультет клинической психологии Институт психологии и психоневрологии СГМУ

Научный руководитель: доц. Миткевич В.А.

Адаптация к школе есть перестройка познавательной, мотивационной и эмоционально-волевой сфер ребёнка при переходе к систематическому организованному школьному обучению. Необходимость налаживать и поддерживать взаимоотношения с педагогами и сверстниками в ходе совместной учебной деятельности требует развитых навыков общения. Основными показателями адаптации ребенка к школе является адекватное поведение, контакт с одноклассниками и учителем, овладение навыками учебной деятельности. Показатель трудностей в адаптации – отклонения в поведении, которые легко заметить (Александровская Э.М., 1984). Арт-терапия представляет собой известное направление в работе психологов, социальных педагогов, использующее в качестве основных средств воздействия творческий процесс и его результаты. Основная цель арт-терапии состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания. Терапия искусством укрепляет личность ребенка, помогает структурировать его мировоззрение. Творя, дети обдумывают мир и ищут свой язык, связывающий их с «большим» миром и наиболее точно выражающий их внутренний мир. С точки зрения представителя классического психоанализа, основным механизмом коррекционного воздействия в арт-терапии является механизм сублимации (Копытин А. И., 2001).

Цель работы – изучить возможности методов арт-терапии на психо-эмоциональную сферу младших школьников, в адаптации к учебному процессу.

Для исследования был использован опросник состояний и настроений САН (М.П. Мирошников и соавт., 1973). Эксперимент проводился в общеобразовательной школе №28 г. Архангельска с декабря 2008 г. по май 2009г. В эксперименте участвовало 52 ученика, возраст детей 9-10 лет. Контрольный класс – 3Г (26чел.), экспериментальный – 3В (26чел.).

На первом этапе исследования был проведён сравнительный анализ межгрупповой динамики первоначальных показателей эмоционального состояния школьников. Усреднённые показатели методики значимо не различаются в обеих выборочных совокупностях и располагаются преимущественно в нормативном диапазоне. При этом следует отметить, что общее значение по тесту САН в экспериментальной группе несколько выше, чем в контрольной, хотя и статистически незначимо (5,72 и 5,69 соответственно). Межгрупповая динамика психологических показателей высчитывалась при помощи параметрического t-критерия Стьюдента (Немов Р.С., 2002), посредством

пакета прикладных программ MICROSOFT EXCEL.7 FOR WINDOWS. Анализ показал отсутствие различий по показателям самочувствия, активности и настроения между респондентами обеих групп (нет значимости  $p$ ), что свидетельствует об адекватности подбора испытуемых. На следующем этапе было проведено исследование тех же показателей на фоне арт-терапии. Усреднённые показатели методики САН заметно возросли (6,51 и 5,78 соответственно). Сравнительный анализ показал наличие значимых различий между группами. Значения самочувствия ( $p \leq 0,01$ ), активности ( $p \leq 0,01$ ) и настроения ( $p \leq 0,01$ ), как и общая оценка по САН ( $p \leq 0,01$ ), что свидетельствует об успехах эксперимента.

Сравнительный анализ внутригрупповой динамики показал, что в экспериментальной группе на фоне проводимой арт-терапии большинство показателей подверглись значимым изменениям. Самочувствие ( $p \leq 0,01$ ), активность ( $p \leq 0,001$ ) и настроение ( $p \leq 0,001$ ), как и общая оценка по САН ( $p \leq 0,01$ ) - свидетельствует об оптимизации психо-эмоционального состояния. В контрольной группе на фоне проводимой арт-терапии показатели самочувствия, активности и настроения, как и общая оценка по САН не получили значимых отличий (нет значимости  $p$ ).

Настоящая работа была направлена на подтверждение адекватности использования арт-терапии для оптимизации психо-эмоционального состояния младших школьников, как важного звена адаптации к учебному процессу. Для этого был разработан специальный план занятий, цель которого – активизация мобилизующих компонентов психо-эмоциональной сферы. Сравнительный анализ начальных психологических показателей доказал адекватность подбора исследовательских критериев. Сравнительный анализ по окончании арт-терапевтических мероприятий в экспериментальной группе выявил значительную динамику, повысились показатели самочувствия, активности, настроения. Внутригрупповая динамика также свидетельствовала в пользу положительного воздействия арт-терапии на вышеуказанные характеристики.

Таким образом, в ходе проведённого динамического исследования было доказано, что занятия с использованием арт-терапевтических методов оказывают положительное влияние на психо-эмоциональную сферу младших школьников, тем самым, облегчая процесс психологической адаптации к учебному процессу, так как в ходе занятий создаются благоприятные условия для развития навыков группового взаимодействия и общения.



# КОМПЬЮТЕР НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ – ДОСТИЖЕНИЯ, ЗАДАЧИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Антушева Е.В., VI курс, педиатрический факультет.

Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии СГМУ.

Научный руководитель : д.м.н., проф. Макарова В. И.

Несмотря на обилие исследований о компьютерной технике вообще и применении её в различных сферах человеческой деятельности, сравнительно мало написано об использовании персонального компьютера (ПК) в работе врача, и особенно врача-педиатра. Поэтому компьютеризация его работы носит пока стихийный характер, сводящийся, главным образом, к обеспечению компьютерной техникой, но не решающий проблемы обучения персонала работе с ПК и не регламентирующий степень участия ПК в процессе работы.

Цель исследования: рассмотреть состояние компьютеризации рабочих мест медицинского персонала, в частности, врачей-педиатров детской поликлиники, указать преимущества и трудности этого процесса и определить возможные пути решения проблем.

На момент выполнения работы ПК (последняя модель, оснащенная жидкокристаллическим монитором, с установленной рабочей системой Windows XP и полностью готовая к работе) обеспечены все участки и дневной стационар. Активно ли компьютеры участвуют в работе врачей? Для ответа на этот вопрос необходимо идентифицировать проблемы и задачи, возникающие при внедрении ПК в работу врачей-педиатров участка, а также отметить дальнейшие перспективы развития компьютеризации.

ПК позволяет существенно сэкономить время обработки информации. На поиск и «подъём» истории развития ребенка (амбулаторной карты) из регистратуры в кабинет педиатра, запись в карточку, выдачу направлений тратится от 5 до 8 минут рабочего времени. Обработка той же информации при использовании ПК будет занимать не более 1-3 минут. При большой загруженности врача-педиатра, когда на обслуживание одного пациента отводится от 15 до 20 минут, это достаточно существенная разница.

Много времени уходит на поиски необходимого результата исследования и на сортировку этих результатов по участкам и амбулаторным картам, который происходит вручную. Этот процесс занимает до 30 минут в день. В то время как при использовании

единой информационной электронной сети, это будет занимать не более нескольких секунд.

Мешает внедрению этой операции многолетняя отлаженность «старой системы» и ряд технических препятствий. Одним из них является проблема навыков работы с ПК. Многие медицинские работники не владеют ими, либо владеют в недостаточной степени для оптимального использования ПК. Второе – это практически полное отсутствие какой-либо систематичности в использовании ПК. Решение этого вопроса даётся на откуп самим врачам, причём нет установленных алгоритмизированных шаблонов, по которым следует записывать информацию. Однако, такое положение дел на современном этапе вполне объяснимо: внедрение ПК в работу врачей педиатрических участков участка произошло совсем недавно. Основная документация пока ведётся в письменном варианте, и мгновенный переход на печатную и электронную форму невозможен.

Таким образом, две главные задачи, возникают при внедрении компьютерных технологий в работу врачей-педиатров поликлиники – это обучение персонала (не только врачей, но и медсестёр) навыкам работы с ПК и создание единой системы описания состояния пациента, различных аспектов развития ребёнка, симптомов заболевания и лечения. Эта система позволит не только создать стандартные шаблоны для описания, но и единую базу данных, в которую будут внесена однотипная информация по всем пациентам.

Определённую помощь в компьютеризации участков могут оказать студенты, проходящие в поликлинике летнюю практику. Большинство из них владеет ПК и может не только обучить этому персонал, но и оказать помощь в переводе информации в электронный вариант, создании баз данных и электронных таблиц. Можно предположить, что при имеющихся предпосылках в детской поликлинике компьютер вскоре прочно займёт своё место как помощник и консультант врача-педиатра.

# ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Арсеньев А.В., Алексеев В.А., Филатов Е.С.

Томский военно-медицинский институт

Кафедра хирургии

Научный руководитель: к.м.н. Петлин А.В.

В отличие от камней мочевого пузыря и почек, камни мочеточников, в большинстве случаев, вызывают нарушение уродинамики – стаз мочи, нарушение микроциркуляции как в мочеточнике в месте стояния камня, так и в почечной паренхиме, что является причиной отёка паренхимы, гидронефротической трансформации, почечной недостаточности, а присоединение бактериального компонента и возникающие рефлюксы - к воспалительным осложнениям, вплоть до развития инфекционно-токсического шока. Окончательное лечение данной проблемы чаще заключается в удалении камней.

В Конструкторско-Технологическом Центре Томского Научного Центра СО РАН был разработан и внедрен в клиническую практику на базе клиники хирургии ТВМедИ малогабаритный электроимпульсный литотриптор «Камень». Параметры работы аппарата: энергия импульса зонда 0,1-0,7Дж; частота следования импульсов 1-5 Гц; длительность фронта импульса до 1 мкс. В основе действия данного прибора – разрушение материала путем воздействия электрического импульса наносекундной длительности на тело, погруженное в жидкость, в результате чего разряд развивается в объеме камня и вся энергия тратится на его разрушение, а не образование ударной гидравлической волны.

С целью оптимизации параметров работы прибора был разработан аппарат «Уролит», обладающий следующими техническими характеристиками: габариты 320x110x420мм; вес 9кг; энергия импульса зонда для фрагментации камней в мочеточниках: 0,2-1,0Дж; количество импульсов, генерируемых в одной пачке: 2-99; частота импульсов, генерируемых в одной пачке: до 5Гц. В связи с повышением параметров мощности контактного электроимпульсного литотриптора «Уролит» по сравнению с аппаратом «Камень» возник вопрос о безопасности электрического разряда большой мощности (до 1Дж) для живых тканей.

С целью изучения степени повреждения и сроков восстановления слизистой оболочки мочеточника на базе ТВМедИ проводилась экспериментальная работа на 10 беспородных собаках массой тела от

8 до 20кг. Животным выполнялась лапаротомия в ходе которой на слизистую мочеточника воздействовали непосредственным контактом электрода с мощностью энергии в импульсе до 1Дж затем рану ушивали послойно.

В различные сроки мочеточники забирались для гистологического исследования. Исследование гистологических препаратов проводилось на микроскопе Axiostar plus. Под увеличением x100 и x400. Окрашивание гистопрепаратов гематоксилин-эозин. Микрофотографии полученных срезов выполняли на микроскопе Axiostar plus при помощи фотокамеры Nikon 100 и стандартных программ обработки изображения Photoshop 9.0 и ACDSee (США).

На полученных срезах были выявлены следующие изменения стенки мочеточника: сразу после воздействия: кровоизлияния в стенку мочеточника, пропотевание эритроцитов в просвет мочеточника, слущивание покровного эпителия, тромб в просвете мочеточника, разволокнение стенок и отёк мышечного слоя мочеточника. Через 1 сутки: отек всех слоёв с участками кровоизлияний, разволокнение мышечного слоя, слущивание покровного эпителия, сужение просвета мочеточника. На 7 сутки: воспалительный инфильтрат стенки мочеточника в месте воздействия. В мышечном слое очаговый фиброз, молодая грануляционная ткань, в участке “разволокнения” активное пропотевание эритроцитов, лимфолейкоцитарная инфильтрация парауретеральной клетчатки. На 14-е сутки: воспаление в мышечной ткани, в подслизистом и мышечном слоях лимфолейкоцитарная инфильтрация, гиперплазия покровного эпителия мочеточника, образование молодой грануляционной ткани, фиброз между мышечными волокнами. Через 3 мес. после операции: полное восстановление покровного эпителия мочеточника. Образования участков некроза, грубой рубцовой ткани и стриктур мочеточника не отмечалось.

Заключение. Метод контактной электроимпульсной литотрипсии является относительно безопасным для тканей мочеточника, что позволяет рекомендовать его для внедрения и использования в клинической практике.

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Афанасьева А.А., V курс, лечебный факультет, Тарабукин А.В., Скоценко Д.С., Неледова Л.А., Дуберман Б.Л.

Кафедра факультетской хирургии СГМУ, кафедра хирургии ФПК и ППС.

МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волоsevич» г. Архангельска.

Научный руководитель: к.м.н. Мизгирёв Д.В.

Актуальность: Опухоли органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) составляют 15% всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и имеют тенденцию к увеличению (Долгушин Б.И., Патютко Ю.И., 2006). Среди органов БПДЗ опухолью наиболее часто поражается поджелудочная железа (ПЖ) – 63–86%, причем более 60% новообразований приходится на головку ПЖ (Трапезников Н.Н., 2000; Косырев В.Ю., 2001).

Одним из наиболее обсуждаемых вопросов лечения механической желтухи является выбор метода миниинвазивной декомпрессии желчевыводящих путей (ЖВП).

Цель работы: оценить эффективность диагностики и лечения больных с механической желтухой опухолевого генеза с помощью малоинвазивной методики декомпрессии желчевыводящих путей –чрескожной чреспечёночной холангиостомии (ЧЧХС), проанализировать послеоперационные осложнения и летальность.

Пациенты и методы: В исследование включены 16 больных с механической желтухой опухолевого генеза. Средний возраст больных составил  $63 \pm 13,7$  года. Длительность желтухи – от 1 до 53 суток. Средний уровень билирубина -  $294,6 \pm 15,5$  мкмоль/л. Основные этиологический факторы желтухи: опухоль головки поджелудочной железы (61,1%), опухоль ворот печени (11,1%), метастазы других опухолей в ворота печени (13,9%). У всех больных диагноз подтверждён при морфологическом (гистологическом) исследовании.

Всем больным выполнялась ЧЧХС как метод декомпрессии ЖВП. Критерии эффективности определялись по динамическим показателям уровня билирубина в крови пациентов на фоне лечения.

Результаты: Средние динамические показатели уровня билирубина при применении методики ЧЧХС составили:

1 сутки:	общий билирубин - 294 мкмоль/л прямой билирубин - 220,5 мкмоль/л
3 сутки:	общий билирубин - 122,7 мкмоль/л прямой билирубин - 103,6 мкмоль/л
14 сутки:	общий билирубин - 84,3 мкмоль/л прямой билирубин - 67,8 мкмоль/л

Анализ полученных данных показал достаточно быстрое и равномерное снижение уровня билирубина крови после ЧЧХС, что сопровождалось клиническим улучшением состояния больных.

Анализ осложнений, необходимости повторных вмешательств при проведении ЧЧХС: отмечено 10 осложнений - в 2-х случаях произошла миграция дренажа, в 5 случаях развился плеврит, у 3 больных в раннем послеоперационном периоде отмечалось кровотечение из раны после холангиостомии, у одного больного – развитие холангита. У 9 больных в послеоперационном периоде возникла необходимость в дополнительных вмешательствах: установка назогастрального зонда для возврата желчи (эндоскопически) – 2, в 2 случаях потребовалось редренирование (после миграции дренажа), инструментальная ревизия холедоха – 1, диагностическая лапароскопия на предмет панкреонекроза в одном случае.

Летальность в стационаре: 3 больных. Во всех случаях смерть наступила в результате прогрессирования основного заболевания, развития полиорганной недостаточности.

Выводы: ЧЧХС как метод декомпрессии ЖВП при механической желтухе опухолевого генеза является достаточно эффективным, несмотря на высокий процент осложнений (которые в свою очередь можно расценить как «лёгкие», и которые не приводят к летальному исходу, полностью купируются консервативно или повторными вмешательствами). После осуществления билиарной декомпрессии с использованием малоинвазивных методов происходит существенное улучшение состояния больных, в связи с чем появляется возможность оперативного лечения с более низким количеством осложнений и более низкой летальностью. У неоперабельных больных малоинвазивные желчеотводящие вмешательства могут служить окончательным методом лечения, позволяющим продлить срок жизни пациента и существенно улучшить ее качество. Требуется изучение и сравнение различных способов желчеотводящих вмешательств, совершенствование методик и алгоритма лечения данной категории больных.

# **ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК РЕЗУЛЬТАТ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ПО МАТЕРИАЛАМ АОКБ ЗА 2007-2008 Г.)**

**Бакум М.П., Иванова С.Н., Ленкина В.В., Конкина М.А.**

**Кафедра внутренних болезней, ФПК и ППС СГМУ.**

**ГУЗ «Архангельская областная клиническая больница», г. Архангельск**

**Научный руководитель: проф. Дворяшина И.В.**

**Главный врач ГУЗ «АОКБ»: к.м.н. Березин А.В.**

Ишемическая болезнь почек (ИБП) – заболевание почек, обусловленное атеросклеротическим (стенотическим или тромбозоболеческим) поражением почечных сосудов различного диаметра с нарушением их проходимости и выраженным двусторонним диффузным обеднением почечного кровотока, приводящим к снижению фильтрационной функции и прогрессирующему нефросклерозу. В зависимости от причины и механизмов почечной ишемии, характера течения заболевания и прогноза можно выделить несколько вариантов ИБП: атеросклеротический стеноз, холестериновая эмболия сосудов почек, смешанная ишемия (в результате сочетания стеноза и холестериновой эмболии) и двусторонний гемодинамически значимый стеноз. По клиническим проявлениям ишемическая болезнь почек может быть, как острая (или инфаркт почки) так и хроническая, в которой выделяют виды – быстро прогрессирующая, медленно прогрессирующая и стадии – доклиническая, начальная, выраженная, терминальная. Клинические проявления могут отсутствовать как на ранней стадии болезни, так и не более поздних стадиях. К тому же зачастую ее симптомы маскируются сопутствующими заболеваниями почек. В связи с этим, к сожалению, у значительной части больных диагноз ставится на стадии терминальной почечной недостаточности или посмертно. Клиническая картина ИБП весьма неспецифична и складывается из сочетания АГ, мочевого синдрома и нарушения функции почек. Особенностью данной патологии, является несоответствие выраженности снижения функции почек и умеренной выраженности мочевого синдрома.

Особенностями АГ при ИБП являются - высокие цифры АД, часто с гипертоническими кризами, тяжелым поражением органов мишеней; резистентность к большинству традиционных антигипертензивных ЛС. Иногда развивается острая почечная недостаточность при назначении ингибиторов АПФ, высокоспецифичная для диагностики ИБП.

Цель нашей работы: оценить особенности клиники и диагностики ИБП у пациентов с атеросклеротическими стенозами почечных артерий.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов терапевтических, хирургических, торакального,

кардиологического отделений АОКБ за 2007-2008 год. Были отобраны и проанализированы 34 истории болезни пациентов с распространенным атеросклерозом, сочетающимся со стенозами почечных артерий различной степени. Средний возраст составил 59 лет, большинство - мужчины, 76% - не работающие; курящие - 40% ( в 35% случаев не было отмечено о наличии курения), наследственность была отягощена в 40% случаев. Дислипидемия встречалась у 65% больных, поражение органов мишеней в 80% случаев. У 9% больных уже имелась анемия. По данным ультразвукового исследования чаще встречалось уменьшение размеров почек и истончение паренхимы (7 чел), отмечены кисты почек, удвоения почек, расширение чашечно-лоханочной системы и мочекаменная болезнь. По локализации атеросклеротического поражения большинство больных страдали ИБС (62%), 17% больных имели облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, сочетание в 20%. Важно отметить, что в 65% случаев имелось поражение других артерий, причем 86% - это стенозы БЦА различных степеней.

Клинические проявления ИБП весьма не специфичны: ангинозные боли – 17, синдром перемежающейся хромоты - 10, головокружение и головные боли – 23. АГ встретилось в 100% случаев (у всех больных), а изменения в ОАМ выявлены лишь у 16 человек (изогипостенурия - 29%, протеинурия - 20,6%, в единичных случаях лейкоцитурия, эритроцитурия). ОАМ в норме - у 50% больных. Исследование мочи на микроальбуминурию не проводилось.

По распространенности стенозов: 53% - стенозы ППА, 20% - стенозы ЛПА, 26% - двусторонние стенозы. По степени тяжести большинство стенозов – грубые, 30% - умеренные, 26% - легкой степени.

Анализ историй болезни показал, что диагноз ИБП врачами практически не используется, а выставляется только наличие стенозов ПА. Хотя наличие факта атеросклеротического поражения почечных артерий диктовало провести расчет СКФ для определения стадии ХБП. Нами был проведен перерасчет СКФ по формуле MDRD всем пациентам. Снижение СКФ менее 60 мл/мин было в 55,8% случаев, что требовало уста-

новить ХБП 3-4 стадии. Все пациенты получали консервативную терапию. Это АК (82,30%), В-блокаторы (79,4%), ингибиторы АПФ (55,8%), диуретики (52%), антиагреганты (50%). Статины получали лишь 25% больных. Реконструктивное сосудистое лечение было проведено 5 больным: 3 пациентам - стентирование почечных артерий, 2 больным - баллонная ангиопластика.

Выводы. В большинстве случаев ИБП диагностируется на стадиях значительного снижения СКФ, соответствующего ХБП 3 ст. и выше. Правильно

и своевременно поставленный диагноз ХБП предопределяет необходимость внимательной оценки применения лекарственной терапии. Своевременно поставленный диагноз предопределяет необходимость скрининга для раннего выявления осложнений ХБП, эффективного воздействия на факторы риска прогрессирования поражения почек, в том числе на атерогенную дислипидемию и АГ. Всем пациентам, имеющим распространенный атеросклероз с поражением ПА, необходимо определять СКФ по формуле MDRD и определения стадии поражения ХБП.

## **ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ПАТОЛОГИИ ГЛАЗ У СТУДЕНТОВ 4 КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ**

**Багина А.Ю., 6 курс, лечебный факультет, Прелухина Н.В., Кондратьева О.В., 5 курс, педиатрический факультет**

**Кафедра офтальмологии СГМУ.**

**Научный руководитель: к.м.н. Кузнецова Н.А.**

В связи со значительным учащением патологии глаз и снижением остроты зрения в студенческие годы актуальным является изучение сравнительной частоты различных форм патологии глаз.

Цель: изучение заболеваемости глаз у студентов 4 курсов лечебного факультета в 2006-2009 учебных годах.

При исследовании проверялась острота зрения, поле зрения (на белый, красный, синий, зеленый цвета), цветоощущение, характер зрения, объем аккомодации, относительная аккомодация, экзофтальмометрия, внутриглазное давление пальпаторно. На каждого студента заполнялась карта обследования.

В 2005-2006 учебном году осмотрено 63 студента: из них 20 (31,7%) мужчин и 43 (68,3%) женщины. Средний возраст – 21 год.

Нормальная острота зрения (1,0 и больше) выявлена у 26 человек (41,3%). Снижение остроты зрения и нарушение рефракции выявлено у 37 студентов (58,7%): из них - у 24 (38%) – миопия легкой степени, у 7 (11,1%) – средней степени, у 2 (3,2%) – тяжелой степени, у 2 (3,2%) – гиперметропия легкой степени, у 1(1,6%) – средней степени. Спазм аккомодации обоих глаз у 1 студента (1,6%). Наследственностьотягощена у 13 человек (20,6%). У 1 студента (1,6%) обнаружено нарушение бинокулярного зрения (монокулярное зрение). У всех обследуемых была нормальная трихромазия и нормальное внутриглазное давление. Снижение зрения за время обучения произошло у 15 студентов (23,8%).

В 2006-2007 учебном году осмотрено 29 человек: из них 6 мужчин (20,7%) и 23 женщины (79,3%). Средний возраст – 21 год.

Нормальная острота зрения выявлена у 10 человек (34,5%). Снижение остроты зрения и соответствен-

но нарушение рефракции выявлено у 19 студентов (65,5%): из них у 12(41,4%) – миопия легкой степени, у 6 (20,7%) – средней степени, у 1(3,4%) – тяжелой степени. Наследственностьотягощена у 14 человек (48,3%). Нарушение бинокулярного зрения (монокулярное) обнаружено у 2 студентов (6,9%). У всех обследуемых нормальное внутриглазное давление. У 1 человека (3,4%) выявлено нарушение цветоощущения (трито- и дейтеропатия I степени), у остальных 28 студентов (96,6%) – нормальная трихромазия. Снижение зрения за время обучения произошло у 12 студентов (41,4%).

В 2007-2008 учебном году осмотрен 51 человек: из них 23 мужчины (45,1%) и 28 женщин (54,9%). Средний возраст – 21,8 год.

Нормальная острота зрения (рефракция эмметропия) выявлена у 16 человек (31,3%). Снижение зрения и нарушение рефракции выявлено у 35 студентов (68,6%): из них у 19 (37,3%) – миопия легкой степени, у 11 (21,6%) – средней степени, у 4 (7,8%) – тяжелой степени, у 1 (1,9%) – гиперметропия средней степени. Наследственностьотягощена у 21 человека (41,2%). У всех обследуемых нормальная трихромазия, бинокулярное зрение и нормальное внутриглазное давление. Снижение зрения за время обучения произошло у 15 студентов (29,4%).

В 2008-2009 учебном году осмотрено 52 человека: из них 12 мужчин (23,1%) и 40 женщин (76,9%). Средний возраст обследуемых составил 21,9 год.

Нормальная острота зрения выявлена у 17 человек (32,7%). Снижение остроты зрения в результате нарушения рефракции выявлено у 35 студентов (67,3%): из них у 23 (44,2%) – миопия легкой степени, у 10 (19,2%) – средней степени, у 1 (1,9%) – тяжелой степени, у 1 (1,9%) – ги-

перметропия средней степени. Наследственность не отягощена у всех обследуемых. У всех была нормальная трихромазия, нормальное внутриглазное давление. У 2 студентов (3,8%) выявлено нарушение бинокулярного зрения (одновременное зрение). 15 человек (28,8%) отметили снижение зрения за время обучения.

Таким образом обследовано 195 человек: из них 61 мужчина (31,3%) и 134 женщины (68,7%). Средний возраст – 21,4 год.

Нормальная острота зрения выявлена у 69 человек (35,4%). Снижение остроты зрения из-за нарушения рефракции выявлено у 125 студентов (64,1%). Из них у 78 (40%) – миопия легкой степени, у 34 (17,4%) – средней степени, у 8 (4,1%) – тяжелой степени, у 2 (1%) – гиперметропия легкой степени, у 2 (1%) – средней степени. У 1 человека (0,5%) обнаружен спазм аккомодации обоих глаз. Наследственность отягощена у 48

обследуемых (24,6%). У всех обследуемых нормальное внутриглазное давление. У 5 студентов (2,5%) обнаружено нарушение бинокулярного зрения, что ограничивает выбор профессии – невозможность работать хирургом, офтальмологом, врачом-лаборантом. Патология цветоощущения выявлена у 1 человека, что является противопоказанием для поступления в медицинский университет. 57 студентов (29,2%) отметили снижение зрения за время обучения.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой частоте миопии у обследуемых и снижении остроты зрения после поступления в ВУЗ. В связи с этим всем студентам рекомендуется:

1. соблюдать режим зрительных нагрузок
2. осмотр офтальмолога 1-2 раза в год
3. курсы профилактического лечения в условиях поликлиники и дневного стационара

## **РОЛЬ АДГЕЗИВНЫХ МОЛЕКУЛ ЭНДОТЕЛИЯ В ИММУННЫХ ПРОЦЕССАХ**

**Барандова М.А., VI курс, лечебный факультет**

**Кафедра нормальной физиологии СГМУ**

**Научный руководитель: доц., к.м.н. Зашихина В.В.**

Установлено, что на поверхности эндотелиальных клеток экспрессируются адгезивные молекулы, которые участвуют в межклеточных взаимодействиях и обеспечивают точную настройку миграции лейкоцитов сквозь эндотелий при воспалении и последовательное прибытие в очаг различных клеточных популяций.

Среди адгезивных молекул эндотелия можно выделить три группы: селектины, рецепторы к интегринам и рецепторы к L-селектинам. Эндотелиальные клетки синтезируют два типа селектинов: P- и E-селектины. Из них P-селектины синтезируются в физиологических условиях, хранятся в цитоплазме клеток в специальных гранулах и в малых количествах встраиваются в мембрану, а E-селектины, являясь основными селектинами эндотелиальных клеток, экспрессируются на поверхности эндотелия лишь при его активации. Кроме того, селектины могут слушаться с поверхности эндотелия и существовать в виде растворимых молекул, выполняя функцию цитокинов. Рецепторами для L-селектина, синтезируемого, в свою очередь, лимфоцитами, служат на эндотелии молекулы CD15, CD66 и GLyCAM-1. Кроме того, на поверхности эндотелия имеются рецепторы к интегринам, которые экспрессируются нейтрофилами, B- и T-лимфоцитами, эозинофилами, NK-клетками, дендритными клетками, моноцитами и макрофагами. Ими служат молекулы CD106 (VCAM-1), экспрессируемые на активированных клетках эндотелия и связывающиеся с  $\beta$ 1-интегринами

клеток иммунной системы, ряд молекул ICAM (из которых только ICAM-2 (CD102), имеется на покоящихся эндотелиоцитах), взаимодействующих с  $\beta$ 2-интегринами лейкоцитов.

В механизме миграции клеток через эндотелиальный барьер можно выделить 4 стадии: активация эндотелиальных клеток, «качение» клеток вдоль сосудистой стенки, прочная адгезия клеток, или «арест», и диапедез их через эндотелиальный пласт. В физиологических условиях эндотелиальные клетки активируют цитокины (интерлейкины 1, 4, фактор некроза опухоли), тромбин, гистамин, увеличение напряжения сдвига на участке артерии. При этом процесс обычно ограничивается «качением» клеток вдоль сосудистой стенки, а стимуляции клеток для миграции их через эндотелий не происходит. При патологических процессах эндотелий активирует главным образом бактериальный липополисахарид, накопление окисленных липопротеидов в субэндотелиальном пространстве, а также увеличение содержания тех же факторов, действующих и в обычных условиях. В любом случае, активация эндотелиальных клеток начинается с перемещения в мембрану P-селектина из цитоплазматических гранул. На поверхности клеток P-селектин в присутствии кальция взаимодействует с молекулой CD15, представленной на поверхности нейтрофилов и лейкоцитов (в виде вещества Льюиса), что приводит к слабой адгезии клеток к эндотелию и обеспечивает их «качение» вдоль сосудистой стен-

ки. Формирование прочной адгезии начинается со стимуляции эндотелия фактором некроза опухоли, интерлейкином-1, в результате начинается экспрессия генов Е-селектина и ряда цитокинов. Е-селектин перемещается в мембрану, где взаимодействует с теми же, что и Р-селектин, рецепторами на клетках иммунной системы, обеспечивая начальные этапы более прочной адгезии. Одновременно с этим, под действием интерферона и интерлейкинов в эндотелии активируется экспрессия молекул ICAM и VCAM. Взаимодействие этих адгезивных молекул с интегринами передается через цитоплазматический участок на цитоскелет лейкоцита. Это, с одной стороны, приводит к полной остановке клеток, их прилипанию и прочной адгезии, а с другой – служит дополнительным источником сигналов в клетку иммунной системы. Следующий после прочной адгезии диapedез лейкоцитов через эндотелий контролируется частично теми же интегринами, взаимодействующими с молекулами ICAM-1, расположенными уже на латеральной и базальной поверхности эндотелиальных клеток.

Цитокины из очага воспаления вызывают очередной этап активации эндотелия и усиление миграции клеток естественной защиты через сосудистый барьер, что с одной стороны обеспечивает прогрессирование воспаления, а с другой – повышение

устойчивости эндотелиальных клеток к гибели по механизму апоптоза.

Нарушение синтеза и выделения эндотелиальных молекул адгезии и, как следствие, изменение их концентрации на поверхности клеток и в плазме сопряжено с рядом патологических состояний. Высокий уровень Р-селектина, сопровождается чрезмерным накоплением нейтрофилов на поверхности эндотелия, что связано с множеством воспалительных процессов. Присутствие Е-селектина на ретинальном сосудистом эндотелии предполагает его роль в патогенезе заболеваний глаза, обусловленных иммунологическими нарушениями. Малигнизированные клетки экспрессируют рецепторы для Р-селектина эндотелия. Связь селектинов с соответствующими рецепторами на поверхности циркулирующих опухолевых клеток обеспечивает начальную фазу адгезии опухолевых клеток к эндотелию, способствуя опухолевой инвазии сосудов и формированию метастазов.

Было доказано, что прилипание лимфоцитов к эндотелию можно подавить антителами к молекулам межклеточной адгезии лимфоцитов или эндотелия либо растворимыми препаратами самих этих молекул. Именно на таком подходе разрабатываются новые способы лечения болезней иммунологического патогенеза.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Белюсова И.Г., Меньшикова Л.И.**

**МУЗ «Северодвинская городская детская клиническая больница»**

**г. Северодвинск**

Подростки – особый контингент в составе населения, состояние здоровья которого является барометром социального благополучия, а также предвестником изменений в здоровье населения в последующие годы. Это ближайший репродуктивный, интеллектуальный потенциал; экономический, социальный и культурный резерв общества, который в настоящий период страдает в первую очередь. Именно в подростковом периоде происходит качественная смена поведенческих реакций, переход от полной социальной зависимости к частичной или полной независимости, формируется социальное здоровье.

По итогам Всероссийской диспансеризации (2002г.) более 50% подростков имеют ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья, 50-70% являются не годными к службе в армии, у каждого пятого подростка выявляются проблемы в репродуктивной сфере.

Состояние здоровья детей и подростков в г. Северодвинске в течение последнего десятилетия также имеет негативные тенденции, которые выражаются ростом общей и первичной заболеваемости,

увеличением темпов прироста заболеваемости у подростков по сравнению с детьми.

В подростковом возрасте биологические и социальные границы не совпадают. Большое влияние на здоровье подростков оказывают личностные факторы (смена идеалов, падение нравственности, употребление алкоголя, курение и т.д.). Вместе с тем, в силу физиологических, функциональных и психологических особенностей подросткового периода нарушения здоровья в этом возрасте чаще носят функциональный характер, они еще обратимы и поддаются коррекции.

Учитывая все эти особенности, оказание медицинской помощи подросткам наиболее целесообразно проводить, используя стационарозамещающие технологии – дневной стационар (ДС). При этом сохраняется возможность продолжать учебу, занятия в учреждениях дополнительного образования, сохранять контакты со сверстниками, не меняя кардинальным образом сложившиеся стереотипы поведения, проводить остаток дня в кругу семьи. Все это исключает жесткие ограничения, которые

испытывают пациенты круглосуточного стационара, что часто вызывает только протестные реакции со стороны подростков, усугубляя течение болезни. Подростки особенно болезненно переживают госпитализацию, расценивая ее как ограничение их свобод и вторжение в личную жизнь.

Оказание медицинской помощи детям и подросткам в ДС началось в г. Северодвинске в 2003г., когда на базе детской больницы при активном содействии кафедры пропедевтики детских болезней СГМУ был организован консультативно-диагностический центр для больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы с выделением 5 коек дневного стационара. Пациентам ДС оказывают консультативную помощь сотрудники профильных кафедр Северного государственного медицинского университета.

В структуре пролеченных больных преобладали дети с нарушениями сердечного ритма и проводимости (35,2%), нейроциркуляторной дистонией (24,2%), дисплазиями соединительной ткани сердца, преимущественно пролапсами клапанов (10,4%).

В январе 2007 года в составе детской больницы города Северодвинска открыт дневной стационар на 30 коек. Разработано положение о дневном стационаре, стандарты обследования и лечения больных по нозологическим формам. Пациенту в дневном стационаре обеспечивается врачебный контроль, он получает весь необходимый комплекс лечебно-диагностических мероприятий. С целью своевременной консультации врачей-специалистов, обеспечения диагностического обследования отработана система взаимосвязи ДС со всеми структурными подразделениями лечебного учреждения.

В 2007-2008 гг. в условиях ДС получили лечение 1409 пациентов. В возрастной структуре преобладали дети старше 8 лет (46,0%), пациенты - подростки составили 34,0%. Работа койки превысила плановые показатели и составила 334 при плане 280 дней. Оборот койки (24,0) несколько ниже норматива в связи с удлинением времени пребывания на койке. Среднее пребывание выше плановых показателей - 13,6 дня при нормативе 10,0 дней, что связано с выявлением сопутствующей патологии, требующей дообследования и лечения, необязательностью пациентов, особенно, подростков. В структуре госпитализированных больных преобладали пациенты с болезнями нервной системы (32,4%), органов пищеварения (32,4%), кровообращения (10,6%), зрения (6,5%), органов дыхания (8,2%) и др. С благоприятным исходом были выписаны 92,2% больных. Экспертная оценка качества лечебно-диагностического процесса составила 0,93.

Обследование и лечение пациентов в условиях ДС не отличается от таковых в круглосуточном. Терапевтическая эффективность достигается быстрее вследствие отсутствия адаптационного периода. При этом стоимость лечения больных в ДС почти в 2 раза меньше, чем на койке круглосуточного пребывания. Сокращение затрат происходит за счет уменьшения средств на оплату труда персонала, коммунальные услуги, питание больных и другие статьи расходов.

Таким образом, этот вид медицинской помощи не только экономически эффективен, но и оптимален для некоторых категорий пациентов, таких как подростки.

## **ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ 12 И 15 ЛЕТ Г.НОВОДВИНСКА**

**Белькова У.А., Гончаренко К.Ю., Копытова Г.Г., IV курс, факультет медицинской профилактики и экологии.**

**Институт гигиены и медицинской экологии СГМУ.**

**Научный руководитель: к.м.н., доц. Анциферова О.А.**

Организм ребенка в большей степени, нежели организм взрослого, подвержен воздействию неблагоприятных природно-климатических условий Севера, которые сказываются не только на его физическом совершенствовании и здоровье в настоящий момент, но и влияют на ход его дальнейшего развития [4].

Возраст 12-15 лет, является тем периодом, когда неравномерность роста и созревания отдельных легочных структур, несовершенство нейрогуморальной регуляции внешнего дыхания приводят к функциональной нестабильности и определяют высокую чувствительность дыхательной системы к воздействию неблагоприятных факторов [2].

Цель настоящего исследования - установить особенности функционального состояния системы внешнего дыхания у практически здоровых детей среднего школьного возраста (12 лет и 15 лет).

Обследование было проведено в зимний период года (февраль) у детей среднего школьного возраста (12 и 15 лет), родившихся и постоянно проживающих в г. Новодвинске, имеющих I или II группу здоровья и не болевших острыми респираторно-вирусными заболеваниями в течение последних трех месяцев. Для обследования детей использовали спирограф типа СМП-21/01-«Р-Д», при дыхании атмосферным воздухом в положении сидя. Обследование детей осуществлялось согласно общепринятым



рекомендациям в условиях относительного покоя. При помощи спирографии у обследуемых детей по общепринятой методике исследовали статические легочные объемы и определяли функциональные возможности системы внешнего дыхания.

Количественная оценка полученных показателей была произведена путем сопоставления их абсолютных значений с должными величинами, определенными с учетом основного обмена и уравнениями регрессии, рассчитанными по длине тела [1].

Важным показателем, отражающим функциональные возможности системы внешнего дыхания у детей, является жизненная емкость легких (ЖЕЛ). При сравнительном анализе фактических и должных величин ЖЕЛ значимые различия были установлены у девочек 12 ( $p < 0,01$ ) и 15 лет ( $p < 0,001$ ) (табл. 1).

который существенно меняет механику дыхания, укорачивая вдох и удлиняя фазу выдоха, при этом сокращается время соприкосновения холодного воздуха с респираторным трактом, увеличивается остаточный объем легких и функциональная остаточная емкость легких, а также появляется возможность для большего разведения вдыхаемого холодного воздуха в теплом альвеолярном [3].

Таким образом, анализ результатов свидетельствует о хороших функциональных возможностях аппарата внешнего дыхания у детей г. Новодвинска, однако функциональный статус аппарата внешнего дыхания у детей, проживающих на Севере формируется как отчетливая адаптационная реакция на экстремальные требования внешней среды.

Таблица 1

Легочные объемы и жизненная емкость легких у девочек и мальчиков 12 и 15 лет г. Новодвинска,  $M \pm m$

Показатели	n = 150			
	12 лет девочки	12 лет мальчики	15 лет девочки	15 лет мальчики
ЖЕЛ, л	$2,81 \pm 0,07^{**}$	$2,77 \pm 0,07$	$3,45 \pm 0,08^{***}$	$4,11 \pm 0,11$
Ровд, л	$1,23 \pm 0,14$	$1,27 \pm 0,14^{***}$	$1,48 \pm 0,12^*$	$1,71 \pm 0,14^{***}$
Ровыд, л	$1,67 \pm 0,14^{***}$	$1,67 \pm 0,13^{***}$	$2,11 \pm 0,12^{***}$	$2,53 \pm 0,14^{***}$
ДО, л	$0,80 \pm 0,05^{***}$	$0,81 \pm 0,04^{***}$	$0,84 \pm 0,04^{***}$	$0,97 \pm 0,05^{***}$

Примечание: звездочками ( \* ) обозначены значимые отличия фактических величин по сравнению с должными: \* - ( $p < 0,05$ ), \*\* - ( $p < 0,01$ ), \*\*\*- ( $p < 0,001$ )

При фракционном анализе ЖЕЛ были установлены определенные различия в отношении фактических величин дыхательного объема (ДО), резервного объема вдоха (Ровд) и резервного объема выдоха (Ровыд) к должным (таблица 1). Фактические величины Ровд были ниже по сравнению с должными во всех исследуемых группах, статистическая значимость установлена в группах мальчиков 12 и 15 лет ( $p < 0,001$ ) и группе девочек 15 лет ( $p < 0,05$ ). Фактические величины Ровыд превышали должные во всех исследуемых группах ( $p < 0,001$ ).

При сравнении фактических величин ДО с должными было установлено значимое увеличение глубины дыхания во всех обследуемых возрастно-половых группах детей ( $p < 0,001$ ).

Мы предполагаем, что увеличение фактических величин ДО и Ровыд, а также уменьшение абсолютных и относительных величин Ровд связано у детей-северян с воздействием холодного фактора,

#### Литература.

- Голикова Т.М., Любченко Л.Н. Исследование функции внешнего дыхания // Справочник по функциональной диагностике в педиатрии / Т.М.Голикова, Л.Н. Любченко; под ред. Ю.Е. Вельтищева, Н.С. Кисляк - М.: Медицина, 1979. - С. 171-185; 265-305.
- Макарова В.И., Плаксин В.А. Основные морфофункциональные константы здорового ребенка: Методические рекомендации. – Архангельск, 2002. – С. 22
- Матвеев Л.Н., Марачев А.Г., Медведев С.Н. Региональные изменения функции легких у жителей Севера // Физиология человека. – 1982. – Т.8., №3. – С. 399 – 406.
- Терновская В.А. Клинико-цитохимические аспекты развития ребенка, прогнозирования и профилактики заболеваний на Европейском Севере: автореф. дисс. ... докт. мед. Наук / В.А. Терновская - Архангельск, 1992. - 46 с.

# ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОБРАЩЕНИЯ

Берлогина С. Ю., Герасимова Л. И.

Республиканская больница им. В. А. Баранова,  
Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск

Острые нарушения мозгового кровообращения – инсульты – являются важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности. Смертность от цереброваскулярных заболеваний в экономически развитых странах составляет 11%-12% и уступает лишь смертности от заболеваний сердца и опухолей различной локализации. Также установлено, что в районах Крайнего севера и районах, приравненных к ним, частота инсультов выше, чем в южных регионах.

В этой связи целью исследования было изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и особенностей холод-индуцированной вазоконстрикции.

В исследовании приняли участие 16 испытуемых (5 м, 11 ж), из них 8 человек перенесли ОНМК в форме транзиторной ишемической атаки (ТИА,  $n=3$ ) либо микроинсульта (МИ,  $n=5$ ), и 8 практически здоровых лиц. Исследованные группы были идентичны по возрасту (средний возраст  $56,8 \pm 1,75$  лет) и антропометрическим показателям (средний рост  $166,27 \pm 2,38$  см, средняя масса тела  $76,07 \pm 2,85$  кг, индекс массы тела  $28,01 \pm 1,23$ ). Пациенты оценивались неврологически, по шкале инсульта национального института здоровья NIHSS при поступлении в стационар, при выписке из него, а также по шкале Рэнкина на 28-е сутки от момента развития заболевания. В среднем оценка по шкале NIHSS при поступлении составляла 4 балла у пациентов как с ТИА, так и с ишемическим инсультом. При выписке у пациентов с ТИА оценка по шкале NIHSS составила 0 баллов, а у пациентов с ОНМК в среднем 1,17 баллов. По шкале Рэнкина оценка составила 0 баллов у всех пациентов.

Холодовая проба проводилась путем погружения кисти одной руки в воду температурой  $4,23 \pm 0,41$  °С на 3 минуты с последующей термометрией кожи (Тк) в течение 15 минут с интервалом в 3 минуты в симметричных точках обеих рук на уровне кисти, середины предплечья и локтя. В группе ОНМК холодная проба выполнена на обеих руках. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали на основе анализа вариабельности сердечного ритма (ВРС) при проведении дыхательной и ортостатической проб. Вегетативный баланс организма исследовали с помощью вызван-

ного кожного вегетативного потенциала (ВКВП) ладоней обеих рук в ответ на однократную зрительную стимуляцию. Использованы приборы «Полиспектр» и «ВНС-спектр» («Нейрософт» Иваново). Функциональные тесты проведены в лаборатории при температуре воздуха  $24,20 \pm 0,29$  °С после 30-минутной экспозиции. Статистическая обработка результатов выполнена программой «Statistica 5.0 for Windows».

Методом дисперсионного анализа установлено достоверное изменение Тк кисти ( $p < 0,001$ ) и локтя ( $p < 0,05$ ) охлаждаемой конечности, и предплечья ( $p < 0,05$ ) и локтя ( $p < 0,05$ ) контралатеральной конечности в ходе проведения холодной пробы в зависимости от группы ОНМК. В группе МИ в паретичной конечности наблюдалась исходно более низкая Тк на кисти и в области локтя, происходило более глубокое снижение Тк при погружении кисти в холодную воду и замедленное восстановление, в контралатеральной интактной конечности происходило одновременное снижение Тк в области предплечья и локтя и замедленное восстановление. Полученные результаты свидетельствуют о генерализованном проявлении усиленной холод-индуцированной вазоконстрикции в группе МИ.

Анализ ВРС показал, что в группе ОНМК, особенно МИ, в регуляции деятельности сердца уменьшено участие сегментарного звена вегетативной нервной системы и повышено участие центральных эрготропных и гуморально-метаболических механизмов (увеличение мощности спектра VLF ( $p < 0,05$ ), снижение показателей вариабельности сердечного ритма ( $p < 0,001$ )). При проведении функциональных тестов с произвольной гипервентиляцией и во время ортостатической пробы в группах ОНМК также наблюдалось недостаточное участие сегментарных механизмов вегетативной регуляции сердечного ритма: сниженные показатели кардиореспираторной синхронизации ( $p < 0,001$ ), уменьшение параметра K30/15 ( $p < 0,01$ ). Установлена корреляция функциональных показателей ВРС со степенью ОНМК.

При оценке ВКВП в группе ТИА выявлено увеличение параметров ВКВП, характеризующих симпатикотонию ( $p < 0,05$ ), по сравнению с контрольной группой, в то время как в группе МИ обнаружено снижение параметров ВКВП, особенно в паретичной конечности ( $p < 0,05$ ), что может расцениваться как автономная дисфункция и денервация.

Таким образом, для регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы у пациентов с ОНМК

характерно повышение участие центральных эрготропных и гуморально-метаболических механизмов, вследствие чего проявляется склонность к генерализованным сосудистым реакциям вазоконстрикторного типа, в частности при проведении холо-

довой пробы. Особенности холод-индуцированной реактивности у пациентов, перенесших ОНМК, должны приниматься во внимание при первичной и вторичной профилактике цереброваскулярных заболеваний в условиях Севера.

## **КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ НА ЮГЕ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Биричева А.В.**

**Кафедра инфекционных болезней СГМУ.**

**МУЗ « Котласская центральная городская больница имени святителя Луки», г. Котлас.**

**Научный руководитель: доц. Агафонов В.М.**

Первые публикации о клещевом энцефалите (КЭ) в странах Европы появились в 1927 г. В России КЭ и его возбудитель были изучены более 70 лет назад. Проблема КЭ по-прежнему остается актуальной. В Архангельской области в 2009 году эпидемиологическая ситуация по заболеваемости КЭ продолжает оставаться напряженной. По состоянию на 06.07.2009 г. зарегистрировано 5476 случаев присасывания клещей, из них 1208 (22,1%) - у детей. В сравнении с аналогичным периодом 2008 г. количество пострадавших увеличилось на 29,9%. Количество присасываний среди жителей Котласского района в 2009 году составило - 419, из них детей – 70 (16,7%). Среди жителей г. Котласа - 829, из них детей – 144 (17,4%). С 2008 г. клинико-диагностическая лаборатория МУЗ КЦГБ производит определение вирусформности клещей, снятых с пострадавших. Всего в сезоне 2009 года было исследовано на наличие антигена вируса КЭ 579 клещей, из них 131 (22,6%) были вирусформны. Удельный вес инфицированных клещей, снятых с пострадавших жителей г. Котласа, составил 21,8%, снятых с жителей Котласского района – 35,1%.

Заболевшие клещевым энцефалитом в 2009 г. указывали на снятие присосавшихся клещей в преобладающем большинстве случаев. Отрицали факт присасывания клеща и употребление в пищу некипяченого молока 6 больных клещевым энцефалитом. Возможно, остался незамеченным укус самца иксодового клеща, т.к. экспозиция клеща на теле человека в этом случае составляет 10-15 мин., а сам укус обезболен анестезирующей жидкостью клеща. В 6 наблюдениях имел место алиментарный путь заражения: заболела семья из 5 человек, из них 4 детей, которые употребляли сырое козье молоко; один заболевший взрослый употреблял сырое коро-

вье молоко. Во всех случаях диагноз подтвержден иммуноферментным анализом.

В 2008 г. от клещевого энцефалита умерли два пациента: 1) женщина 76 лет; диагноз: КЭ, очаговая форма, тяжелое течение; отек-набухание головного мозга, полиорганная недостаточность; 2) мужчина, 70 лет; диагноз: КЭ, полиоэнцефаломиелитическая форма; вялый паралич мышц шеи и плечевого пояса; бульбарный паралич; полиорганная недостаточность. Экстренная специфическая профилактика КЭ после укуса клеща им не проведена.

В 2007 и в 2009 гг. летальных исходов от КЭ не было.

В лечении КЭ применяется этиотропная терапия: реаферон, рибавирин, рибонуклеаза, противоклещевой иммуноглобулин дифференцированно в режиме минимальной достаточности; дексазон коротким курсом парентерально по болюс-методике, дегидратационная, дезинтоксикационная и витаминотерапия, сосудистые препараты, ноотропы, симптоматическая терапия.

В качестве экстренной профилактики КЭ применяются анаферон у детей в течение 21 дня; йодантипирин по 9-ти-дневной схеме у взрослых; противоклещевой иммуноглобулин с учетом вакцинации и результатов определения вирусформности клеща.

**Литература.**

1. Скрипченко Н.В., Иванова Г.П. Клещевые инфекции у взрослых и детей. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2008.-424 с.

2. Инфекционная заболеваемость в субъектах Российской Федерации за 2007-2008гг.: Информационный сборник статистических и аналитических материалов. - М.: ФЦГиЭ Роспотребнадзора, 2009.-92с.

# ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ II КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Блинова А.В., Ловчикова О.С., Гасанова Н.Т., Москвина В.С., III курс, лечебный факультет

Кафедра нормальной физиологии СГМУ

Научный руководитель: доц., к.м.н. Зашихина В.В.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** питание, двигательная активность, режим питания, калорийность, студенты

В настоящее время огромное внимание уделяется проблемам здорового сбалансированного питания, а также полноценной двигательной активности. Это связано с осознанием человеком того, какое значительное влияние на здоровье оказывает его образ жизни. В научных публикациях характеризуется питание учащейся молодежи, с позиции нерациональности в отношении режима приема пищи и несбалансированности. Но, как правило, они не содержат анализа рациона питания, двигательной активности, баланса между энергопотреблением и энерготратами.

Цель работы состояла в анализе питания и двигательной активности табличными методами у студентов II курса медицинского вуза. Задачами являлись оценка потребления студентами белков, жиров, углеводов, режима питания, калорийности принимаемой пищи и общего энергетического обмена с помощью таблиц. Также была поставлена задача определить причины, влияющие на режим и рацион питания.

Материалы и методы исследования. Исследование длилось 3 месяца (ноябрь 2007-январь 2008), в нем принимало участие 12 студентов второго курса лечебного факультета (9 девушек и 3 юношей).

Студентам каждый день записывали в анкеты наименования всех употребленных продуктов питания с указанием их количества, а также виды и продолжительность двигательной активности. Обработка данных производилась с помощью программы Microsoft Office Excel. С помощью специальных таблиц рассчитывали количество потребляемых белков, жиров и углеводов, энергетическую ценность питания, оценивали режим питания и ежедневные энерготраты на двигательную активность студентов. Полученные данные сопоставляли с физиологическими нормами, рекомендованными ВОЗ, что позволило сформулировать предложения по изменению режима двигательной активности и/или питания у каждого студента.

Результаты. Установлено, что большинство девушек (6 человек) употребляли нормальное количество углеводов, тогда как юноши употребляли углеводы в избыточном количестве. В отношении белков и жиров наблюдается обратная картина: у юношей количество потребленных белков и жиров приближалось к рекомендуемым уровням, у большинства девушек – употребление жиров и белков выше нормы.

Распределение калорийности питания по неделям у юношей и девушек примерно совпадали. Это объясняется тем, что в исследовании принимали участие студенты одной группы, режим дневного приема пищи которых зависит главным образом от расписания занятий.

У юношей на предзачетной неделе с 10.01 по 16.01 определялось наибольшее потребление углеводов по сравнению с другими неделями, на “новогодней” недели с 27.12 по 2.01 – наибольшее потребление жиров. Распределение белков достаточно равномерно.

У девушек отмечается относительно равномерное распределение жиров и углеводов по неделям и два значительных подъема содержания белков в пище: на первой неделе исследования (1.11-7.11) и на “предновогодней” (20.12-26.12). Первый пик связан со стремлением студенток уделять больше внимания качеству и количеству потребляемой пищи в связи с началом интересного исследования. Второй пик вызван “экстренной ликвидацией” оставшихся продуктов перед отъездом домой.

В целом за период исследования было установлено, что у 4 человек калорийность питания и энерготраты сбалансированы, у троих – энерготраты не покрываются питанием, у 5 – калорийность питания преобладает над энерготратами. Наблюдается тенденция к увеличению разницы между этими двумя показателями с приближением сессии. Наибольший разброс между энерготратами и калорийностью питания отмечался на неделе с 20 по 26 декабря, когда наблюдались наибольшие энергетические расходы и наименьшие поступления калорий.

Анализ режима питания студентов позволили сделать вывод о несбалансированности в распределении калорийности по приемам пищи. Отсутствие времени на еду из-за плотного расписания – не единственная причина нарушения режима питания. Это также можно объяснить существенным уменьшением бюджета у неэкономных студентов к концу недели и нехваткой средств для покупки продуктов питания. Кроме того, существуют некоторые ограничения на продукты у студентов с заболеваниями ЖКТ. Также было установлено, что 7 человек (3 юноши и 4 девушки) часто принимают пищу незадолго до сна, а остальные 5 девушек категорически ничего не едят менее чем за 2 часа до сна. Только 2 девушки привыкли с утра плотно завтракать, 8 человек предпочитают легкий завтрак (чай с бутербродом), 2 юношей вообще не завтракают.

При оценке двигательной активности было установлено, что в учебные дни на сон в среднем приходится 6-7 часов, на занятия в университете 5 часов, на самоподготовку 3-4 часа. Физическая нагрузка включала в себя ходьбу пешком (по университету, от университета домой и обратно) – 30-45 мин, урок физкультуры. По субботам на сон затрачивалось 8-9 часов, на самоподготовку 1,5-3 часа, на работу по дому до 3-х часов, также студенты отмечали такие виды деятельности, как прогулка, просмотр телевизора, посещение гостей. В воскресенье студенты обычно спали 8-9 часов, готовились к занятиям 3-5 часов, тратили 1-3 часа на поход по магазинам и 1 час на работу по дому.

На основании исследования были сделаны выводы. Содержание белков, жиров, углеводов в пище студентов несбалансированно и в ряде случаев не соответствует норме. Калорийность питания зависти от дня недели и максимальна в праздники и выходные дни. В большинстве случаев энерготраты общего обмена не покрываются калорийностью питания. Распределение калорийности питания по приёмам пищи разбалансировано и зависит от плотности расписания и денежных средств, находящихся в распоряжении студента. Двигательная активность, которая представлена в основном занятиями физкультурой по 1,5 часа в неделю недостаточна.

## **ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К УЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ**

**Бойко А. И., Милавкина И. А., IV курс, лечебный факультет.**

**Институт клинической физиологии СГМУ.**

**Научные руководители: доц. к.м.н. Соловьева Н. В., проф. д.м.н. Игнатьева С. Н.**

Процесс адаптации к обучению в вузе – явление весьма сложное и многогранное. Напряженная умственная деятельность студентов-медиков связана с большим количеством информации, дефицитом времени для её усвоения и включением механизмов адаптации к обучению. Труд студентов требует большого психоэмоционального напряжения, а в предсессионный и сессионный периоды создается стрессовая ситуация с напряжением всех систем организма.

Целью работы являлось установить психофизиологические особенности адаптации студентов к учебному процессу. Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

Выявить преобладающие типы темперамента у юношей и девушек.

Изучить динамику уровня тревожности студентов в течение учебного года.

Определить динамику активности полушарий головного мозга студентов в осенний и весенний периоды.

Выявить зависимость успеваемости студентов от уровня нервно-психической устойчивости и от особенностей процесса мышления.

В исследовании приняли участие практически здоровые студенты 3 курса лечебного факультета СГМУ в возрасте от 19 до 21 года, постоянно проживающие на Европейском Севере, в количестве 146 человек. Из них 36 юношей и 102 девушки. Обследование осуществлялось: в середине осеннего семестра (ноябрь) – период устойчивой работоспособности в осеннем семестре; перед зимней экзаменационной сессией (январь); и в середине весеннего семестра (март) – период устойчивой работоспособности в весеннем семестре.

В исследовании использовались следующие методики: для определения типа темперамента, нейрорпсихической лабильности, уровня экстраверсии и нейротизма обследуемых использовался двухфакторный личностный опросник Айзенка (однократно – в марте). Для оценки уровня тревожности студентов использовался тест Спилбергера-Ханина, направленный на определение ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности (трехкратно – в ноябре, январе и марте). Для определения свойств нервной системы (сила, коэффициент утомляемости) и коэффициента функциональной асимметрии использовался Теппинг-тест (двукратно – в ноябре и марте). Для оценки процесса мышления (эффективности интеллектуальной деятельности) студентов использовался тест «Установление закономерностей» (однократно – в марте). Статистический анализ данных проводился с использованием статистического пакета для социальных наук (SPSS 16.0.).

Результаты исследований по тесту Айзенка показали явное преимущество групп холериков и сангвиников над группами флегматиков, меланхоликов и амбивалентов. Причем, для девушек характерна принадлежность к группе холериков (56%), а для юношей – в равной степени к группам холериков и сангвиников по типу темперамента (по 29%). Было выявлено, что в группах юношей ( $p < 0,01$ ) и девушек ( $p < 0,000$ ) преобладают экстраверты. Уровень нейротизма у девушек (13,79) был выше, чем у юношей (10,61) в среднем на 3,18 балла ( $p < 0,000$ ).

В ноябре уровень ЛТ у девушек (42,5) был выше, чем у юношей (37,31) в среднем на 5,19 баллов ( $p < 0,05$ ). В январе уровень ЛТ у девушек (42,73) был выше, чем у юношей (37,94) в среднем на 4,79 балла ( $p < 0,05$ ). Уровень СТ в ноябре и январе не имел

статистически значимых различий. В марте уровень СТ у девушек (39,37) был выше, чем у юношей (36,24) в среднем на 3,13 балла ( $p < 0,05$ ). Уровень ЛТ не имел статистически значимых различий.

Показатель уровня ситуативной тревожности в динамике учебного года был подвержен изменениям, которые имели волнообразный характер: повышение значений перед зимней сессией у девушек в среднем на 4,4 балла ( $p < 0,01$ ), у юношей на 4,47 балла ( $p < 0,05$ ) сменялся снижением в весеннем семестре. Основными причинами такого изменения являются эмоциональная напряженность, стрессовое состояние, связанное с зачетами и экзаменами.

Динамика полушарной активности головного мозга студентов в течение учебного года заключалась в следующем:

- в осеннем семестре у студентов преобладала активность правого полушария над левым (у юношей на 2%, у девушек на 6%);
- в весеннем семестре: повысилась активность левого полушария по сравнению с правым (у юношей на 5,5%, у девушек на 5%), у юношей доминирует левополушарная активность над правополушарной (на 3,7%), у девушек продолжает незначительно преобладать правополушарная активность левополушарной (на 1,9%).

Было выявлено, что среди девушек наилучших результатов в учебе достигают те, которые с тестом «Установление закономерностей» справились на хорошо и отлично. Среди юношей нет значимой корреляции успеваемости и результатов теста. При сравнении успеваемости стабильных (низкий

показатель нейротизма) и нестабильных (высокий показатель нейротизма) экстра-интровертов была выявлена следующая зависимость: нестабильные экстраверты и интроверты достигают лучших результатов в учебе, что отражает величину усилий, затрачиваемых на учебу.

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы:

В распределении типов темперамента у студентов преобладают холерический и сангвинический. При этом соотношение их у девушек составляет 2:1, у юношей 1:1.

Выявлен более высокий уровень тревожности у девушек по сравнению с юношами в течение всего учебного года. Установлено достоверное увеличение уровня ситуативной тревожности у студентов в предсессионный период.

В осеннем семестре у студентов преобладала активность правого полушария над левым; в весеннем семестре: повысилась активность левого полушария по сравнению с правым.

Установлена прямая зависимость между успеваемостью студентов и уровнем нейротизма, а так же быстротой и логичностью мыслительных процессов.

На основе полученных нами данные об изменениях психофизиологические функций у студентов с учетом периода учебного рекомендуем создание кабинетов и проведение курсов психологической разгрузки в качестве мероприятий, снижающих уровень психо-эмоционального напряжения у студентов в конце каждого семестра и во время экзаменационной сессии.

## **ОБРАЗ ЖИЗНИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ МОНОПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА**

**Борисова Т.А., Потехина Н.Н., Дьячкова М.Г., Игнатова О.А.**

**Кафедра социальной и поликлинической педиатрии с курсом детской кардиологии ФПК и ППС СГМУ.**

**Управление здравоохранения Администрации Северодвинска**

**МУЗ «Северодвинская городская детская клиническая больница»**

**Научный руководитель: проф. Меньшикова Л.И.**

Последние десятилетия характеризуются негативными тенденциями в состоянии здоровья населения, в том числе детей подросткового возраста, что является причиной увеличения числа социально-дезадаптированных молодых людей, имеющих ограничения по состоянию здоровья к получению профессионального образования, трудоустройству, воинской службе. Особенно актуальным представляется изучение причин, положительно и отрицательно влияющих на здоровье подростков северного монопромышленного города, так как именно молодые северяне являются основным трудовым резервом после окончания учебного заведения, интеллектуальной

базой региона. Низкий уровень самосохранительного поведения, неэффективность традиционной превентивной работы диктует необходимость разработки системы мероприятий по оптимизации профилактической работы среди подростков.

В связи эти определилась цель исследования: на основании комплексного медико-социального исследования изучить влияние медицинских, социальных факторов на особенности формирования здоровья подростков и разработать мероприятия по оптимизации профилактической работы в условиях реформирования муниципального здравоохранения.

Исследование проводилось в 2 этапа. На первом этапе были изучены основные эпидемиологические параметры, характеризующие медико-демографическую ситуацию и состояние здоровья подростков. На втором этапе исследования на основании проведены анализ социально-гигиенических и медицинских факторов, определяющих формирование здоровья подростков методом анкетирования, оценка физического развития. Группа подростков в возрасте с 15 до 17 лет 11 месяцев составила 350 человек.

В течение последнего десятилетия в муниципальном образовании «Северодвинск» отмечается сокращение населения на фоне суженного уровня производства, рост разводов, низкий суммарный коэффициент рождаемости, высокий уровень аборт, устойчивая тенденция увеличения удельного веса родильниц старше 30 лет, рост внебрачной рождаемости. В группе подростков произошел рост первичной заболеваемости в 1,3 раза, общей заболеваемости – в 1,2 раза. В возрастном периоде с 17 до 18 лет нарастает число подростков, имеющих низкую массу тела, низкие показатели роста, увеличивается частота дисгармоничного физического развития, обусловленного дефицитом массы тела. Выявлены достоверные корреляционные связи между показателями гармоничности физического развития и заболеваемостью, физическими упражнениями и вредными привычками (курение, алкоголь), между уровнем физического развития и заболеваемостью, между показателями массы тела и хронической патологией, питанием.

Согласно данным анкетирования, характерными социальными детерминантами, определяющими состояние здоровье подростков, являются курение и употребление алкоголя (более 80% респондентов), рискованное сексуальное поведение (у 50%), употребление наркотических веществ (10% опрошенных),

пренебрежение мерами личной безопасности (2/3 респондентов), недостаточная двигательная активность (у каждого 5-го подростка), депрессивные состояния, суицидальные попытки, неадекватная оценка своего здоровья.

В основном подростки проводят свое свободное время в общении с друзьями (99,4%), что отрицательно сказывается на выработке самосохранительного поведения и получении положительного опыта от взрослых.

Нами разработана муниципальная целевая программа «Развитие здравоохранения Северодвинска», в рамках которой реализована концептуальная модель оптимизации системы профилактики и управления здоровьем подростков и молодежи. Ключевым звеном является организация и функционирование на базе поликлиник, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детям и подросткам, специальных подразделений, работающих на принципах клиник, дружественных к молодежи. Работа осуществляется по принципу «ровесник обучает ровесника».

Организация волонтерского движения в учреждениях здравоохранения является инновационной технологией в профилактической работе. Управление здравоохранения Администрации Северодвинска выступает в качестве инициатора и координатора взаимодействия с образовательными учреждениями города и СГМУ, комиссией по делам несовершеннолетних, органами социальной защиты, общественными организациями, средствами массовой информации.

Таким образом, оптимизация профилактической работы с подростками основывается на результатах изучения медико-социальных детерминант, определяющих общие тенденции формирования здоровья, внедрении новых эффективных форм медико-профилактической работы.

## **МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ**

**Булавина М.В., 4 курс, факультет клинической психологии и социальной работы (отделение клинической психологии)**

**Кафедра педагогики и психологии СГМУ**

**Научный руководитель: д.п.н., проф. Васильева Е. Ю.**

Социальная компетентность очень важна в современном обществе. Она играет особую роль в формировании жизненного пути человека, а также в распоряжении собственной жизнью. Социальная компетентность включает такие качества, как сотрудничество, коммуникативность, решительность, ответственность, саморегуляция и т.д.

Профессию врача относят к социальному стилю (человек-человек), так как основу ее составляют отношения: врач-больной, представляющие собой весьма сложное явление, состоящее из многих разносторонних компонентов профессионального,

психологического, морально-этического, эстетического, юридического и экономического характера и т.д. Поэтому врач, как любой человек, работающий с людьми, включается в социальные отношения, и чем лучше он будет подготовлен к этому, тем успешнее будет его профессиональная деятельность.

Для определения уровня социальной компетентности у студентов лечебного факультета применялся блок психологических методик: Калифорнийский психологический опросник (СРП) и Краткий ориентировочный тест (КОТ).

Исследование проводилось в зимний период. В

исследовании участвовали 20 человек (10 человек экспериментальной и 10 человек контрольной групп), из них: 4 юноши и 16 девушек. В экспериментальную группу вошли студенты 1 курса лечебного факультета. Средний возраст студентов в экспериментальной группе составил 18 лет. В контрольную группу вошли студенты 4 курса лечебного факультета. Средний возраст которых – 22 года.

Цель исследования - определение уровня социальной компетенции у студентов лечебного факультета.

Гипотеза исследования: уровень социальной компетентности в процессе обучения у студентов-медиков возрастает. Это можно объяснить тем, что в ходе обучения они овладевают определёнными знаниями и умениями, которые непосредственно влияют на развитие личности и, следовательно, и на формирование социальной компетентности.

Объект исследования - студенты 1 и 4 лечебного факультета.

Предмет: социальная компетенция студентов.

Для достижения поставленной цели были поставлены задачи, связанные с выявлением различий в уровне демонстративности, способности к статусу, общительности, эмпатии, ответственности, социализации, эффективности взаимодействия с людьми, обоснованности и самостоятельности в принятии решений у студентов 1 и 4 курса лечебного факультета;

В ходе исследования были использованы методы тестирования, математико-статистической обработки результатов исследования (U-критерий Манна-Уитни).

В результате анализа данных выдвинутая гипотеза была опровергнута.

Выводы:

1. Группа студентов 4 курса превосходит группу студентов 1 курса по уровню демонстративности;

2. Группа студентов 4 курса не превосходит группу студентов 1 курса по уровню способности к достижению статуса;

3. Группа студентов 4 курса не превосходит группу студентов 1 курса по уровню общительности;

4. Группа студентов 4 курса не превосходит группу студентов 1 курса по уровню ответственности;

5. Группа студентов 4 курса не превосходит группу студентов 1 курса по уровню социализации;

6. Группу студентов 4 курса по уровню эффективности взаимодействия с людьми;

7. Группа студентов 1 курса не превосходит группу студентов 4 курса по уровню обоснованности и самостоятельности в принятии решений;

8. Группа студентов 4 курса не превосходит группу студентов 1 курса по уровню эмпатии.

Для того, чтобы более точно и разнопланово оценить особенности этих параметров, необходимо увеличить объем выборки, а также использовать дополнительные методики и шкалы для определения уровня социальной компетентности.

Полученные данные могут быть полезны для коррекции программы обучения (введение дополнительных часов и предметов, необходимых для развития социальной компетентности) на факультете. Также возможно проведение различных тренингов (например, тренинги личностного роста и коммуникативных навыков) для развития личности в процессе обучения и формирования важных качеств, необходимых будущему врачу.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.**

**Быстров Д.О., Шонбин А.Н., Заволожин А.С.**

**МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич» г. Архангельска.**

**Отделение кардиохирургии.**

Цель: ретроспективно оценить непосредственные результаты операций коронарного шунтирования у больных ИБС со сниженной сократительной функцией миокарда левого желудочка (ЛЖ) с использованием двух методик – в условиях ИК с кардиоплегией (КП) и ОРСАВ.

Материалы и методы: С 1998 по 2007 г. оперировано 2138 больных ИБС, из них 225 (10,5%) с фракцией выброса (ФВ) ЛЖ <45%. В исследование включены 175 больных, которым выполнена изолированная операция реваскуляризации миокарда (РМ). В условиях ИК и КП оперировано 37 (20,7%) больных (группа 1), по ОРСАВ-технологии 138 (79,3%) больных (группа

2). Группы были сопоставимы по демографическим, клиническим и данным инструментального обследования: средний возраст 52,3±6,7 лет (группа 1) и 55,6±8,7 лет (группа 2) (p<0,05); мужчин – 94,4% (1) и 89,1% (2) (p>0,05); стенокардия III-IV ФК (ССС) 94,4% (1) и 87,7% (2) (p>0,05); нестабильная стенокардия 5,6% (1) и 10,9% (2) (p>0,05); инфаркт миокарда в анамнезе 91,7% (1) и 90,6% (2) (p>0,05); ФВ ЛЖ соответственно 42,1±3,2% и 40,2±4,7 (p>0,05), КДР ЛЖ – 6,1±0,6 см и 6,2±0,7 см (p>0,05), КДО ЛЖ – 161,9±36,9 мл и 189,2±50,7 (p>0,05). Индекс реваскуляризации у пациентов оперированных с ИК составил 3,8±0,8 (2–5), по методу ОРСАВ – 3,2±1,0



(1–5), ( $p < 0,001$ ). Продолжительность операции с ИК составила  $183,1 \pm 59,0$  мин, при ОРСАВ –  $153,4 \pm 36,9$  мин ( $p < 0,01$ ).

Результаты: Продолжительность пребывания в стационаре после операции  $18,2 \pm 4,7$  дней (1 группа) и  $16,4 \pm 11,5$  дней (2 группа) ( $p < 0,01$ ). ФВ после операции в 1 группе –  $47,8 \pm 7,8\%$ , во 2 группе –  $49,5 \pm 7,7\%$  ( $p > 0,05$ ). При анализе осложнений учитывались периоперационный инфаркт миокарда, ОШН, ОНМК, медиастинит и кровотечение, потребовавшее рестернотомии. Осложненный послеоперационный период отмечен у  $16,2\%$  (6/37) больных, оперированных с ИК; у  $5,8\%$  (8/138) по методике

ОРСАВ ( $p < 0,05$ ). Госпитальная летальность среди оперированных с ИК составила  $8,1\%$  (3/37), по методике ОРСАВ –  $0,7\%$  (1/138) ( $p < 0,05$ ). Причины летальности в 1 группе: периоперационный инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность у 2, медиастинит у 1; в ОРСАВ-группе: острый ишемический инсульт.

Заключение: Операции коронарного шунтирования без ИК могут успешно применяться при лечении ИБС у пациентов с систолической дисфункцией левого желудочка, позволяют снизить летальность, количество осложнений и пребывание пациентов в стационаре после операции.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОТРУДНИКОВ ГПС С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ**

**Быстрова Ю.О., аспирантка, факультет клинической психологии.**

**Институт психологии и психоневрологии СГМУ.**

**Научный руководитель: д.м.н. Мосягин И.Г.**

Работа пожарных – это постоянные экстремальные условия, которые характеризуются травмирующим воздействием событий, происшествий и обстоятельств на психику сотрудника. Чрезвычайные обстоятельства, являющиеся неотъемлемой частью профессионального опыта пожарных, создают экстремальные условия их деятельности в связи с угрозой для жизни, физического и психического здоровья сотрудников, а также с угрозой жизни, здоровью, благополучию окружающих, с массовыми человеческими жертвами и значительными материальными потерями. Профессия пожарного характеризуется следующими особенностями: травмирующими ситуациями, стрессовыми воздействиями и постоянной готовностью к риску [3]. Пожары – наиболее распространенные ЧС не только в России, но и во всем мире и составляют до 80 % крупных ЧС.

Целью исследования являлось сравнение личностных особенностей пожарных с различным уровнем эмоционального выгорания.

В течение 2007 – 2008 гг. были обследованы пожарные ( $n = 92$ , средний возраст  $32,13 \pm 7,54$ ). Состояние профессионального выгорания у пожарных было обнаружено у 25% от всего обследуемого контингента ( $n = 25$ ; средний возраст  $35,91 \pm 1,41$ ).

Для описания и сравнения личностных качеств лиц контрольной и экспериментальной групп использовалась методика Мини – мульт. Анализу подвергались усредненные результаты по каждой исследуемой группе и статистически достоверные различия по каждой шкале.

Как следует из полученных данных, личность сотрудников без ЭВ, по основным показателям может быть оценена как достаточно гармоничная.

Тип реагирования смешанный с преобладанием стенических тенденций. Максимальные оценки получены по шкалам 3 (истерия) и 7 (психастения). Такое сочетание шкал отражает демонстративность, неустойчивость самооценки, неуверенность в себе и в стабильности ситуации, высокая чувствительность и подвластность средовым воздействиям, повышенная чуткость к опасностям. Превалирует сенситивность, мотивация избегания неуспеха, зависимость от мнения окружающих, яркость эмоциональных проявлений. В ситуации стресса – блокировка или ведомая активность вслед за большинством или лидирующей личностью. Защитные механизмы проявляются двояким путем: вытеснение из сознания негативной информации и трансформация психологической тревоги на биологическом уровне в функциональные нарушения.

Личность сотрудников ГПС с ЭВ, показатели большинства шкал находятся в диапазоне 40 – 60 баллов. Тип реагирования смешанный с преобладанием стенических тенденций. Максимальные оценки получены по шкалам 7 (психастения), 4 (психопатия) и 3 (истерия), 9 (гипомания).

Такое сочетание шкал отражает высокую поисковую активность, быстроту принятия решений, демонстративность, неустойчивость самооценки, повышенная чуткость к опасностям, нетерпеливость, свойственна эмпатийность, выраженная зависимость от объекта привязанности и любой сильной личности. Мотив достижения успеха тесно связан с волей к реализации сильных желаний, которые не всегда подчиняются воле рассудка. Защитные механизмы – вытеснение из сознания неприятной или занижающей самооценку личности информацию.

В результате сравнительного анализа по критерию Манна – Уитни выявились достоверные различия ( $p \leq 0,05$ ) у лиц контрольной и экспериментальной групп по шкалам 2 (депрессия), 3 (истерия) и 6 (паранойальность)).

У пожарных с ЭВ шкалы «истерия» ( $9,56 \pm 2,61$ ), «паранойальность» ( $3,96 \pm 2,26$ ) и «депрессия» ( $6,26 \pm 2,75$ ) достоверно выражены больше ( $p \leq 0,05$ ), чем у пожарных без ЭВ. Контрольная группа больше склонна к тревогам, застенчивости. В делах старательны, добросовестны, но не способны принять решение самостоятельно, нет уверенности в себе, при малейших неудачах впадают в отчаяние, неустойчивость самооценки. Чувства их поверхностны и неглубоки. Склонны к формированию сверхценных идей. Они более односторонние, агрессивные и злопамятные, инертны в принятии решений, склонны к раздумьям, самокритичны. В стрессе склонны к стоп – реакциям, т.е. блокировке активности, подчинение лидирующей личности. Они нуждаются в потребности в понимании, доброжелательном отношении к себе.

В отличие от пожарных с ЭВ, сотрудники без ЭВ более упорны в отстаивании собственных интересов, уверены в себе и в принятии решений, оптимистичны, имеют активную личностную позицию.

Таким образом, пожарные с ЭВ обладают в отличие от сотрудников без ЭВ такими личностными особенностями как тревожность, неуверенность в себе, неспособность принятия самостоятельно решения, инертность в принятии решений, склонность к раздумьям.

Список литературы:

Практическая психодиагностика / Под ред. Д.Я. Райгородского – Самара: Бахрах, 1998.- 230 с.

Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности / Л.Н. Собчик.-

М.: Институт прикладной психологии, 2001. – 511 с.

3. Сидоров П.И., Мосягин И.Г., Маруняк С.В. Психология катастроф/ Под ред. П.И.Сидорова.- М.: Аспект Пресс, 2008.- 414 с.

## **МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ, МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ, ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ, ЦЕЛЕВАЯ ПОДПРОГРАММА «СОЛОВЕЦКИЕ ЮНГИ» (2005-2016ГГ).**

**Валова Г.Г., 5 курс, факультет клинической психологии**

**Кафедра психологии и психоневрологии СГМУ**

**Научный руководитель доцент, Миткевич В.А.**

Высокий уровень здоровья и качественное образование подрастающего поколения являются основой устойчивого развития российского государства.

Как свидетельствуют официальные документы МЗиСР России, здоровье детей и подростков в последние десятилетия имеют негативную динамику. Существует мнение: приходит ребенок в первый класс здоровым, а оканчивает школу глубоко больным. Отсюда делается не правильный вывод: школа – это то место, где дети теряют здоровье. Поэтому актуальным сегодня является разработка здоровьесберегающих образовательных программ и оптимизация медицинского обеспечения учащихся.

Семья, стремясь к воспитанию разносторонне развитого, активного, целеустремленного члена общества, должна помнить, что для полноценного функционирования и пользы общества, такой человек должен быть не только физически, но и психически здоров. В основном семья и школа заботятся о физическом здоровье ребенка, при этом психическое здоровье остаётся на втором плане во многом из-за того, что оно трудно поддается оценке. Критерии оценки требуют профессиональных навыков, их применение позволяет определить влияние используемых образовательных программ, которые постоянно усложняются. Имеет место увеличение

школьных нагрузок, интенсификация обучения, стремление родителей дать своим детям как можно больше знаний порой в ущерб формированию интуиции, фантазии, творческих способностей. Дети попадают в ситуацию риска нарушения психического здоровья, поскольку им необходимо быстро адаптироваться к сложным условиям обучения.

Учитывая актуальность проблемы «кадрового голода» в морской сфере деятельности и необходимости оздоровления детей и подростков, проживающих в циркумполярной зоне, к которой относится большая часть Архангельской области, была разработана рамках программы «Служу Отечеству!» межведомственная, междисциплинарная, экспериментальная, целевая подпрограмма «Соловецкие юнги» рассчитанная на период 2005-2016 годы. В основе подпрограммы - комплексный подход к решению задач по формированию личности ребёнка с учётом интересов и запросов со стороны семьи, общества и государства.

Цель исследования: изучить влияние дополнительного образования, предусмотренного подпрограммой «Соловецкие юнги», на соматическое и психическое здоровье учащихся.

Объект исследования: школьники начальных классов МОУ СОШ № 32 - участники подпрограммы

в количестве 77 чел (основная группа), школьники начальных классов МОУ СОШ № 35 - контрольная группа в количестве 30 человек.

Соотношение мальчиков и девочек в основной группе составляет: мальчики 68%, девочки 32%; в контрольной группы соответственно 47 % и 53%,

Предмет исследования: внимание, мышление, память, межличностные отношения, мотивация к обучению, тревожность.

Реализация подпрограммы осуществляется с 2007 года на базе МОУ СОШ №32г. Архангельска, которая утверждена экспериментальной площадкой решением экспертного совета департамента образования мэрии г. Архангельска.

В ходе реализации подпрограммы у школьников формируется патриотическое и гражданское воспитание посредством дополнительного образования с учётом морской направленности и выстраивания логических связей с учебно-воспитательным процессом. Предусмотрены мероприятия направленные на сохранение и укрепление здоровья учащихся.

В рамках учебного плана дополнительного образования проводятся занятия по плаванию, каратэ, хореографии; организуются спортивные соревнования.

В рамках реализации подпрограммы проводится её медико-психологическое сопровождение, которое рассчитано на 11 лет - период получения полного среднего образования. В течение этого времени будет отслеживаться влияние дополнительного образования, комплексного питания и оздоровительных программ на физическое развитие школьников, их психическое здоровье,

Подпрограмма «Соловецкие юнги» в третий раз стала победителем открытого конкурса грантов объявленных в соответствии с Распоряжением Президента Российской Федерации от 16 марта 2009 года № 160-рп. Победа в данном конкурсе даёт возможность продолжить работу по совершенствованию и практической реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни подрастающего поколения.

## **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВЫПУСКНИКОВ ШКОЛ И УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ Г. АРХАНГЕЛЬСКА**

**Васильева И.В., аспирант**

**Кафедра ПДБ и поликлинической педиатрии СГМУ.**

**Научный руководитель: д.м.н. Тарасова О.В.**

В настоящее время многими авторами отмечается снижение общего уровня здоровья детей и подростков, особенно за период получения систематического образования. [3,5]. Такая негативная динамика может быть объяснена тем, что в период обучения ребёнок интенсивно растёт и переживает несколько критических периодов развития, в которые организм особенно подвержен воздействию внешнесредовых факторов[1]. Кроме этого, нельзя отрицать значение так называемых «школьных болезней», обусловленных интенсификацией обучения, снижением физической активности детей, уменьшением продолжительности сна и, не редко, не соблюдением гигиенических нормативов обучения.

Диспансеризацию детей школьного возраста осуществляют в форме обязательных углублённых обследований в соответствии с декретированными возрастными группами. Периодичность, этапы объём, методики, форма заключений регламентированы приказами МЗ РФ. [4]

Основой для разработки альтернативных технологий оценки здоровья стали достижения науки в сфере компьютеризации. Автоматизированная система профилактических осмотров детского населения (АСПОН –Д) и последующие её усовершенствованные варианты- автоматизированная система профилактических осмотров детей и

подростков (АСПОН- Дт) и автоматизированный комплекс для диспансерных обследований (АКДО) являются примерами промышленного производства систем скринирующей диагностики. [2]

Настоящее исследование представляет собой фрагмент научной работы, целью которой является оценка эффективности использования автоматизированной системы профилактических осмотров для прогнозирования отклонений в состоянии здоровья детей школьного возраста.

В предпринятом исследовании ставилась задача оценить состояние здоровья выпускников школ и учащихся 1-2-х курсов средних специальных учебных заведений, обследованных по программе автоматизированного скрининга. Научная работа проводилась на базе детской поликлиники МУЗ ГКБ №4. В исследовании приняли участие ученики школ № 26, №27, № 28, № 30, № 95 и учащиеся профессиональных училищ (ПУ) № 48, № 26, № 23, Архангельского Кооперативного техникума, Архангельского Колледжа Телекоммуникаций, Архангельского Лесотехнического Колледжа, техникума Технологии и Дизайна.

Критерием отбора выбрана декретированная возрастная группа – подростки в возрасте 17 лет. Все учащиеся были обследованы по программе АСПОН-Дт в период 2008- 2009 учебного года.

В исследовании принял участие 771 подросток, в том числе 417 юношей и 354 девушки. Обследовано 293 выпускника школ и 478 учащихся ПУ и колледжей.

Анализ структуры профилей риска подростков в возрасте 17 лет позволил проследить рейтинговое распределение отклонений в состоянии здоровья учащихся этой возрастной группы (рис.1). Ведущее место занимает ортопедический профиль, расшифровка которого выявила такие заболевания и функциональные отклонения по профилю, как сколиоз, остеохондроз, продольное плоскостопие, нарушения осанки. Кроме того, система скринирующей диагностики позволила идентифицировать группу учащихся с высокой вероятностью развития патологических отклонений по этому профилю. У каждого пятого подростка выявлены те или иные отклонения по кардиологическому профилю. Расшифрованы сердечные шумы различного генеза, из нозологических форм – нарушение ритма и проводимости. Высокое рейтинговое место занимает офтальмологический профиль, патология по которому представлена нарушениями остроты зрения, изменениями цветоощущения, а также, выявлена значительная группа подростков с пограничными состояниями по данному профилю. Вазокардиологический профиль представлен преимущественно изменением уровня артериального давления и вегетативными дисфункциями, эндокринологический профиль - нарушением nutritивного статуса и гиперплазией щитовидной железы.

Анализ распределения юношей и девушек по уровню отклонений в состоянии здоровья показал, что значимое различие имеет место только по гастроэнтерологическому профилю (рис.2). По большинству профилей риска различия по половому признаку минимальны.

Таким образом, проведенное исследование показало, что наиболее часто встречаемые отклонения в состоянии здоровья 17-летних подростков представлены ассоциированной с образовательным процессом патологией - ортопедической, офтальмологической, вазокардиологической.

#### Литература

1. Баранов А.А. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям

воспитания, обучения и трудовой деятельности. Москва/ А.А.Баранов, В.Р. Кучма, Л.М.Сухарева // Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа». 2006.- 352 с

2. Воронцов И.М. Здоровье. Создание и применение автоматизированных систем для мониторинга и скринирующей диагностики нарушений здоровья. / И.М.Воронцов, В.В. Шаповалов, Ю.М. Шерстюк // издание «ИПК Конста», СПб, 2006.- 429 с

3. Леонов А.В. Выборочное медицинское обследование как инструмент определения здоровья детей и подростков. / А.В.Леонов, Т.В.Поздеева, Ю.Г.Кузьмичёв и др. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2004.- №5 – С. 14-17.

4. Панков Д.Д., Новый методологический подход к анализу результатов профилактических осмотров школьников/ Д.Д. Панков, Т.Б. Панкова, Г.И.Берова и др. //Российский педиатрический журнал.–2006.- №2.- С. 45-48.

5. Рапопорт И.Н. Оценка динамики заболеваемости школьников по результатам профилактических медицинских осмотров/ И.Н.Рапопорт.// Гигиена и санитария. –2005.- №6.- С. 34-35.

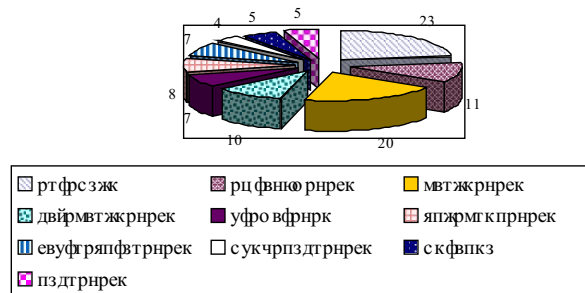


Рисунок 1. Структура профилей риска подростков в возрасте 17 лет (%)

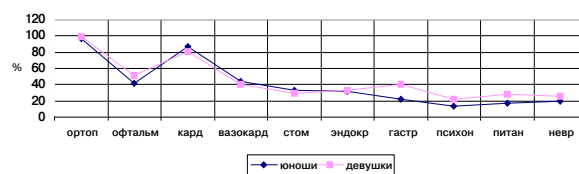


Рисунок 2. Распределение юношей и девушек по уровню отклонений в состоянии здоровья (%)

## СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СЕРДЦА НА ЭТАПЕ СМП НАСЕЛЕНИЮ Г. СЕВЕРОДВИНСКА. АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ПРИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Васильева Е. С.

МУЗ «ССМП Северодвинска»

Руководитель: Лизунова С. В.

Сердечнососудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место в структуре заболеваемости и смертности населения в большинстве экономически развитых стран.

С учетом клинических данных о важности нарушений ритма и проводимости сердца (НРП) в развитии жизнеугрожающих состояний и внезапной сердечной смерти, представляет интерес оценка

их частоты и структуры обычному населению. Особенно актуальной выглядит эта задача для России, страны с высоким риском преждевременной сердечной смерти.

В структуре выполненных вызовов бригадами МУЗ «ССМП Северодвинска» среди ССЗ за период с января 2006 по декабрь 2008гг. НСР стоят на 4-м месте после гипертонической болезни (1-е место), ИБС (2-е место) и цереброваскулярных болезней (3-е место).

В основу работы положен клинико-статистический анализ. Исследование проводилось на МУЗ «ССМП Северодвинска». Использована официальная статистика, учетная и отчетная документация. Ретроспективный анализ структуры НСР на этапе СМП и качества оказания помощи проведен на основании обработки 223286 карт вызовов СМП (форма 110/у) за период с января 2006 по декабрь 2008гг.

При анализе карт вызовов СМП за трехлетний период наблюдения встречаемость НСР составила 5406 случаев.

Целью данной работы было проведение статистического анализа НСР на этапе СМП населению г. Северодвинска за период с января 2006 по декабрь 2008гг. Также оценка качества, оказываемой помощи при НСР на этапе скорой медицинской помощи (мед.) населению г. Северодвинска в соответствии с областными медико-технологическими стандартами оказания скорой и неотложной мед. помощи и «Руководством по скорой медицинской помощи» (под ред. А.Л. Верткина, С. Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко).

При анализе полученных данных выявлено, что ведущим НСР являются фибрилляция и трепетание предсердий (ФП и ТП), что обусловлено высокой частотой данного НСР в популяции - изменениями, возникающими в миокарде и проводящей системе сердца в процессе старения. Кроме того, с возрастом повышается частота СС и экстракардиальных заболеваний, что так же увеличивает вероятность возникновения данных аритмий.

НСР чаще страдает население старше 60 лет, а в структуре НСР по полу мужчины уступают, в связи с меньшей продолжительностью жизни и преобладанием женского населения над мужским, особенно в старшей возрастной группе. Вышеизложенные данные можно объяснить тем, что средняя продолжительность жизни в г. Северодвинске составляет 66,65 лет; у мужчин- 59,61лет, у женщин на 14,3 года выше и составляет 73,94 года.

Фибрилляции и трепетания желудочков составили за 2006-2008 года 35 случаев от всех НСР, в связи с

этим их анализ является затрудненным из-за редкой встречаемости и малого анализируемого периода, также как и в группе желудочковых тахикардий встречаемость которых составила 23 случая за данный период наблюдения.

В группе пароксизмальных тахикардий (ПТ), в связи с одинаковой тактикой купирования пароксизмов, предсердные пароксизмальные тахикардии и атриовентрикулярные пароксизмальные тахикардии были объединены в одну группу и составили в 2006 году -11,11%, в 2007году – 19,21% и в 2008 году- 18,48% от общего числа НСР, а ко второй группе была отнесена желудочковая пароксизмальная тахикардия, которая встретилась в 0,43% случаев за период наблюдения. В основном, ПТ страдают практически здоровые люди до 60 лет, не имеющие структурной патологии миокарда. Следовательно, весьма актуальной является проблема своевременной диагностики, купирования и лечения данных НСР.

Впервые выявленные НСР на догоспитальном этапе составили 11,33% от всех НСР и проводимости за 3 года. Среди них преобладают ФП и ТП в связи с их большей частотой в популяции.

Доля, госпитализированных больных с НСР составляет 2,08% от общего количества госпитализированных больных и 7,99% от вызовов с НСР.

Купирование и лечение НСР на этапе скорой мед. помощи в г.Северодвинске осуществляется специализированными (кардиологическая и бригада интенсивной терапии), линейными и фельдшерскими бригадами. Больше количество случаев НСР обслуживается линейными и фельдшерскими бригадами (53%).

Чаще всего для лечения и купирования НСР в МУЗ «ССМП Северодвинска» используется верапамил и кордарон.

Терапия НСР осуществляется в соответствии с областными медико-технологическими стандартами оказания неотложной мед. помощи и «Руководством по скорой медицинской помощи» при данной патологии и только около 1% не соответствует им. Отступление от стандарта оказания неотложной мед. помощи наблюдается при наличии сопутствующей патологии, наличии противопоказаний к применению препаратов, а также при их индивидуальной непереносимости.

Наличие алгоритма при оказании скорой мед. помощи, проведении реанимационных пособий, оснащение всех бригад согласно стандартам медицинской помощи приводит к улучшению качества лечения на догоспитальном этапе.

# АНАТОМИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ФЛОТИРУЮЩИЕ ТРОМБЫ

Воробьева А.И., 2 курс, лечебный факультет

Научные руководители: доц. В.А. Краснова, проф. Н.А. Воробьева

Несмотря на значительные успехи современной медицины диагностика и лечение венозного тромбоза (ВТЭ) и в настоящее время остается одной из ведущих проблем клинической практики. Прежде всего, это связано с высокой распространенностью данной патологии в различных разделах медицины, его тяжестью, высокой летальностью и различными подходами к диагностике и профилактике рецидивов. При этом наиболее часто локализация тромбов отмечается на уровне нижней полой вены (НПВ) и ее притоков. В течение последних десятилетий одним из основных и эффективных методов эндоваскулярной профилактики легочной эмболии при флотирующих тромбозах является имплантация интравенозных кава-фильтров [Streiff M. Vena cava filters: a comprehensive review. Blood 2000; 95:3669-3677].

Целью нашего исследования было изучение анатомических предпосылок к возникновению тромбов нижней полой вены и эпидемиологии тромбозов глубоких вен в системе нижней полой вены, осложненных флотацией.

Материалы и методы. Работа основана на изучении анатомии нижней полой вены по данным аутопсии и эпидемиологии тромбозов глубоких вен в системе нижней полой вены. Эпидемиологический анализ проведен путем сплошной выборки статистических карт выбывших из стационара (форма №066/у-02) за 5 лет в МУЗ «Первая городская клиническая больница г. Архангельска», где в окончательном диагностическом заключении фигурировал диагноз тромбоз глубоких вен нижних конечностей (I.80 по МКБ-10) в качестве основного диагноза, сопутствующей патологии или осложнения основного заболевания. Также проведен анализ частоты имплантации кава-фильтров в нижнюю полой вену за 9 лет по данным отделения ангиохирургии МУЗ «Первая городская клиническая больница г. Архангельска».

Результаты исследования. Нами подготовлены аутопсийные препараты нижней полой вены с тромботическими массами, подвздошной вены и легочного ствола с тромбозом из НПВ. Известно, что НПВ собирает венозную кровь из брюшных и тазовых органов, из стенок брюшной полости, а также из нижних конечностей. НПВ создается из слияния двух подвздошных общих вен (правой и левой) на уровне 5-го поясничного позвонка на 1-2 см ниже бифуркации аорты, и расположена справа от аорты. В целях исследования тромбозов НПВ может быть разделена на 3 сегмента: нижний, средний и верхний. Нижний сегмент начинается от слияния обеих общих подвздошных вен и заканчивается на месте впадения почечных вен. Средний сегмент

лежит от места впадения почечных вен вплоть до места впадения печеночных вен. Верхний сегмент представлен конечной частью НПВ, которая лежит выше места впадения печеночных вен.

Закупорка каждого из этих сегментов обуславливает появление особых клинических синдромов. Частота случаев венозного тромбоза всегда больше на левой конечности по сравнению с правой, что обусловлено анатомической особенностью, а именно – существование асимметрии на уровне больших тазовых вен вследствие нормальной инволюции зародышевой венозной системы [Могош Г., 1979]. Поэтому левая общая подвздошная (ПВ) вена расположена более косо, она длиннее - в среднем 5 см, в то время как правая общая подвздошная вена имеет длину всего 1,6 см. Левая ПВ расположена позади правой общей подвздошной артерии (ПА) на уровне 5-го поясничного позвонка. Это анатомическое расположение вены, при котором левая ПВ прижимается правой ПА к 5-му поясничному позвонку, представляет собой важный фактор, которым объясняется более выраженный застой в левой нижней конечности и повышенная частота локализации тромбоза с левой стороны. Кроме того, левая общая ПВ может подвергаться сдавлению и со стороны копростазы в подвздошно-тазовой ободочной кишке.

Эмбологенный тромбоз илиокавального сегмента встречается в 8-15% случаев, при этом смертность от массивной тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА) достигает 11-23%. За период 1989-2007 гг в связи с наличием флотации тромба, которая является непосредственной угрозой для развития легочной эмболии было установлено 329 кавальных фильтра, из них левосторонняя локализация флотирующего тромба отмечена в 76 % случаев.

За период 2000-2004 гг. в стационаре ГКБ №1 г. Архангельска было пролечено 143480 больных, из них в тромбозом глубоких вен в системе НПВ 1462 (1.1% от всех пролеченных пациентов). Кроме того, из всех случаев ТГВ (n=1462) имплантация кава-фильтра потребовалась у 134 пациентов или в 9,1% случаев всех тромбозов глубоких вен в системе НПВ.

Отмечена динамика увеличения количества имплантируемых кава-фильтров от 1 случая в 1989 году до 45 случаев в 2007 году, а также рост количества имплантации кава-фильтров у молодых пациентов до 45 лет (n=95), а именно 29,1%.

Выводы.

Существуют определенные анатомические предпосылки к развитию тромбозов в системе НПВ, при этом наиболее часто отмечается левосторонняя локализация тромба. Отмечена высокая частота

присутствия флотирующих тромбов, которые потребовали имплантации кавальных фильтров-ловушек. Тем не менее, существует потенциальный риск тромботических осложнений, связанный с

длительным нахождением имплантированного кава-фильтра в сосудистом русле, что требует проведения адекватной контролируемой антикоагулянтной пожизненной терапии.

## **ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ: КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ**

**Вяткина Е.А., Демяницкая А.А., Попова Л.А., Пшеничникова Е.А., V и VI курс, лечебный факультет.**

**Кафедра педиатрии и пропедевтики детских болезней СГМУ.**

**МУЗ «Городская клиническая больница №7» г.Архангельск.**

**Научный руководитель: доц. Тарасова О.В.**

Остаются не до конца изученными ряд вопросов, касающихся этиологии, патогенеза, терапевтической тактики ведения пациентов с диагнозом обструктивный бронхит, что делает актуальным изучение особенностей анамнеза, клинического течения, прогноза при этой патологии у детей [1,2].

Цель исследования - выявить характерные клинико-анамнестические проявления острого обструктивного бронхита у детей грудного и раннего возраста и сформулировать дифференциально-диагностические критерии.

Дизайн исследования: на первом этапе провести ретроспективный анализ анамнестических и клинических данных у пациентов с диагнозом острый обструктивный бронхит путём выкопировки сведений из истории стационарного больного; на втором этапе - проследить анамнез пациентов с применением методов анкетирования и интервьюирования родителей, клинического обследования детей. Настоящее сообщение посвящено результатам первого этапа исследования. Критерии включения пациентов в группу: диагноз «острый обструктивный бронхит», возраст 0-3 года, отсутствие на рентгенограмме легких пневмонической инфильтрации, а в анамнезе – диагноза «бронхиальная астма».

Из архива детского отделения МУ ГКБ № 7 г.Архангельска согласно выбранным критериям взяты для исследования истории болезни 242 пациентов. Распределение детей по возрасту и полу представлено в таблице.

Анализ возрастного состава показал, что преобладают пациенты в возрасте до года. Доля организованных детей составляет 25%. Большинство заболевших детей (41,7%), госпитализированы в первые три дня заболевания. У всех пациентов при поступлении в стационар была диагностирована дыхательная недостаточность (ДН), которая являлась основным показанием для госпитализации. Распределение детей по степени ДН следующее:

ДН 1 степени-146 детей(63,3 %), ДН 2 степени-86 детей(35,5 %), ДН 3 степени- 1ребёнок(0,4 %)

Сроки госпитализации от начала остро развившегося заболевания варьируют от суток до недели.

Нередко бронхиту предшествовал за 1-1,5 месяца эпизод острого респираторного заболевания (острый фарингит, острый бронхит). Практически все дети получали амбулаторно муколитики, бронходилататоры, антипиретики. 29 пациентам (12 %) были назначены антибиотики на догоспитальном этапе. Принимая во внимание сроки госпитализации, можно констатировать, что острый обструктивный бронхит чаще развивается у детей в холодное время года: зимой (30,6%), весной (28,9%), осенью (29,3 %).

На момент госпитализации 229 детей (94,6 %) имели катаральные явления - ринит, гиперемия зева; в 99,3% случаев (233 ребёнка) была выявлена одышка экспираторного характера, хрипы в легких выслушивались у 228 пациентов (94,2%), кашель присутствовал у всех детей. Схожесть с пневмонией по клинической картине при поступлении в стационар была отмечена у 149 детей (62%), что послужило поводом для проведения дифференциальной диагностики. Изменения в анализе крови представлены лейкоцитозом у 53 детей (21,9%), ускорением СОЭ у 166 человек (68,6%), снижением уровня гемоглобина у 79 пациентов (32,6%). Рентгенологическое исследование груди проводилось всем пациентам с целью исключения пневмонии. Характерно сгущение легочного рисунка.

В 30 % случаев обструктивный синдром сочетался с отягощённым аллергологическим анамнезом. 46% пациентов относятся к группе часто болеющих детей. 27,3% детей имели отягощенный антенатальный и (или) интранатальный периоды. Чаще всего, в 28,9% случаев, имело место перинатальное поражение центральной нервной системы (ПП ЦНС).

Таким образом, острый обструктивный бронхит представляет собой серьёзную клиническую проблему, так как сопровождается дыхательной недостаточностью и часто требует госпитализации в связи с необходимостью врачебного контроля за развитием заболевания. В качестве дифференциально-диагностических критериев целесообразно использовать следующие: одышка экспираторного характера, кашель, катаральные явления со стороны

ротоглотки, наличие в легких, как сухих, так и влажных хрипов. В анамнезе: частые респираторные заболевания, гиперсенсibilизация к пищевым продуктам. Частота случаев заболеваний нарастает в холодные периоды года, для которых характерно учащение респираторных вирусных инфекций.

Список литературы:

1. Избранные лекции по педиатрии / Под ред. А.А.Баранова, Р.Р.Шилыева, Б.С.Каганова. - М.: Издательский Дом «Династия», 2005-с.76-88.

2. Практическая пульмонология детского возраста: справочник 2-е издание / Под ред. В.К.Баточенко - М., 2001. - с.101-112.

Таблица

Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст	0-6 мес.	6-12 мес.	1г.-2г.	2г.-3г.	0-3 года
Девочки	26	29	34	19	108
Мальчики	28	36	47	23	134
Всего:	54	65	81	42	242

## **ВАРФАРИНОТЕРАПИЯ КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ И ТРОМБОЭМБОЛИЙ**

**Голубева П.Н., клинический интерн**

**Кафедра анестезиологии и реаниматологии СГМУ.**

**Курс клинической фармакологии**

**Поликлиника ФГУЗ ЦМСЧ № 58**

**Научный руководитель: проф. Воробьева Н. А.**

Актуальность темы: Препараты из группы антикоагулянтов непрямого действия, а именно, Варфарин, на сегодняшний день широко применяются в кардиологической, кардиохирургической, хирургической практике. Имеется ряд показаний для их использования, такие как мерцательная аритмия, ТЭЛА, тромбозы периферических сосудов, состояние после протезирования клапанов сердца и т. д. Но, известно, что Варфарин имеет узкий терапевтический диапазон, превышение которого способно привести к кровотечениям, а недостаточная гипокоагуляция повышает риск развития тромбозов. Следовательно, грамотное проведение варфаринотерапии остается на сегодняшний день важнейшей проблемой.

Цель исследования: наблюдение за тактикой варфаринотерапии среди пациентов поликлиники ФГУЗ ЦМСЧ № 58, оценка безопасности и эффективности данного лечения.

Задачи исследования:

1. Определение структуры заболеваний среди пациентов, принимающих Варфарин.
2. Наблюдение за тактикой ведения данных больных.
3. Выявление частоты достижения целевых значений уровня МНО среди исследуемых.
4. Выявление частоты тромбозов среди пациентов, находящихся на варфаринотерапии.
5. Выявление частоты кровотечений при данной терапии среди исследуемых пациентов.
6. Определение уровня МНО при данных осложнениях.

Материалы и методы: Пациенты, наблюдающиеся в поликлинике ФГУЗ ЦМСЧ № 58 по поводу полу-

чения варфаринотерапии (n=53). Материал для исследования получен методом сплошной выборки.

Результаты и обсуждение: Среди исследуемых пациентов (n=53) имелись пациенты кардиологического, ревматологического, кардиохирургического, хирургического профиля. Структура заболеваний среди данных пациентов следующая: мерцательная аритмия – 56,6 %; тромбозы легочных артерий (ТЭЛА) на фоне острого тромбоза вен нижних конечностей – 13,2 %; хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) с формированием порока – 5,7 %; острый тромбоз вен нижних конечностей – 3,8 %; предсердная экстрасистолия – 1,9 %; постинфарктный кардиосклероз, состояние после аортокоронарного шунтирования – 1,9 %; деформирующий артроз коленного сустава, состояние после эндопротезирования – 1,9 %. Также встречалась сочетанная патология: ХРБС с формированием порока сердца в сочетании с мерцательной аритмией – 13,2 %; ХРБС с формированием порока сердца в сочетании с ТЭЛА легочных артерий – 1,9 %.

По данным ВНОК стартовая насыщающая доза варфарина составляет 5–7,5 мг. Начальная доза назначения варфарина, соответствующая этому уровню, была назначена 30 пациентам, что составляет 56,6 %. Для 23 пациентов (43,3 %) начальная доза назначения варфарина была меньше насыщающей дозы. Из них у 10 имелись прямые противопоказания к назначению насыщающей дозы.

Титрование дозы в зависимости от показателей МНО для лучшего достижения эффекта было произведено у 44 пациентов (83 %). Комбинированная терапия: непрямыми антикоагулянтами в сочетании с дезагрегантами была назначена 5 пациентам (9,4 %).



В ходе наблюдения за динамикой лабораторных показателей пациентов, находящихся на варфаринотерапии, достижение целевых уровней МНО наблюдалось у 22 пациентов, что составило 41,5 % исследуемых. МНО, достигавшее значений, превышающих целевые уровни, наблюдалось у 1 пациента, что составило 1,9 %; МНО ниже целевых уровней наблюдалось у 30 пациентов, что составило 56,6 %.

Среди исследуемых пациентов (n=53) частота возникновения кровотечений составила 11,3 % (всего 6 пациентов). Из них 5 пациентов отмечали однократный эпизод кровотечения легкой степени тяжести и 1 пациент повторные кровотечения средней степени тяжести. Средние значения МНО при данных эпизодах:  $3,24 \pm 1,08$  (P=0,95).

Частота возникновения тромбозов среди исследуемых – 22,6 % (12 пациентов). Из них доля тромботических образований в ушке левого предсердия – 50 %; тромбоэмболия легочной артерии – 25 %; тромбоэмболия мозговой артерии – 8,3 %; тромбоэмболия подмышечной артерии – 8,3 %; тромбоз глубоких вен нижних конечностей – 8,3 %. Средние значения МНО при тромботических нарушениях –  $1,37 \pm 0,29$ .

Выводы:

1. Среди исследуемых пациентов большая доля имела показанием к назначению Варфарина мер-

цательную аритмию. Также довольно часто среди данных пациентов встречалась тромбоэмболия легочной артерии на фоне острого тромбоза вен нижних конечностей и хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием порока в сочетании с мерцательной аритмией.

2. Как правило, тактика ведения пациентов, получающих варфарин, была адекватной: в 75,5 % случаев начальная доза назначения варфарина была правильно подобрана, в 83 % случаев происходил подбор дозы варфарина в зависимости от достижения эффекта.

3. Несмотря на проведение адекватной варфаринотерапии, достижение в конечном итоге целевого значения уровня МНО наблюдалось менее чем у половины исследуемых, что говорит о сложности подбора адекватной дозы препарата.

4. Среди осложнений варфаринотерапии большая доля приходится на развитие различных тромботических осложнений. Среднее значение МНО для развития данных осложнений меньше нижней границы целевого уровня МНО.

5. Развитие кровотечений наблюдалось в 11,3 % случаев. Преимущественно это были кровотечения легкой степени тяжести. Но они возникали при среднем значении МНО, незначительно превышающем целевые уровни.

## **ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ В БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

**Голубева П. Н., клиническая интернатура по специальности «терапия»**

**Кафедра анестезиологии и реаниматологии СГМУ, курс клинической фармакологии**

**МУЗ «Первая городская клиническая больница» г. Архангельск**

**МУЗ «Первая городская клиническая больница» г. Северодвинск**

**Научный руководитель: проф. Воробьева Н. А.**

Актуальность темы. Дислипидемия – один из главных факторов риска развития ишемической болезни сердца. Наблюдается прямая зависимость между нарушениями липидного обмена и риском развития сердечно-сосудистых осложнений. В крупных рандомизированных исследованиях (4S, CARE, LIPID, WOSCOPS, AFCAPS/TexCAPS и HPS) препараты из группы статинов продемонстрировали свое положительное влияние на жизненный прогноз пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Отсюда очевидно, насколько важно рациональное использование данных препаратов в кардиологической практике.

Цель исследования: изучение тактики назначения статинов среди исследуемых пациентов, оценка безопасности и эффективности данной терапии.

Задачи исследования:

1. Определение процента назначения статинов

среди пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС).

2. Наблюдение за тактикой назначения данных препаратов.

3. Оценка эффективности и безопасности препаратов из группы статинов.

4. Изучение влияния уровня показателей липидограммы на течение ИБС

Материалы и методы исследования: пациенты, проходившие стационарное лечение в кардиологических отделениях «первой городской клинической больницы» г. Архангельска и «Первой городской клинической больницы» г. Северодвинска (n=138), страдающие ишемической болезнью сердца (ИБС). Материал для исследования получен методом сплошной выборки. Срок исследования – 4 месяца.

Результаты и обсуждение: Как известно, базисная терапия ИБС включает обязательное применение

следующих препаратов: дезагрегантов, в-блокаторов, ингибиторов АПФ, статинов. В ходе исследования удалось проследить, насколько широко их использование на практике. Среди исследуемых пациентов г. Северодвинска, страдающих ИБС, мы видим довольно большой процент приема дезагрегантов (95 %) и в-блокаторов (87 %). У пациентов г. Архангельска процент назначения данных препаратов также достаточно высок (дезагреганты – 95 %, в-блокаторы – 92 %). Процент назначения статинов у исследуемых значительно снижается. Очевидно, что охваченность пациентов г. Северодвинска терапией статинами составляет 73,3 %, а пациентов г. Архангельска – 59 %.

Среди 26 пациентов города Северодвинска, которым не были назначены статины, 4 пациента (15 %), а среди 16 пациентов города Архангельска – 5 пациентов (31 %) имели прямые противопоказания назначению данных препаратов – повышение печеночных ферментов более, чем в 3 раза.

В ходе исследования удалось проследить тактику назначения статинов у пациентов г. Архангельска и г. Северодвинска. Для кардиологического отделения 1 городской клинической больницы г. Архангельска применялись препараты из группы статинов: Вазилип – 15 %; Тулип – 21 %; Аторис – 13 %; Крестор – 5 %; смена препарата с вазилипа на Тулип – 3 %; смена препарата с Крестора на Тулип – 3 %. Для кардиологического отделения 1 городской клинической больницы г. Северодвинска назначались препараты из группы статинов: Симвастол – 63 %; Вазилип – 9 %; смена препарата с Симвастола на Крестор – 2 %.

В соответствии с рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов, выделяют минимальные, средние терапевтические и максимальные дозы статинов. В 1 городской клинической больнице г. Архангельска 95,7 % пациентов получали статины в минимальных дозировках; 4,3 % пациента – в средних терапевтических. В 1 городской клинической больнице г. Северодвинска 94,5 % пациентов получали статины в минимальных дозировках, 2,7 % – в средних терапевтических; у 2,7 % пациентов наблюдалось титрование дозы для лучшего достижения эффекта.

Теперь следовало бы оценить эффект действия статинов. Из 96 исследуемых пациентов, которым назначены статины, только 10 пациентам были сделаны повторные липидограммы с интервалом 1 – 2 недели. Все эти пациенты получали дженерические препараты группы статинов в минимальных дозах. Можно проследить тенденции изменения липидограмм. Исходные средние величины показателей липидограммы: ОХС  $6,259 \pm 0,66$  ммоль/л ( $P = 0,95$ ); ЛПНП  $4,085 \pm 0,545$  ммоль/л ( $P = 0,95$ ); ТГ  $1,65 \pm 0,422$  ммоль/л ( $P = 0,95$ ); ЛПВП  $1,35 \pm 0,322$  ммоль/л. Средние величины показателей липидограммы после назначения статинов с интервалом 1 – 2 недели: ОХС  $5,39 \pm 0,76$  ммоль/л; ЛПНП  $3,18 \pm 0,61$  ммоль/л; ТГ  $2,1 \pm 0,646$  ммоль/л ( $P = 0,95$ ); ЛПВП  $1,2 \pm 0,268$  ммоль/л. Также можно выявить зависимость течения заболевания от приема ста-

тинов. Среди пациентов, у которых заболевание протекало с положительной динамикой, основная масса получала статины при прохождении курса лечения в стационаре, либо в анамнезе был прием данных препаратов. Среди лиц, чье заболевание несло отрицательную динамику, или протекало без какой-либо динамики, отмечалась гораздо меньшая доля лиц, принимающих статины.

Оценивая влияние показателей липидограммы на течение ИБС, мы наблюдаем следующую картину. Среди мужчин, чье заболевание протекало с положительной динамикой, средние уровни показателей липидограммы: ОХС  $4,86 \pm 0,234$ ; ХС ЛПНП  $2,73 \pm 0,242$ ; ХС ЛПВП  $1,3 \pm 0,127$ ; ТГ  $1,806 \pm 0,233$ . При отрицательной динамике течения заболевания средние уровни показателей липидограммы: ОХС  $6,49 \pm 0,69$ ; ХС ЛПНП  $4,53 \pm 1,077$ ; ХС ЛПВП  $0,89 \pm 0,04$ ; ТГ  $2,89 \pm 0,755$ . Состояние без динамики характеризовалось следующими уровнями показателей липидограммы: ОХС  $5,9 \pm 0,391$ ; ХС ЛПНП  $3,5 \pm 0,355$ ; ХС ЛПВП  $0,95 \pm 0,17$ ; ТГ  $2,57 \pm 0,4$ . Среди женщин тенденции изменения показателей липидограммы при положительной, отрицательной динамике или при течении заболевания без динамики существенно не отличались от таковой у мужчин.

Побочные эффекты и осложнения: Среди исследуемых пациентов, принимавших статины, в 9,4 % случаев было выявлено повышение в динамике уровня печеночных трансаминаз менее чем в 3 раза, в 1 % случаев имелось повышение уровня печеночных трансаминаз более чем в 3 раза. Все эти пациенты находились на базисной терапии статинами, то есть постоянно получали препараты из группы статинов в начальных дозах (10 – 20 мг). Других побочных эффектов и осложнений выявлено не было.

Выводы:

1) Далеко не все пациенты, имеющие показания к назначению статинов, получают данные препараты при минимальном количестве противопоказаний к назначению их.

2) Среди назначенных препаратов из группы статинов преобладают дженерики. В кардиологическом отделении 1 городской клинической больницы г. Архангельска при назначении статинов предпочтение отдается дженерическим препаратам Аторвастатина; для 1 городской клинической больницы г. Северодвинска препаратом выбора остаются дженерические препараты Симвастатина.

3) Практически, все пациенты, независимо от уровня показателей липидограммы, получают препараты группы статинов в минимальных дозах.

4) Не проводится титрование дозы для лучшего достижения эффекта.

5) Из оценки динамики липидограмм исследуемых пациентов выявлено, что препараты группы статинов в низких дозировках умеренно снижают ОХС и ЛПНП; но не оказывают положительного влияния на изменение уровня ЛПВП и ТГ.

6) Уровни показателей липидограммы оказывают

значительное влияние на течение и прогрессирование ИБС. Среди пациентов с положительной динамикой развития ИБС средние значения показателей липидограммы приближены к оптимальным

7) Препараты группы статинов, в особенности, в низких дозах, оказывают минимальное количество

побочных эффектов, это говорит об относительной безопасности препаратов.

8) Следовательно, при необходимости возможно повышение дозировки препаратов при наличии адекватного контроля динамики показателей липидограммы, печеночных ферментов, КФК.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КОНТАКТА У МАТЕРЕЙ С ДЕТЬМИ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

**Гордеева Ю.А., 3 курс ВСО СГМУ**

**Кафедра педагогики и психологии СГМУ**

**Научный руководитель: Ульяновская Т.Н.**

Изучение материнства в настоящее время является все более популярным как в теоретическом, так и в прикладном аспектах. Учеными в многочисленных работах были получены данные о влиянии материнского отношения и поведения на развитие ребенка во всех возрастах, но особое внимание привлекает младенческий период. Считается, что данный возрастной этап закладывает последующее восприятие окружающего мира, взаимоотношения с близкими людьми. Особо актуальными являются исследования, связанные с возможностью ранней профилактики нарушений эмоционального контакта, в связи с чем целью настоящей работы явилось изучение материнско-детских взаимоотношений у матерей, имеющих детей в возрасте до одного года, в зависимости от возраста и паритета родов.

Объект исследования - 25 матерей, находившихся во втором соматическом отделении по уходу за детьми грудного возраста. В зависимости от паритета родов выделены подгруппы первородящих и повторнородящих женщин. Возрастное деление было в границах до 20 лет, 20-30 лет, старше 30 лет. Экспериментальный материал представлен методикой PARI (parental attitude research instrument), предназначенной для изучения отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли). Особенности эмоционального взаимодействия оцениваются в трех вариантах: оптимальный контакт, излишняя дистанция с ребенком, излишняя концентрация на нем. Анализ полученных данных проводился по ключу.

Показатели по оптимальному эмоциональному контакту были выше в группе первородящих матерей. Они более настроены на установление с детьми партнерских отношений и развитие у них активности. Баллы по параметрам «излишняя эмоциональная дистанция с ребенком» и «излишняя концентрация на нем» не отличались у матерей с разным паритетом родов и были ниже среднего. У женщин не выражены такие качества как раздражительность, вспыльчивость, суровость, излишняя строгость, а так же чрезмерная забота, подавление воли. В целом, у большинства респондентов выявлялся средний уровень оптимального эмоционального контакта с ребенком в не зависимости от паритета родов, однако, несколько выше данный показатель был в группе первородящих.

В зависимости от возраста оптимальный эмоциональный контакт преобладал у матерей 20 -30 лет. Эмоциональная дистанция с меньшей частотой регистрировалась у матерей в возрасте старше 30 лет и с большей у 20-30 летних женщин. Излишняя концентрация на ребенке менее выражена у 30 летних матерей.

Таким образом, особенности взаимодействия с ребенком зависят как от паритета родов, так и от возраста. Полученные результаты могут быть использованы специалистами, работающими с данными женщинами в качестве профилактики нарушений эмоционального контакта в системе мать-ребенок.

# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАСТЫ «ВИТАПЕКС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТОВ

Гошева И.Н., Горелов Е.А.

МУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1», г. Архангельск

Научный руководитель: Засл. Врач РФ, к.м.н., доц. Давыдова Н.Г.

Лечение периодонтита занимает в практике врача-стоматолога значительное место. В отделении оказания платных стоматологических услуг не менее 35% всех обращений за стоматологической помощью приходится на это заболевание. Соотношение зубов, вылеченных по поводу осложненного кариеса, к зубам, вылеченных по поводу неосложненного кариеса составляет 1,1:1. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита являются хроническими очагами инфекции, приводящими к развитию и поддержанию соматических заболеваний организма. Данная патология является основной причиной потери зубов, поэтому совершенствование методов лечения пациентов с очагами одонтогенной инфекции является одной из актуальных проблем терапевтической стоматологии. Основными условиями купирования патологического процесса в периодонте являются санация и тщательная хемомеханическая обработка системы корневых каналов с последующей плотной obturацией. Для достижения эффекта лучшей стерилизации системы корневого канала в последнее время стали использовать технологию временного пломбирования корневых каналов.

Целью настоящего исследования явилась клинико-рентгенологическая оценка эффективности применения препарата пасты «Витапекс» фирмы NEO DENTAL CHEMICAL при лечении деструктивных форм периодонтитов при временном пломбировании, заапикальной терапии и заапикальной терапии в сочетании с депофорезом.

В МУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1» с 2007 года применяют препарат «Витапекс». Данный препарат предназначен для пломбирования корневых каналов всех групп зубов, пролеченных по поводу пульпита и периодонтита. Препарат выпускается в готовом виде, упакованный в шприце, из которого пасту непосредственно вводят в подготовленный канал. Активными компонентами препарата «Витапекс» являются йодоформ (40,4%), гидроокись кальция (30,3), силиконовое масло (22,4%).

Было проведено лечение препаратом «Витапекс» 211 пациентов с хроническим апикальным периодонтитом, которым были запломбированы 253 зуба. Оценка эффективности препарата проводилась на основании клинических и рентгенологических данных.

При эндодонтическом лечении использовали местное обезболивание, стандартные наборы эндодонтического инструментария и коронково-

апикальную технику инструментальной обработки корневых каналов. Для медикаментозной обработки корневого канала использовали раствор 3% гипохлорита натрия. Исследование проводили с учётом ближайших (6 месяцев) и отдалённых результатов (18 месяцев).

Все пациенты были разделены на подгруппы, план лечения хронического апикального периодонтита которых состоял в следующем:

1 группа: пломбирование эндометазоном с гуттаперчевыми штифтами с заапикальным выведением «Витапекса» (196 зубов),

2 группа: временное пломбирование «Витапексом» на 1-6 месяцев с последующим пломбированием эндометазоном с гуттаперчевыми штифтами с заапикальным выведением «Витапекса» (53 зуба),

3 группа: проведение метода депофореза с заапикальным выведением «Витапекса» с последующим пломбированием эндометазоном с гуттаперчевыми штифтами (4 зуба с диагнозом киста и кистогранулёма).

Во всех случаях ставилась пломба из композитного материала, чтобы избежать вторичного инфицирования.

Оценку эффективности лечения мы проводили через 6 месяцев после начала лечения: из первой группы – проведено рентгенологическое и клиническое исследование 33 случаев; у второй группы – 5; у третьей – 3.

При рассмотрении результатов лечения выявлено: 100% ремиссий воспалительного процесса во всех группах; рентгенологически подтверждённое уменьшение очага деструкции в периапикальных тканях во всех группах и рентгенологически полное восстановление костной ткани в первой группе – 33%, во второй группе – 60%. Все пациенты находятся на диспансерном учёте. Несмотря на положительную динамику репаративных процессов в группе применения депофореза с заапикальным выведением Витапекса, малочисленность группы не позволяет сделать окончательные выводы.

Применение метода отсроченного пломбирования каналов с использованием препарата на основе гидроксида кальция и йодоформа позволяет значительно повысить эффективность лечения при деструктивных формах периодонтитов.

Литература.

Гутман Дж.Л. Решение проблем в эндодонтии: Профилактика, диагностика и лечение / Джеймс Л.Гутман, Том С.Думша, Пол Э.Ловдэл; Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 592 с.

# ПРИМЕНЕНИЕ АРТИКУЛЯТОРА SAM2 В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Градбоева А.А., V курс, стоматологический факультет.

Кафедра ортопедической стоматологии СГМУ.

Научный руководитель: к.м.н. Е.А. Поливаная.

На сегодняшний день функциональная диагностика представляет собой предварительный, очень важный этап в проведении большинства стоматологических работ. Она необходима при реставрации и протезировании зубов, а также при ортодонтическом лечении зубочелюстных аномалий. Применение такого прибора, как артикулятора с лицевой дугой, в корне меняет процесс работы врача-стоматолога и ощутимо повышает результат его работы [3].

Смысл этих прогрессивных технологий в том, что анализ окклюзии, а также исследование индивидуальных особенностей движения височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) позволяет быстро и качественно изготовить удобные коронки, съемные конструкции зубных протезов, выполнить красивую реставрацию зубов, избежать сколов в процессе дальнейшего использования и увеличить срок их службы.

В настоящее время создано достаточно большое количество разнообразных по строению и функциям артикуляторов, облегчающих работу врача стоматолога-ортопеда [1].

Цель работы: изучить принцип работы и применение артикулятора SAM2 в практике врача-стоматолога-ортопеда.

Поскольку данная тема не предусмотрена программой обучения студентов стоматологического факультета, работа проводилась в «Центре пародонтологии и имплантации» на базе МУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» с непосредственным участием врача стоматолога-ортопеда Ипатова О.Н., где мы познакомились с устройством и работой артикулятора SAM2. Данный прибор представляет собой сверхточное механическое устройство, позволяющее смоделировать всё многообразие жевательных движений человека. К основным частям этого артикулятора относятся резцовый столик, верхняя и нижняя рамы артикулятора, шкала угла Беннета, индикатор положения нижней челюсти и лицевая дуга (рис.1).



Рис.1. Артикулятор SAM2

Мы научились работать с индикатором положения нижней челюсти (МПИ). МПИ – это диагностический прибор, с помощью которого определяют разницу положения нижней челюсти и суставных головок в привычной окклюзии, а также в центральном соотношении челюстей. Прибор регистрирует изменение положения нижней челюсти в трех взаимно перпендикулярных плоскостях графически и позволяет представить такое изменение в миллиметрах (рис.2). Это возможно только в тех случаях, когда отсутствуют структурные изменения тканей сустава — головок, дисков, капсулы и связок [2].

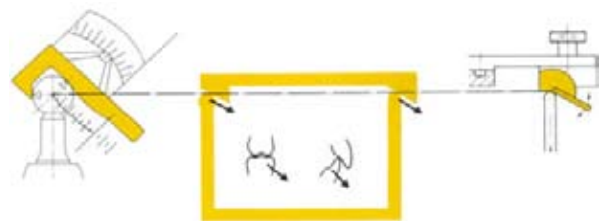


Рис.2. Точное отражение движения нижней челюсти

Нами была установлена лицевая дуга, которая позволяет регистрировать особенности строения лицевого черепа пациента с использованием гипсовых моделей, размещающихся в артикуляторе, где и производится прецизионная припасовка протеза. Наряду с этим, мы определяли угол трансверзального суставного пути (угол Беннета) (рис.3).



Рис.3. Применение лицевой дуги

Применяя артикулятор, мы научились объективно исследовать особенности прикуса и окклюзионные взаимоотношения зубных рядов пациента, а также движения, которые производятся ВНЧС. При этом отпала необходимость в дополнительных посещениях, как это происходило раньше, когда работа проводилась «на глазок», и требовалось время, чтобы хорошо «подогнать» протез. В итоге, изготовленный нами протез с использованием артикулятора SAM2 ощущался пациентом, как свои собственные

зубы. При этом изготовление конструкции зубных протезов проводилось значительно быстрее, после чего пациент не испытывал дискомфорта, легко адаптируясь к ним. [2].

В заключение необходимо отметить, что те врачи, которые используют в своей работе артикуляторы с лицевыми дугами, действительно поднялись на новую профессиональную высоту. Суметь увидеть полную клиническую ситуацию, подойти к работе, как врач лечащий, а не просто ремесленник, позволяет достичь долгосрочных результатов. Такой

подход ведет к успеху и высокой профессиональной репутации.

Литература.

1. Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология / Н.Н. Аболмасов, В.А. Бычков, А. Аль-Хаким. — М.: Медпресс-информ, 2002. — С. 22-24.
2. Хватова В.А. Клиническая гнатология/ В.А. Хватова. — М.: Медицина, 2005. — С. 70-72.
3. Gurel Galip Porcelain Laminate Veneers/ Galip Gurel/Quintessence Publishing Co. Ltd. /London, 2003. — 529 p.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СУМАМЕДОМ (АЗИТРОМИЦИНОМ) УРОГЕНИТАЛЬНОГО МИКОПЛАЗМОЗА У ВОЕННО-МОРСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ**

**Губерницкая С.В., Сахаров О.С., Котлова Ю.И.**

**НИИ морской медицины ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск.**

**ФГУ «1483 Военно-морской госпиталь», г. Северодвинск.**

**Научный руководитель: д.м.н. Мосягин И.Г.**

Лечение микоплазменной инфекции представляет определенную сложность для практикующих врачей. Указанная проблема обусловлена наличием ряда факторов: длительным латентным течением инфекции, назначением разнообразных, часто противоречивых схем применения антибиотиков и иммуностимулирующих препаратов, не всегда имеющих аргументированное обоснование.

Цель исследования – выявить распространенность *M. genitalium* и провести лечение в соответствии с международными стандартами лечения (CDC/Eurorean) по схеме: сумамед (азитромицин) 1,0 грамм, однократно. Работа выполнена в рамках российско-норвежского проекта по изучению распространенности инфекций уrogenитального тракта в Архангельской области. Всего обследовано 600 военнослужащих Северного флота в возрасте от 18 до 55 лет, 455 (75,8%) мужчин и 145 (24,2%) женщин. Первичное обследование включало: анонимное анкетирование и лабораторное обследование (исследование первой порции утренней мочи методом полимеразной цепной реакции в реальном времени в централизованной лаборатории ГУЗ «ОККВД» (г.Архангельск). Чувствительность и специфичность данного метода - 98-99%.

*Mycoplasma genitalium* выявлена у 3% (n=18) обследованных, в 2,5 раза чаще у мужчин (3,5%, n=16 и 1,4%, n=2). При опросе больные микоплазмозом жалоб не предъявляли. Микоплазменная инфекция уrogenитального тракта протекала бессимптомно ( $\chi^2=4,35$ ,  $df=1$ , точный критерий Фишера=0,032,  $p=0,037$ ).

Для уточнения диагноза всем больным микоплазмозом проводилось дообследование по стандартным методикам. Контроль излеченности проводился

методом ПЦР не ранее, чем через месяц после окончания курса лечения.

*Mycoplasma genitalium* была выявлена у 2 женщин, одна пациентка отказалась от дообследования и лечения, у второй при клиническом осмотре выявлены признаки спаечного процесса малого таза, при микроскопии соскобов из уретры, влагалища, цервикального канала патологических изменений не отмечено, в анамнезе - вторичное бесплодие. Больная получала сумамедом (азитромицином) 1,0 грамм, однократно. При контрольном обследовании методом ПЦР возбудителей ИППП не обнаружено, микроскопия соскобов из уретры, влагалища, шейки матки - без патологии.

По результатам клинического и бактериологического обследования больные микоплазмозом мужчины были разделены на 3 группы.

Первая группа – 8 (50%) – отсутствовали клинические признаки уретрита (гиперемия, отечность губок уретры, выделения из уретры) и воспалительные изменения в уретре.

Вторая группа – 5 (31%) - при осмотре признаки уретрита не выявлены, при микроскопии соскобов из уретры отмечены незначительные воспалительные изменения (гонококк не обнаружен, лейкоцитов до 10 в поле зрения, смешанная коккобациллярная флора.).

Третья группа – 3 (19%) – отмечены клинические проявления уретрита и значительные воспалительные изменения в отделяемом из уретры (гонококк не обнаружен, лейкоциты сплошь в поле зрения, флора отсутствует, в центрифугате первой порции утренней мочи лейкоцитов от 1-2 до 40-60 в п/з).

Всем мужчинам третьей группы дополнительно проводилось культуральное исследование для вы-

явления *Neisseria gonorrhoeae*. У одного больного микоплазмозом в посеве дал рост гонококк. Диагностирована микст-инфекция. Лечение проводилось в соответствии протоколами ведения больных ИППП для дерматовенерологической службы ВС РФ.

Все остальные больные микоплазмозом мужчины получали сумамед (азитромицин) 1,0 грамм, однократно. При контрольном обследовании у 14 (87,5%) больных в первой порции утренней мочи методом ПЦР возбудителей ИППП не выявлено, микроскопия соскобов со слизистой уретры у 13 (93,0%) без патологии. У одного переболевшего микоплазмозом военнослужащего в мазках из уретры после лечения сохранились воспалительные

изменения (гонококк не обнаружен, лейкоцитов до 15-25 в поле зрения), от дальнейшего обследования и лечения отказался. Двое военнослужащих на контрольное обследование не явились.

Переносимость азитромицина (сумамеда) была хорошей, побочных эффектов не отмечено.

Таким образом, распространенность *Mycoplasma genitalium* у военнослужащих является низкой и соответствует уровню заболеваемости в здоровой популяции. Оригинальный препарат сумамед (азитромицин) в курсовой дозе 1,0 грамм является эффективным средством лечения урогенитальных заболеваний, обусловленных *M. genitalium* микоплазмоза.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕПОЛОВОГО УРЕАПЛАЗМОЗА КЛАРИТРОМИЦИНОМ И ДОКСИЦИКЛИНОМ**

**Губерницкая С.В, Сахаров О.С., Котлова Ю.И.**

**НИИ морской медицины ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск.**

**ФГУ «1483 Военно-морской госпиталь», г. Северодвинск.**

**Научный руководитель: д.м.н. Мосягин И.Г.**

Актуальность проблемы урогенитального уреаплазмоза обусловлена широким распространением этой инфекции и недостаточной ясностью в оценке патологических изменений вызываемых у мужчин и женщин. На настоящий момент считается, что *U. urealyticum* является условно-патогенным микроорганизмом и заболеванием считается ситуация, когда при культуральном исследовании материала титр *U. urealyticum* больше 10<sup>4</sup> КОЕ/мл. На настоящий момент важной задачей является оптимизация методов лечения данной инфекции.

Цель настоящего исследования – выявить распространенность *U. urealyticum* и провести оценку эффективности лечения мочевого уреаплазмоза кларитромицином и доксициклином. Работа выполнена в рамках российско-норвежского проекта по изучению распространенности инфекций урогенитального тракта в Архангельской области. Обследовано 600 военнослужащих Северного флота в возрасте от 18 до 55 лет, 455 (75,8%) мужчин и 145 (24,2%) женщин. Первичное обследование включало анонимное анкетирование и лабораторное обследование (исследование первой порции утренней мочи методом ПЦР в реальном времени в централизованной лаборатории ГУЗ «ОККВД» (г.Архангельск). *Ureaplasma urealyticum* выявлена у 12,0% (n=72) военнослужащих и встречалась одинаково часто у мужчин, и у женщин (мужчины - 11,9%, n=54, женщины - 12,4%, n=18). В дальнейшем всем военнослужащим, с выявленной методом ПЦР *U. Urealyticum* проводилось дообследование, включавшее в себя осмотр, микроскопию соскоба

со слизистой уретры, влагалища, цервикального канала (у женщин), культуральное исследование с определением титра *U. urealyticum*, по показаниям выполнялся посев на гонококк. Кларитромицин назначался по схеме - 0,5г. х 2 раза в день, курс 10 дней, доксициклин - по 0,1 х 2 раза в день, курс 10 дней. Контроль излеченности проводился не ранее, чем через месяц после окончания курса лечения. На обследование не явились 4 (22%) женщины и 16 (30%) мужчин. Женщины по результатам культурального исследования были разделены на группы:

1 группа (здоровые) - 3 (21%) – посев на *U. urealyticum* отрицательный клинически и лабораторно патологии не выявлено;

2 группа (носительство) - 3 (21%) – титр *U. urealyticum* =10<sup>2</sup> КОЕ/мл;

3 группа (заболевание) - 8 (58%) – титр *U. urealyticum* >10<sup>4</sup> КОЕ/мл.

Женщины 3-ей группы получали кларитромицин. У 7 (87,5%) пациенток при контрольном обследовании в первой порции мочи методом ПЦР возбудителей ИППП не выявлено, при микроскопии соскобов из уретры, влагалища, шейки матки – без патологии. У 1 (12,5%) женщины при контроле излеченности методом ПЦР обнаружена *U. urealyticum*, выполнен повторный посев с определением чувствительности к антибиотикам. *U. urealyticum* выявлена в количестве >10<sup>4</sup> КОЕ/мл с высокой чувствительностью к доксициклину. Больной назначен повторный курс лечения доксициклином (юнидокс солутаб). При повторном обследовании в первой порции утренней

мочи методом ПЦР возбудителей ИППП не выявлено, при микроскопии без патологии.

На дообследование явились 38 мужчин. По результатам культурального обследования мужчины, как и женщины, были разделены на группы:

1 группа (здоровые) - 9 (24%) - посев на *U. urealyticum* отрицательный, клинически и лабораторно патологии не выявлено;

2 группа (носительство) - 9 (24%) - титр *U. urealyticum* =  $10^2$  КОЕ/мл;

3 группа (заболевание) - 20 (52%) - титр *U. urealyticum* >  $10^4$  КОЕ/мл.

Лечение проводилось военнослужащим 3 группы, из них - один мужчина для назначения лечения не прибыл, у другого при дообследовании в посевах на *Neisseria gonorrhoeae* дал рост гонококк, диагностирована микст-инфекция.

Кларитромицин получали 7 мужчин. Контроль излеченности 2 (30%) военнослужащих не прошли, у 5 (70%) мужчин возбудителей ИППП не выявлено, у 4 мужчин при микроскопии соскобов из уретры патологии не выявлено, но у 1 военнослужащего сохранялись жалобы на зуд в уретре и в мазках из уретры сохранялись воспалительные изменения. При дополнительном повторном посеве на *Neisseria*

*gonorrhoeae* выявлен гонококк. Диагностирована гонококковая инфекция.

Доксициклин получали 12 мужчин, у 9 (75%) при контрольном обследовании возбудителей ИППП в первой порции мочи методом ПЦР не обнаружено, микроскопия соскобов уретры - без патологии. У 3 (25%) мужчин повторно методом ПЦР обнаружена *U. urealyticum*, из них - двое на повторное обследование не прибыли, у одного в повторном посеве титр *U. urealyticum* снизился до  $10^2$  КОЕ/мл (носительство). Переносимость доксициклина и кларитромицина была хорошей, побочных эффектов не отмечено.

Таким образом, распространенность *U. Urealyticum* у военнослужащих является низкой и соответствует уровню здоровой популяции. Больных мочеполовом уреоплазмозом необходимо дополнительно обследовать для выявления ассоциаций с другими патогенными и условно-патогенными микроорганизмами. Существенных различий по результатам лечения кларитромицином и доксициклином нами не выявлено. Для более эффективного лечения целесообразно проводить культуральное исследование с определением чувствительности к антибиотикам.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Губерницкая С.В., Сахаров О.С., Котлова Ю.И.

НИИ морской медицины ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск.

ФГУ «1483 Военно-морской госпиталь», г. Северодвинск

Научный руководитель: д.м.н. Мосягин И.Г.

Урогенитальный хламидиоз является одной из важнейших медико-социальных проблем современного здравоохранения в результате широкого распространения среди различных слоев населения и негативного влияния на репродуктивное здоровье. Одним из важных направлений является оптимизация методов лечения данной инфекции.

Цель настоящего исследования – выявить распространенность *S. trachomatis* у военнослужащих, провести лечение урогенитального хламидиоза сумамедом (азитромицином). Работа выполнена в рамках российско-норвежского проекта по изучению распространенности инфекций урогенитального тракта в Архангельской области. Всего обследовано 600 военнослужащих Северного флота в возрасте от 18 до 55 лет, 455 (75,8%) мужчин и 145 (24,2%) женщин. Первичное обследование включало: анонимное анкетирование и лабораторное обследование (исследование первой порции утренней мочи методом полимеразной цепной реакции в реальном времени в централизованной лаборатории ГУЗ «ОККВД» (г. Архангельск). *Chlamydia trachomatis* была выявle-

на у 2,8% (n=17) военнослужащих, несколько чаще у мужчин (3,1%, n=14 и 2,1%, n=3). Для уточнения диагноза всем больным урогенитальным хламидиозом проводилось дообследование по стандартным методикам. Сумамед (азитромицин) назначался в курсовой дозе 1,0 грамм. (1,0 г. однократно, за 1 час до еды) и в курсовой дозе 3,0 г (первый день - 1,0 г за 1 час до еды, затем по 0,5 г. последующие 4 дня). Контроль излеченности проводился методом ПЦР не ранее, чем через месяц после окончания курса лечения.

Хламидийная инфекция диагностирована у 3 женщин, при осмотре у одной пациентки выявлен цервицит и аднексита, при лабораторном обследовании отмечено выраженное воспаление в цервикальном канале (гонококк не обнаружен, лейкоцитов до 40-60 в поле зрения, палочковая флора). У остальных при осмотре патологии не выявлено, однако при микроскопии материала из уретры, цервикального канала, влагалища отмечены незначительные воспалительные изменения (гонококк не обнаружен, лейкоцитов до 10-15 в поле зрения, смешанная коккобациллярная



флора). Все больные хламидиозом женщины имелиотягощенный акушерско-гинекологический анамнез (задержку внутриутробного развития плода, внутриутробную гибель плода, хронический аднексит, цервицит). С учетом хронически текущего процесса, наличия осложнений все получали сумамед (азитромицин) в курсовой дозе 3,0 грамма. При контрольном обследовании в первой порции мочи методом ПЦР возбудителей ИППП не выявлено, в соскобах со слизистой уретры, влагалища, шейки матки - без патологии.

На дообследование не явились 5 (36%) мужчин больных хламидиозом, остальным (n=9, 64%) было проведено обследование и лечение. С учетом клинической картины и результатов микроскопического обследования больные хламидиозом мужчины были разделены на 2 группы.

У мужчин первой (n=6, 66%) группы отсутствовали клинические признаки уретрита, но имелись незначительные воспалительные изменения при микроскопии соскоба из уретры и в центрифугате первой порции мочи (гонококк не обнаружен, лейкоцитов от 5 до 15-20 в поле зрения, коккобацилярная флора, большое количество слизи).

У мужчин второй (n=3, 34%) группы клинические проявления уретрита сопровождались выраженным воспалением в уретре (гонококк не обнаружен, лейкоцитов от 40-50 в поле зрения до «сплошь в п/з», диплококки, флора коккобацилярная, большое количество слизи). Им дополнительно проводилось культуральное исследование для выявления *Neisseria*

*gonorrhoeae*. У одного больного хламидиозом из второй группы в посеве дал рост гонококк. Диагностирована микст – инфекция. Лечение проводилось в соответствии с протоколами ведения больных ИППП для дерматовенерологической службы ВС РФ.

Мужчины 1 группы получали сумамед (азитромицин) 1,0 грамм, однократно, а 2 группы – сумамед (азитромицин) 3,0 грамма. Двое военнослужащих из 1 группы на контрольное обследование не прибыли, у 4 (66,6%) мужчин возбудителей ИППП в первой порции мочи не выявлено, в соскобах со слизистой уретры, центрифугате первой порции мочи патологических изменений не отмечено.

Во второй группе один больной на контроль излеченности не прибыл. У другого военнослужащего при контрольном обследовании повторно выявлена *Chlamydia trachomatis*, в мазках из уретры сохранялись воспалительные изменения. Данный военнослужащий имел половые связи с половой партнершей, не проходившей курса лечения, для назначения повторного курса терапии не явился. Переносимость сумамед (азитромицин) была хорошей, побочных эффектов не отмечено. Таким образом, распространенность *Chlamydia trachomatis* у военнослужащих является низкой, сопоставимой с уровнем заболеваемости в здоровой популяции. С учетом первично хронического течения урогенитального хламидиоза, наличия репродуктивно значимых осложнений лечение целесообразно проводить оригинальным препаратом сумамед (азитромицин) в курсовой дозе 3,0 грамма.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭМПАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ**

**Гурская А.А., 4 курс, факультет клинической психологии**

**Астраханская государственная медицинская академия**

**Кафедра медицинской психологии и педагогики**

**Научный руководитель: к.м.н. Костина Л.А.**

Профессия педагога предъявляет повышенные и достаточно специфические требования к её носителям. Успешность, результативность педагогической деятельности в определенной степени зависит от сформированности и уровня эмпатических способностей.

Эмпатия - способность человека к непроизвольному переживанию тех эмоций, которые возникают у другого человека в процессе общения с ним. Индивид начинает - вопреки сознательному контролю - разделять настроения другого человека. За счет этого достигается большее взаимопонимание, что очень важно при межличностном взаимодействии [1].

Степень выраженности и глубина эмпатических способностей педагога позволяют создать необходимый психологический климат и, таким образом повысить эффективность обучения.

Целью настоящего исследования послужило изучение уровня эмпатических способностей у преподавателей Высшей школы.

Обследовались 32 педагога ВУЗа, среди них 18 мужчин (56%) и 14 женщин (44%), со стажем работы от 3 до 49 лет (средний стаж 30 лет). Средний возраст составил 47 лет, преобладали педагоги в возрасте старше 40 лет. Все обследуемые преподавали естественнонаучные дисциплины.

Для диагностики уровня эмпатических способностей использовалась методика Бойко В. В.[2]. Обследование проводилось одномоментно, после предварительной беседы, мотивировавшей на сотрудничество. Бланки методики были анонимными, указывались только пол, возраст, стаж работы.

Распределение уровня эмпатических способностей в зависимости от стажа работы в ВУЗе

Уровень эмпатии	Баллы	Стаж рабы в ВУЗе					
		Менее 10 лет		10-25 лет		Более 25 лет	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Очень высокий	30 и более	0	0	0	0	0	0
Средний	29-22	1	3,1	0	0	1	3,1
Заниженный	21-15	8	25	4	2,5	10	31,2
Очень низкий	14 и менее	2	6,3	4	2,5	2	6,3

Результаты проведенного исследования выявили у 6% обследуемых средний (от 22 до 29 баллов), у 69% заниженный (от 15 до 21) и у 25% очень низкий (менее 14) уровни эмпатических способностей. Высокий уровень эмпатических способностей в данной выборке отсутствовал.

Исследовался гендерный аспект эмпатических способностей.

Средний уровень эмпатических способностей у преподавателей как у мужчин, так и у женщины встречался в равной степени – в 3,1% случаев. Прослеживалась незначительная тенденция к увеличению «заниженного уровня эмпатии» среди женщин (37,5%), по сравнению с мужчинами (31,3%). Очень низкий уровень эмпатии в большей степени был свойственен преподавателям-мужчинам – 21,9%; у преподавателей женщин он составил 3,1%. Различия достигали статистической достоверности (критерий  $\phi^*$  Фишера).

Был проведен анализ зависимости уровня эмпатических способностей от стажа работы, результаты которого представлены в таблице 1. Достоверных

различий выявлено не было (критерий Н Крускала-Уоллиса).

Таким образом, проведенное исследование выявило преобладание заниженного и очень низкого уровня эмпатических способностей у педагогов Высшей школы. Не обнаружено влияния стажа работы на уровень эмпатических способностей, что позволяет предположить, что они являются личностной характеристикой, а не результатом научения. Преподаватели-мужчины обнаруживают более низкий уровень эмпатии по сравнению с преподавателями-женщинами. Заниженный и очень низкий уровни эмпатических свойств преподавателей необходимо компенсировать развитием других профессиональных навыков и умений.

Литература.

1. Гаврилова Т.П. Понятие эмпатии в зарубежной психологии (Исторический обзор и современное состояние проблемы) // Вопросы психологии. - 1975. - № 2. - С.155.

2. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие.-Самар:Издат. дом «БАХРАХ»,1998.- С. 486-492.

## ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВНУТРИКАНАЛЬНОЙ РЕЗОРБЦИИ

Гусева Ю.А., Клюквина К.В., III курс, стоматологический факультет, Юрьев Ю.Ю., клинический врач-интерн.

Стоматологическое отделение КДП СГМУ

Научный руководитель: Засл. врач РФ, доц., к.м.н. Давыдова Н.Г.

Процесс резорбции корней (РК) является не до конца изученным феноменом, существуют исследования, указывающие на то, что воспаление пульпы зуба и бактериальный фактор играют ведущую роль в патогенезе этих состояний. РК представляет собой осложнение, способное привести к потере зубов [1].

Цель исследования: изучение методов диагностики и лечения внутриканальной резорбции (ВКР).

Мы проанализировали 345 внутриротовых контактных рентгенограмм (РГ) удовлетворительного качества, из которых 150 – снимков зубов нижней челюсти, 195 – верхней челюсти. В результате выявлено 8 случаев ВКР (2,3%), преимущественно это было поражение зубов фронтальной группы. Кроме того, при анализе РГ нами выявлены другие виды резорбции корней: цервикальная резорбция – 12

случаев (3,5%), резорбция в области апекса при деструктивных формах периодонтита – 27 (7,8%). Ниже мы представляем клинический случай.

В стоматологическое отделение КДП обратилась пациентка 20 лет с жалобами на эстетический дефект коронки зуба 21, наличие свища с гнойным отделяемым в проекции верхушки корня. Из анамнеза выявлено, что лечение по поводу осложненного кариеса начато 5 лет назад и проводилось 7 раз, образование свищевого хода периодически рецидивировало. Объективно: зуб 21 изменен в цвете, коронка светло-коричневая, на медиальной поверхности и с небной стороны в области зубного бугорка – пломбы, краевое прилегание не нарушено, перкуссия безболезненна, по переходной складке в проекции верхушки корня – свищ с вестибулярной стороны с гнойным отделяемым и обширным разрастанием гра-

нуляций. На внутриротовой контактной РГ: в области коронки определяются участки интенсивной тени, соответствующие пломба. В просвете корневого канала следы пломбировочного материала (ПМ), в средней трети – обширный участок просветления округлой формы размерами во всю толщу корня, который наслаивается на просвет корневого канала, в верхней трети – участки интенсивной тени, соответствующие петрификатам. В области верхушки – участок разрезания с нечеткими контурами в виде языков пламени. С медиальной поверхности корня определяется расширение периодонтальной щели на всю длину корня. Диагноз: внутренняя гранулема (внутрикорневая киста с прорастанием в периодонт). С учетом относительной целостности коронки была предпринята попытка проведения адекватного эндодонтического лечения. При инструментальной обработке канал удалось пройти только на 2/3. Пациентке было рекомендовано удаление 21 зуба с последующим замещением дефекта адгезивным протезом с парапульпарными штифтами на зубы 11, 22.

При изучении удаленного зуба мы выявили обширное перфорационное отверстие округлой формы, стенки корня значительно истончены, канал в верхней трети непроходимо.

На основании данных литературы была выработана следующая тактика:

1. Исключить наличие артефакта на РГ.
2. Попытаться произвести адекватное эндодонтическое лечение.
3. В зубах с витальной пульпой необходимо провести динамическое наблюдение, РГ делать через 6 месяцев.

При увеличении размеров ВКР зуб необходимо депульпировать.

При лечении зубов с периодонтитами и наличием ВКР отдают предпочтение кальций-содержащим препаратам для пломбирования.

Методика лечения зубов с ВКР начинается с за-

полнения части канала, расположенного апикальнее лакуны резорбции. Далее гуттаперча срезается на уровне нижней апикальной границы дефекта, затем лакуна и коронковая часть канала пломбируются методом вертикальной конденсации размягченной гуттаперчи. Другим методом лечения является временное пломбирование препаратами с гидроокисью кальция в сроки от 6 до 24 месяцев [3].

Необходимо акцентировать внимание врачей-стоматологов на дифференциальные признаки внутренней и наружной резорбции (НР). На РГ ВКР виден округлый симметричный очаг просветления, НР - патологический очаг с неровными, изъеденными, асимметричными границами. На РГ ВКР независимо от проекции снимка дефект находится в пределах корневого канала, при НР при изменении проекции снимка всегда происходит изменение положения дефекта. ВКР имеет вид расширения пульпарной камеры или просвета корневого канала, НР - изъеденного участка на поверхности корня. При ВКР пульпарная камера или корневой канал выглядят как легкая тень внутри дефекта, при НР наблюдается четкая граница между структурами зуба и областью резорбции [2].

Определяющими факторами положительного исхода являются размеры дефекта ВКР, своевременность диагностики и лечения.

Литература.

1. Оспакова Г.Б., Богатырьков Д.В., Волчек Д.А. Резорбция корней зубов / Клиническая стоматология. – 2004. - №2. – С.58-61.

2. Джеймс А. Гутман, Том С. Думела, Пол Э. Ловдел. Решение проблемы в эндодонтии. Профилактика и диагностика. Лечение/ Москва «МЕДпресс-информ», 2008. – С.322-327.

3. Тронстад Л. Клиническая эндодонтия/ Лейф Тронстад: Пер. с англ.; Под ред. проф. Т.Ф. Виноградовой - М.:МЕДпресс-информ, 2006. – С. 225-227.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ САНИТАРНО-ХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧВЫ КРУПНЫХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ГОРОДОВ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Гущин А.В., Баданин В.А.**

**Северный государственный медицинский университет.**

**Управление Роспотребнадзора по Архангельской области, г.Архангельск**

**Научный руководитель: доц. Бобун И.И.**

Промышленные города Архангельской области различаются между собой по уровню загрязненности объектов окружающей среды (атмосферы, почвы, воды) различными химическими компонентами и трудноокисляемыми соединениями.

Например, при многолетнем анализе данных по комплексной загрязненности атмосферного воздуха 9-ти городов Северо-Запада установлено, что Новодвинск, Коряжма и Архангельск являются наиболее загрязненными городами. К администра-

тивным территориям, в которых доля проб почвы, не соответствующей гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, превышала показатель по области, относятся: г. Северодвинск и г. Котлас. По объему образованных отходов в области - на 1 месте г. Коряжма, на втором – г. Архангельск и Новодвинск, на третьем – г. Северодвинск.

Рост промышленности крупных городов области ведет к увеличению вероятности неблагоприятного воздействия на окружающую среду и человека.

Для анализа состояния почвы по санитарно-химическим показателям были проведены исследования на содержание таких веществ как медь, цинк, никель, свинец, кадмий, хром, марганец, ртуть, кобальт на территориях городов Архангельск, Северодвинск, Новодвинск, Котлас, Коряжма, Мирный. Исследования на содержание мышьяка проводились в городах Северодвинск, Котлас, Коряжма.

Доля проб почвы, не соответствующей гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, в 2008 г. составила 6,0%, что в 1,4 раза превышает показатель 2007г. (табл.1).

Из таблицы видно, что увеличение доли проб почвы, не соответствующей гигиеническим нормативам, наблюдается по содержанию меди, цинка, свинца. Уменьшение доли проб почвы, не соответствующей гигиеническим нормативам, наблюдается по содержанию мышьяка, никеля, марганца, хрома, ртути, кадмия.

К административным территориям, в которых доля проб почвы, не соответствующей гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, превышала показатель по области, относятся: г. Северодвинск (в 3,8 раза), г. Котлас (в 1,1 раза). (табл. 2).

Из таблицы следует, что в 2008 г. доля проб почвы, не соответствующей гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, снизилась на территориях городов Котлас, Новодвинск, Коряжма. Вместе с тем, в городах Архангельск, Северодвинск, Мирный - этот показатель ухудшился.

Сравнительный анализ среднегодовых уровней загрязнения почвы загрязнителями с гигиеническими нормативами показал, что в превышение ПДК (предельно-допустимая концентрация) было в г. Северодвинске по содержанию меди. По остальным загрязняющим веществам превышение ПДК не выявлено (табл.3).

Интегральная оценка опасности почвы была выполнена на основании расчета суммы отношений среднегодовых фактических концентраций загрязняющих веществ к их ПДК. Как видно из рисунка, наибольшую опасность по санитарно-химическим показателям представляет почва в г. Северодвинске, наименьшую – в г. Новодвинске (рис. 1).

Таким образом, состояние почвенного покрова в Архангельской области с каждым годом ухудшается. Остается сложной ситуация в области с местами складирования твердых, жидких бытовых и промышленных отходов. До сих пор нет полигона для хранения и утилизации промышленных токсичных отходов, соответствующего санитарным требованиям.

Наиболее неблагоприятная ситуация складывается в городах атомного машиностроения (г. Северодвинск) и космического ракетостроения (г. Мирный).

В целом по Архангельской области состояние почвенного покрова удовлетворительное.

Таблица 1  
Доля проб почвы, не соответствующей гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям (%), за 2007-2008 гг.

№ п/п	Санитарно-химический показатель	Доля проб почвы, не соответствующей гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, %		Динамика
		2007г.	2008г.	
	медь	8,8	18,8	↑
	цинк	7,6	14,0	↑
	свинец	6,7	12,8	↑
	мышьяк	16,9	10,0	↓
	никель	6,7	0,8	↓
	марганец	0,9	0,4	↓
	хром	0,9	0,0	↓
	ртуть	0,3	0,0	↓
	кадмий	2,1	0,0	↓
	ИТОГО	4,2	6,0	↑

Таблица 2  
Доля проб почвы, не соответствующей гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям (%), в разрезе административных территорий Архангельской области в 2007-2008 гг.

№ п/п	Административная территория	Доля проб почвы, не соответствующей гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, %		Динамика
		2007г.	2008г.	
	Архангельская область	4,2	6,0	↑
	г. Северодвинск	12,5	22,6	↑
	г. Котлас	12,5	6,4	↓
	г. Мирный	2,6	4,4	↑
	г. Архангельск	1,3	2,9	↑
	г. Новодвинск	0,8	0,6	↓
	г. Коряжма	6,3	0,0	↓

В течение 2008 года территориальными отделами управления Роспотребнадзора по Архангельской области проводились мероприятия по контролю за санитарным состоянием полигонов ТБО, промышленных токсических отходов, территорий ЖЭУ, местами сбора и временного хранения ТБО, территорий коммунально-бытовых объектов, лечебно-профилактических учреждений, промышленных предприятий, общественных зданий и др. Проведена рейдовая проверка по округам города Архангельска, совместно с Комитетом по экологии Архангельской области, по выявлению несанкционированных свалок.

Концентрации загрязняющих веществ в почве в разрезе территорий  
Архангельской области а 2008 год (медиана, мг/кг)

Территории	Cu	Cr	Zn	Ni	Mn	Pb	Hg	Cd	Co	As
Архангельск	0,39	0,15	15,9	0,35	6,28	2,69	0,057	0,019	0,14	-
Котлас	1,00	0,50	9,34	0,35	18,5	2,42	0,038	0,151	0,09	1,50
Новодвинск	0,40	0,11	6,13	0,21	3,47	0,91	0,060	0,034	0,18	-
Северодвинск	6,58	-	15,1	-	-	5,18	0,003	0,090	-	1,28
Мирный	1,00	0,72	18,4	1,95	24,8	2,42	0,062	0,086	1,62	-
Коряжма	1,03	0,08	8,47	0,28	12,4	0,69	0,190	0,056	0,04	0,21
ПДК	3	6	23	4	1500	32	2,1	1	5	2
Класс опасности	2	2	1	2	3	1	1	1	2	1

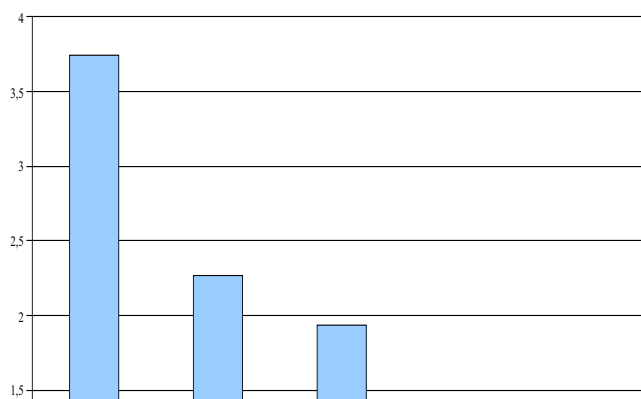


Рис. 1. Ранжирование городов Архангельской области по степени опасности загрязнения почвы химическими веществами за 2008 год.

## 110 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА И.Н. МАТОЧКИНА

Дедков К.А., II курс, лечебный факультет.

Кафедра истории медицины СГМУ

Научный руководитель: проф. Щуров Г.С., директор музейного комплекса Андреева А.В.



В 2009 году исполнилось 110 лет со дня рождения профессора Ивана Никитича Маточкина, заведующего кафедрой нормальной анатомии Архангельского государственного медицинского института (АГМИ).

Иван Никитич родился 2 апреля 1899 года в деревне Конево Яранского уезда Вятской губернии в крестьянской семье. Пло-

хое материальное обеспечение позволило ему окончить только два класса школы. Революция 1917 года застала Маточкина в деревне, где он активно включился в общественную работу: работал в комитете бедноты, в 1918 году был избран секретарем сельского совета, одновременно поступил в школу для взрослых, которую окончил в 1920 году.

Путь Маточкина в науку был долгим и тернистым, полным, казалось бы, непреодолимых трудностей, но с блеском решаемых этим гениальным человеком. С 1920 по 1924 гг. Иван Никитич проходил обучение в Вятской фельдшерской школе, после чего три года работал фельдшером в Яранской городской больнице. Здесь он был избран председателем уездного отделения союза «Медсантруд». В 1927 году Маточкин вступил в ряды КПСС и был командирован по линии партии в Иркутский государственный университет для продолжения образования, где проучился два года, после чего был переведен в Казанский государственный университет. В Казанском университете И.Н. Маточкин во время учебы работал лаборантом кафедры нормальной анатомии, вел занятия со студентами, а по окончании учебы был направлен ассистентом на эту кафедру. С 1931 по 1933 гг. Иван Никитич работал начальником отдела кадров Татарского Наркомминздрава и начальником санитарной части НКВД. В 1937 году Маточкин защитил кандидатскую диссертацию на

тему: «К вопросу об участии вегетативных нервов в иннервации диафрагмы человека и некоторых млекопитающих», и с этого года он был утвержден в звании доцента, после чего два года работал заведующим кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии Казанского государственного университета.

В 1940 году Иван Никитич Маточкин был утвержден на должность заведующего кафедрой нормальной анатомии АГМИ. Сразу по приезду на кафедру он взялся за ее оснащение: приобретаются микроскопы, микротомы и бинокулярные лупы, пополняется музей кафедры свежими препаратами, муляжами и таблицами, развертывается методическая работа, совершенствуется чтение лекций и ведение практических занятий. С начала Великой Отечественной войны на кафедре возникают затруднения – возрастает число студентов, уменьшается число преподавателей. Маточкину приходится вести гораздо больше практических занятий со студентами и читать больше лекций. В Архангельске он так же по совместительству преподавал в фельдшерской школе, а в 1942 и 1943 гг. исполнял обязанности директора этой школы. Во время ВОВ Маточкин активно участвовал в народном ополчении, не прекращая при этом научно-исследовательской деятельности, поддерживая и увеличивая уровень медицинского образования в Архангельске. Несмотря на большую загруженность, он продолжал работу над докторской диссертацией. В 1945 году Иван Никитич с успехом защитил диссертацию на степень доктора медицинских наук «Экспериментально-морфологическое исследование иннервации мышц диафрагмы».

В 1946 году И.Н. Маточкин был назначен деканом АГМИ. В 1949 году его назначили заместителем ректора по научной работе, а затем – ректором. Иван Никитич проработал в этой должности до 1954 года, после чего оставался в должности заведующего кафедрой нормальной анатомии АГМИ, не прекращая научной и педагогической деятельности.

Как заведующий кафедрой Иван Никитич Маточкин проделал большую работу по организации

педагогического процесса, развитию музея (отделы спланхнологии, ангионеврологии, рентгенанатомии), помощи органам здравоохранения, санпросветработе, оборудованию и оснащению кафедры и подготовке преподавательских кадров – кандидатов наук. Иван Никитич подарил науке таких своих учеников и одаренных научных деятелей как Э.А. Лусь, А.П. Поспелова, Е.В. Громова, Г.И. Кондратьев, Н.С. Шадрин, Т.А. Жураховская, Р.В. Дубинина, Н.М. Голубева, Н.Ф. Байдалова, С.К. Солодовников, В.Э. Шуркус, Н.К. Волокитина, Ю.Ф. Малахов, Т.В. Гуреева, В.А. Краснова и многих других. Под его руководством много сделано по укреплению базы института, выпущено 6 сборников научных трудов. Маточкин активно вел научно-исследовательскую работу, им лично выполнено и опубликовано в печати 43, а вместе с ассистентами 121 научные работы. На кафедре анатомии под руководством Маточкина выполнялись фундаментальные морфологические исследования. Девять его учеников выполнили и защитили кандидатские диссертационные работы. Профессор многократно избирался в партбюро института, депутатом Райсовета и Горсовета, руководил бюро общества «Знание», занимающегося распространением передовых научных и политических идей.

За свои высокие достижения и доблестный труд Маточкин получил большое число наград, среди которых: орден «Трудового Красного знамени», медаль «За доблестный труд в Великой Отечественной войне», значок «Отличнику здравоохранения» и др.

Большую часть жизни, наполненную самоотверженным трудом и блестящими идеями, профессор Маточкин отдал деятельности в АГМИ, посвятил себя воспитанию тысяч врачей. Из любви к своей профессии Иван Никитич завещал свое сердце кафедре анатомии АГМИ, где оно хранится в морфологическом музее на благо науки, просвещения и воспитания новых врачей и по сей день. Светлая память об этом незаурядном ученом, педагоге и человеке навсегда сохраняется в сердцах учеников и всех, его знавших.

## **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ**

**Дроздова А.Е. 4 курс, факультет клинической психологии и социальной работы  
(отделение клинической психологии).**

**Кафедра педагогики и психологии СГМУ**

**Научный руководитель: д.п.н., проф. Васильева Е. Ю.**

Актуальность темы. В настоящее время объектом пристального внимания различных общественных институтов и организаций стала проблема социальной адаптации молодежи в условиях общественного и духовного кризиса. Это закономерно, поскольку

именно состояние молодежи обуславливает будущее общества, перспективу его развития. Для сохранения общества образование должно помочь подрастающему поколению усвоить и закрепить ценностные нормы, необходимые для успешного

исполнения социальных ролей; разместиться в ролевой структуре взрослого общества; внедрить в сознание представление о целях и средствах, правилах и образцах деятельности, о пределах и формах проявления эмоций, допускаемых культурой.

Цель работы заключалась в исследовании структуры ценностных ориентаций личности студентов младших курсов.

Предмет исследования – структура ценностных ориентаций личности.

Объект исследования – студенты 1 курса факультета клинической психологии и лечебного факультета Северного государственного медицинского университета.

Для достижения поставленной цели было необходимо решить следующие задачи:

1) выявить различия в показателях значимости терминальных ценностей и жизненных сфер у студентов лечебного и психологического факультетов;

2) исследовать взаимосвязь между значимостью материального положения и значимостью духовного удовлетворения;

3) исследовать взаимосвязь между значимостью семейной жизни и значимостью общественной жизни;

4) сравнить усредненные профили терминальных и инструментальных ценностей у студентов лечебного и психологического факультетов.

Гипотеза исследования:

- существуют достоверные различия в показателях значимости терминальных ценностей и жизненных сфер у студентов лечебного и психологического факультетов;

- существует взаимосвязь между значимостью материального положения и значимостью духовного удовлетворения;

- существует взаимосвязь между значимостью семейной жизни и значимостью общественной жизни;

- существует корреляционная связь между усредненными профилями терминальных и инструментальных ценностей у студентов лечебного и психологического факультетов.

Описание выборки: в исследовании приняла участие 30 студентов, из них 15 учатся на 1 курсе факультета клинической психологии и 15 – на 1 курсе лечебного факультета.

В ходе исследования были использованы следующие методы: констатирующий эксперимент, тестирование (методика «Ценностные ориентации» М. Рокича, Опросник терминальных ценностей), метод поперечных срезов, методы математико-статистической обработки результатов исследования: корреляционный анализ (ранговый коэффициент Спирмена), процедуры определения достоверности и статистической значимости данных (непараметрический критерий Манна-Уитни).

Результаты исследования

В ходе исследования были получены следующие выводы:

- значимость сферы профессиональной жизни у студентов лечебного факультета не ниже, чем у студентов факультета клинической психологии;

- значимость сферы обучения и образования у студентов факультета клинической психологии не ниже, чем у студентов лечебного факультета;

- значимость сферы семейной жизни у студентов лечебного факультета не ниже, чем у студентов факультета клинической психологии;

- значимость сферы общественной жизни у студентов факультета клинической психологии не ниже, чем у студентов лечебного факультета;

- значимость сферы увлечений у студентов лечебного факультета не ниже, чем у студентов факультета клинической психологии;

- значимость собственного престижа у студентов факультета клинической психологии не ниже, чем у студентов лечебного факультета;

- значимость материального положения у студентов лечебного факультета выше, чем у студентов факультета клинической психологии;

- значимость креативности у студентов факультета клинической психологии выше, чем у студентов лечебного факультета;

- значимость активных социальных контактов у студентов факультета клинической психологии не ниже, чем у студентов лечебного факультета;

- значимость развития себя у студентов лечебного факультета не ниже, чем у студентов факультета клинической психологии;

- значимость достижений у студентов факультета клинической психологии не ниже, чем у студентов лечебного факультета;

- значимость духовного удовлетворения у студентов факультета клинической психологии выше, чем у студентов лечебного факультета;

- значимость сохранения собственной индивидуальности у студентов лечебного факультета не ниже, чем у студентов факультета клинической психологии;

- между значимостью материального положения и духовного удовлетворения существует сильная прямая корреляционная связь: чем выше значимость материального положения, тем выше значимость духовного удовлетворения, и наоборот;

- между значимостью семейной жизни и общественной жизни корреляционная связь отсутствует;

- существует средняя корреляционная связь между усредненными профилями терминальных ценностей у студентов лечебного факультета и факультета клинической психологии. Ценность «Активная деятельная жизнь» более значима для студентов ФКП, чем для студентов лечебного факультета. Ценность «жизненная мудрость» более значима для студентов лечебного факультета, чем для студентов-психологов. Ранги остальных ценностей достаточно близки.

- между усредненными профилями инструментальных ценностей у студентов лечебного факультета и факультета клинической психологии корреляционная связь отсутствует.

Перспективы исследования мы связываем с возможным использованием дополнительных методик, таких, как опросник Шварца, методика попарного сравнения ценностей, опросник смысло-жизненных

ориентаций и др., также с увеличением объема выборки обследуемых студентов и изучением возрастной динамики изменений в структуре ценностных ориентаций студентов разных курсов.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ

Егулева М.В.

Кафедра терапевтической стоматологии СГМУ

Научный руководитель: доц. Кузьмина Л.Н.

Проблема эндодонтического лечения зубов сохраняет свою актуальность до настоящего времени. По данным профессора Е.В.Боровского почти в 80% случаев корневые каналы пломбируются некачественно, а при лечении осложнений кариеса многокорневых зубов частота неудовлетворительных результатов достигает 95%. Этим обусловлен поиск новых эффективных методов эндодонтического лечения.

Целью нашей работы являлось освоение метода машинной обработки корневых каналов с применением ротационных инструментов ProTaper. Нами использовался эндомотор фирмы MORITA "DENTA PORT ZX", функциональными возможностями которого являются: изменение скорости вращения файла (от 0 до 500 оборот/мин), автоматическое включение при введении в канал и остановка при выведении из него, автоматический апикальный реверс, замедление и остановка, автоматический реверс при наличии препятствия в корневом канале.

Современными требованиями, предъявляемыми к обработке корневых каналов являются создание адекватного доступа к корневому каналу, воронкообразного расширения в области устья корневого канала, выраженной конусности обработанного канала, создание апикального упора на расстоянии до 1 мм от апекса.

Для выполнения всех вышеперечисленных требований нами применялись гибкие и прочные никель-титановых инструменты ProTaper с переменной конусностью, неагрессивной верхушкой и особым дизайном режущих граней.

Система ProTaper состоит из 6 файлов – трех формирующих и трех финишных, уникальность дизайна которых состоит в их переменной конусности. Система предназначена для использования методом crown down. Сбалансированный шаг резьбы и винтового угла рабочей части инструмента повышают режущую способность, позволяя добиться более эффективного выведения дентинных опилок и уменьшают вероятность заклинивания инструментов в канале.

После раскрытия полости зуба и создания адекватного доступа к корневым каналам нами проводилось определение рабочей длины зуба и

предварительное расширение канала до 25 размера файла ручными инструментами.

Машинная обработка каналов начиналась с использования трех формирующих файлов. Для расширения устьевого части - Shaping File x-Sx: рабочая часть длиной 19 мм, диаметр кончика рабочей части - 0,19 мм. Обработка коронковой трети канала - Shaping file 1-S1 – рабочая часть длиной 14 мм, диаметр кончика рабочей части - 0,17 мм. Расширение и препарирование средней трети канала - Shaping file 2-S2 - рабочая часть длиной 14 мм, диаметр кончика рабочей части - 0,20 мм.

Для окончательного формирования апикальной части канала использовались финишные файлы, обладающие обратной конусностью: Финишер (F1) - диаметр кончика рабочей части - 0,20 мм; Финишер (F2) - диаметр кончика рабочей части - 0,25 мм; Финишер (F3) – диаметр кончика рабочей части - 0,30 мм. Посредством финишных файлов осуществлялось оптимальное завершение обработки апикальной трети и последовательное расширение и выравнивание средней трети корневого канала.

Данный метод обработки корневых каналов был применен у 15 пациентов с различными формами осложнений кариеса. Обтурация каналов осуществляли системой Terafill. Контроль качества инструментальной обработки и пломбирования корневых каналов осуществлялся рентгенологическим методом. На внутриротовой контактной рентгенограмме определялась интенсивная тень пломбировочного материала конусообразной формы без дефектов наполнения на всем протяжении корневого канала до апикального отверстия с заполнением апикальной дельты.

Таким образом, работа ротационными инструментами ProTaper обеспечивает эффективное удаление корневого дентина, значительно сокращая время инструментальной обработки и повышая ее качество.

Конструктивные особенности инструментов обеспечивают формирование оптимальной конусности корневых каналов, что позволяет применять современные технологии заполнения каналов первично-твердыми материалами.

Автоматический апикальный реверс, замедление и остановка минимизируют риск выведения дентрита



в периодонт и снижают риск возможность перфорации стенок корневого канала.

Рациональное использование современных методов обработки корневых каналов позволяет про-

водить эффективное эндодонтическое лечение и, с последующей трехмерной obturацией корневого канала, добиваться положительных отдаленных результатов.

## **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

**Елисева Л.Я.**

**СМКЦ им. Н.А. Семашко, ФМБА.**

**Научный руководитель: д.м.н., проф. Макарова В.И.**

Высокая распространенность артериальной гипертензии (АГ) и ее неблагоприятный прогноз определяют повышенный профессиональный интерес ко всем аспектам данного заболевания. Истоки артериальной гипертензии часто находятся в детском возрасте.

Структура кардиоваскулярной патологии детского возраста претерпела существенные изменения за последние годы, и в настоящее время проблема АГ представляет собой актуальное направление детской кардиологии.

Цель: изучение удельного веса, структуры факторов риска и характера течения АГ у подростков.

Материалы и методы: обследованы 86 больных в возрасте от 12 до 17 лет с АГ, госпитализированных в детское отделение СМКЦ им. Н.А.Семашко, ФМБА РФ, с 2007 по 2009 гг. Больным было проведено клиничко-анамнестическое обследование, функциональные и инструментальные методы, включающие суточное мониторирование артериального давления.

Результаты: за анализируемый период времени госпитализированы 464 больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Среди них больные с АГ составили 16,7% в 2007 г., 15,4 % в 2008 г., 34 % в 2009г. Наиболее частой причиной возникновения АГ является эссенциальная форма АГ - 75 больных (87%). Другими причинами являлись паренхиматозные заболевания почек – 1 (1,4%), эндокринная патология – 10 (11,6%). Согласно классификации АГ (Всероссийское научное общество кардиологов и Ассоциация детских кардиологов России, 2003) 18 пациентам выставлен диагноз АГ 1 степени, 16 пациентам выставлен диагноз АГ 2 степени, гипертоническая болезнь выявлена у 9 пациентов. Остальные пациенты (32) имели лабильную АГ с признаками нейро-циркуляторной дистонии.

У подростков 16 лет и старше (это основная группа среди всех пациентов с АГ) учитывались факторы риска, разработанные для взрослого населения (руководство по лечению гипертонии, ВОЗ/МОГ 1999 год). К основным факторам риска относятся: курение (встречалось практически у половины всех подростков), содержание общего холестерина выше 6,5 (1 больной) сахарный диабет

(1 больной), указание на сердечно-сосудистые заболевания в раннем возрасте в семейном анамнезе (54 больных). К дополнительным факторам риска относятся: снижение холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛВП) (9 больных), повышение холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛНП) (8 больных), микроальбуминурия при сахарном диабете (не встречалась среди обследованных нами больных), нарушение толерантности к глюкозе (1 больной), избыточная масса тела (33 больных), малоподвижный образ жизни (практически у всех больных), социально-экономическая группа риска (анализ по данному фактору не проводился).

Таким образом, на основании проведенного анализа выявлено, что у подростков наиболее часто встречаются основные факторы риска, такие как: курение, отягощенный семейный анамнез; и дополнительные факторы: избыточная масса тела и малоподвижный образ жизни. Отдельно надо остановиться на повреждении органов-мишеней, которые у детей встречаются редко. К ним относятся гипертрофия левого желудочка (по данным ЭКГ, ЭхоКГ) - выявлены 7 случаев; протеинурия и/или небольшое повышение концентрации креатинина плазмы (данный синдром встречался у 1 больного и был расценен как проявление почечной патологии, на фоне которой развилась вторичная АГ); распространенное или очаговое сужение артерий сетчатки (6 случаев) подтвержденное УЗИ или рентгенографически наличие атеросклеротической болезни (не выявили). Гипертрофия левого желудочка при АГ наблюдалась у 7 пациентов, что явилось самым распространенным поражением среди органов мишеней в подростковом возрасте. После проведения оценки совокупного профиля риска, мы выделили группу риска при АГ 1 степени: низкий риск – нет факторов риска и нет поражений органов – мишеней (3 случая), средний риск – 1 - 2 фактора риска без поражений органов-мишеней (13 случаев), высокий риск – 3 и более факторов риска и/или поражения органов-мишеней (2 случая). Пациенты с АГ 2 степени были отнесены к группе высокого риска (16 случаев).

Стратификация риска необходима для определения медикаментозного лечения. Подросткам с

АГ низкого и среднего риска, с лабильной АГ на фоне нейроциркуляторной астении (48 случаев) назначали немедикаментозную терапию, включающую нормализацию режима дня и питания, снижение избыточной массы тела, оптимизацию физической активности, отказ от курения (всё это требует значительных усилий от самого пациента); лечение вегетативных нарушений, включающее физиотерапию, массаж; медикаментозное лечение, включающее препараты, улучшающие церебральную гемодинамику (циннаризин, винпоцетин) и ноотропные препараты. Препараты назначали курсами по 1-2 месяца 2 раза в год. Все пациенты данной группы испытывали психоэмоциональное напряжение, поэтому при переводе на амбулаторный этап наблюдения была рекомендована консультация психотерапевта. При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течении 6-12 месяцев, рекомендована повторная госпитализация для подбора медикаментозной терапии.

В медикаментозном лечении нуждались подростки с АГ высокого риска, гипертонической болезнью и с вторичной АГ, данная группа составила 38 человек. В настоящее время для лечения подростков с АГ используются 5 основных групп гипотензивных препаратов (диуретики, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов, антагонисты рецепторов ангиотензина 2). В нашем отделении часть пациентов (13 человек) получали терапию бета-блокаторами (атенолол, эгилок, конкор). Это подростки с гиперкинетическим типом гемодинамики и с симпатикотонической направленностью вегетативной нервной системы. У этой группы пациентов по данным мониторинга АД повышение САД четко связано с повышением ЧСС: САД более лабильно, повышается пикообразно, и отмечается также большая степень его снижения в ночное время. Препараты назначали курсами: минимальная продолжительность лечения составила 3 месяца, у двух пациентов терапия продолжалась 6-12 месяцев.

Вторая группа больных (сюда вошли дети и с вторичной АГ на фоне почечной патологии) составила 15 человек. У этих пациентов по данным суточного мониторинга АД – отмечался «монотонный» характер кривой АД, как САД так и ДАД, с менее выраженным снижением в ночное время. Пациентам этой группы назначались ингибиторы АПФ, предпочтение отдавалось эналаприлу. Лечение начинали с небольших доз - 2,5 мг 1 раз утром. У некоторых больных отмечался недостаточный гипотензивный эффект, что требовало увеличения дозы. Длительность применения препарата определялась клиническим эффектом и продолжалась не менее трёх месяцев, с последующим возможным повторением курса лечения (с уже подобранной дозой) на амбулаторном этапе лечения. У третьей группы больных (10 человек) в лечении применяли гипотензивные препараты (диуретики), в основном, арифон в дозе 2,5 мг 1 раз в день. Эту группу составили подростки, имеющие ожирение различной степени выраженности. У двух больных использовали комбинированную терапию, включавшую диуретик с ингибитором АПФ. Из препаратов 4 группы (блокаторы кальциевых каналов) использовали нифедипин в комплексной терапии купирования гипертонических кризов (6 пациентов). Препараты 5 группы (антагонисты рецепторов ангиотензина 2) не применялись.

Выводы: АГ у подростков является достаточно распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы. В общей выборке АГ превалирует лабильная АГ. Среди факторов риска преобладают курение, отягощенная наследственность и ожирение. В лечении АГ целесообразно использовать курсовое назначение медикаментозных препаратов. Формирование гипертонической болезни начинается в подростковом возрасте, в связи с чем создание школы АГ среди детей и подростков приведёт к существенному улучшению качества жизни и формированию благоприятного прогноза заболевания.

## **СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА**

**Елисеева К.А., Ракитина Д.В., 4 курс, стоматологический факультет**

**Кафедра терапевтической стоматологии СГМУ**

**Научный руководитель: к.м.н. Гагарина Т.Ю.**

Беременность – это физиологическое состояние, которое предъявляет к организму женщины особые требования. Жизнедеятельность его направлена на создание и обеспечение оптимальных условий для развития плода. Начиная с имплантации (нидации) оплодотворенной яйцеклетки и кончая рождением ребенка, требования эмбриона-плода постоянно возрастают, заставляя организм матери совершенствовать

адаптационно-компенсаторные механизмы, обеспечивающие его правильное развитие. Эти постоянно меняющиеся процессы определяют новый уровень гомеостаза, характерный для каждого триместра беременности и отличный от гомеостаза здоровой небеременной женщины (Савельева Г.М., Кулаков В.И., Стрижаков А.Н. 2000). Из данных литературы известно о взаимосвязи между акушерской патоло-

гией и характером изменений в полости рта беременной женщины (А.Ф.Касибина, 1994; Б.Р.Бахмудов, З.Б.Бахмудова, 2000, Л.М. Лукиных, 2005).

“Забота о здоровых зубах человека должна начинаться с заботы о правильном его внутриутробном развитии, когда формируются все органы. Здоровье будущей матери – залог здоровья будущего ребенка”. Академик Рыбаков А.И. (1968).

Материалы и методы. Обследовано 75 женщин в возрасте от 17 до 40 лет в I и III триместре беременности на базе Городской больницы №7 г. Архангельска в гинекологическом и родильном отделениях.

Для оценки интенсивности кариеса постоянных зубов использованы индексы КПУ зубов и КПУ поверхностей.

Индекс КПУ (з) – сумма кариозных («К»), пломбированных («П») и удаленных («У») зубов у одного обследованного.

Индекс КПУ (п) – сумма поверхностей зубов с диагностированным кариесом и пломбированных у одного человека. Если зуб удален, то в этом индексе считают его за 4 или 5 поверхностей, в зависимости от групповой принадлежности.

Для оценки распространенности и интенсивности воспалительных заболеваний пародонта использовали индексы РМА, СРITN, а так же пародонтальный индекс ПИ.

С помощью клинко-лабораторных методов исследования проведено изучение: скорости нестимулированного слюноотделения (мл/мин), вязкости слюны (ед.), тест микрокристаллизации.

Для изучения психоэмоциональной сферы испытуемых применялся восьмицветовой тест Люшера, адаптированный И.М. Дашковым и Е.А. Устинович (1980).

Результаты и обсуждение. Распространенность кариеса зубов у беременных женщин в I триместре составила 97,2%, в III – 100%; интенсивность по индексу КПУ(з) в I триместре — 8,77±0,56, в III – 10,33±0,31; по индексу КПУ(п) — 10,2±0,43 в I триместре, в III – 11,78±0,63.

В структуре индекса КПУ(з) удельный вес показателя С(кариозной полости) составил в I триместре - 2,71±0,32, в III – 3,1±0,20. Более детальный анализ показал, что на долю осложнений кариеса (пульпит и периодонтит), подлежащих терапевтическому лечению, приходилось I триместре - 0,28±0,07, в III – 0,32±0,12. Удельный вес показателя П(пломбированных полостей) составил I триместре - 5,23±0,52, в III – 7,4±0,32.

Высокий удельный вес индекса С в структуре КПУ указывает на высокую потребность этой

категории пациентов в терапевтической стоматологической помощи на протяжении всего срока беременности. Причем, все указанные показатели возрастают к III триместру. Можно предположить, что высокое значение индекса С связано с нерегулярным посещением врача-стоматолога и несвоевременной диагностикой кариеса. Необходимо отметить большое количество случаев рецидива кариеса после восстановительного лечения: фактически каждая четвертая полость, подлежащая восстановительному лечению, была ранее пломбирована.

Лечение осложненного кариеса является технической сложной процедурой, требующей проведения диагностических, а в ряде случаев — физиотерапевтических мероприятий, применение которых в период беременности ограничено.

Состояние пародонта в период беременности отличается высокой лабильностью (Дрожжина В.А., 2003). Первые клинические изменения могут происходить уже в I триместре (на 8—12-й неделе). Исходя из этого, наиболее полную информацию о состоянии пародонта в период беременности можно получить лишь в процессе наблюдения.

Анализ полученных данных показал: среднее значение индекса РМА в I триместре составило 7,94±1,01%, в III – 8,7±0,54%.

Среднее значение индекса СРITN в I триместре составило 0,57±0,05, в III – 0,76±0,05. Интенсивность отдельных признаков индекса была разной: количество здоровых секстантов соответственно — 3,41±0,21 и 5,0±0,12; с кровоточивостью — 1,82±0,17 и 3,1±0,22; с наличием над- и поддесневого зубного камня — 0,4±0,06 и 0,55±0,1; с пародонтальным карманом глубиной 4—5 мм — 0,24±0,07 и 0,33±0,12; с пародонтальным карманом глубиной 6 мм и более — 0 в I и III триместрах; отсутствовало 0,06±0,03 и 0,08±0,1 секстанта.

Среднее значение ПИ в I триместре составило 0,47±0,06, в III – 0,87±0,21. Отсутствие воспаления десны I триместре отмечено в 39 случаях, легкая степень гингивита — у 68, средней степени — у одной женщины; в III – в 15 случаях воспаления не отмечено, легкая степень гингивита – у 54, средней степени – у 39. В III триместре беременности выявлено 5 женщин с гипертрофической формой гингивита.

Заключение. Полученные данные выявили высокую потребность беременных женщин в лечении кариеса и его осложнений, в пародонтологической помощи. Это обуславливает необходимость проведения лечебно-профилактических мероприятий на протяжении всего срока беременности и даже до нее.

# КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ ПРИ АОРТОКОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ

Еремеев А.В.

МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич», г. Архангельск.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Киров М.Ю.

Цель работы: Оценить эффективность эпидуральной анестезии и послеоперационной анальгезии при аортокоронарном шунтировании (АКШ) без искусственного кровообращения (ИК).

Методы: В исследование включено 93 пациента с ишемической болезнью сердца. Критериями включения в исследование были плановый характер вмешательства, компенсированный характер сопутствующей патологии, эхокардиографическая фракция выброса (ФВ) > 0,3, согласие пациента. Всем пациентам была выполнена операция АКШ на работающем сердце (от 1 до 5 шунтов), трое больных были исключены из исследования в связи с переводом на ИК. Пациенты были рандомизированы на три группы: 1) контрольная группа (n=30) с эндотрахеальной сбалансированной анестезией пропофолом и фентанилом и послеоперационной внутривенной анальгезией фентанилом и лорноксикамом; 2) группа эпидуральной инфузии (n=30) с комбинированной эндотрахеальной и эпидуральной анестезией и послеоперационной инфузией в эпидуральное пространство ропивакаина 0,2% и фентанила 2 мкг/мл со скоростью 3 – 10 мл/ч; 3) группа эпидуральной инфузии и аутоанальгезии (n=30), в которой после АКШ дополнительно к эпидуральной инфузии ропивакаина и фентанила использовали их введение в режиме аутоанальгезии). Анестезию поддерживали пропофолом в дозе 3 – 5 мг/кг/ч и фентанилом 3 – 6 мкг/кг/ч. Для эпидуральной анестезии в ходе АКШ использовали ропивакаин 0,75% - 10 – 12 мл и фентанил 2 – 3 мкг/кг. Инфузионную терапию интраоперационно проводили раствором стерофундина, а при гиповолемии – препаратом желатины (гелофузин). У 33 больных регистрировали показатели центральной гемодинамики с помощью монитора PiCCO plus (Pulsion) и определяли концентрации кортизола и тропонина в плазме крови. Для контроля артериальной гипертензии использовали инфузию нитроглицерина. Для купирования артериальной гипотензии применяли эфедрин и/или адреналин. Оценку гемодинамических и клинических параметров осуществляли на основных этапах оперативного вмешательства, а также через 2, 6, 12, 18 и

24 ч после АКШ. Статистический анализ проведен при помощи пакета программы SPSS 12.0. После оценки распределения данных на основании теста Колмогорова-Смирнова для дальнейшего анализа использовали ANOVA и тест Дюне или тест Крускал-Уоллиса и U-тест Манна-Уитни. Анализ дискретных данных осуществляли при помощи теста хи-квадрат.

Результаты: Группы существенно не различались по демографическим показателям и преморбидному фону. В ходе АКШ в группах, получавших эпидуральную анестезию (ЭА), отмечали меньшую выраженность артериальной гипертензии и снижение частоты сердечных сокращений (p<0,05). В этих группах отмечено снижение дозы пропофола в среднем на 15%, фентанила – на 42%, нитроглицерина в 7 раз в ходе операции и в 5 раз после операции (p<0,05). В то же время, частота использования коллоидов в контрольной группе была 47%, а при использовании ЭА – 82% (p<0,05). Артериальная оксигенация в послеоперационном периоде была выше при эпидуральной анальгезии, а показатель лактата - в контрольной группе (p<0,05). Выраженность послеоперационной боли по визуальной аналоговой шкале во всех группах составила в среднем 20 мм в покое и 40 мм при кашле. В группе с эпидуральной аутоанальгезией отмечалось уменьшение ВАШ на 12 ч после АКШ (p<0,05). Кроме того, при эпидуральной аутоанальгезии отмечалось снижение продолжительности послеоперационной ИВЛ на 34% и нахождения в стационаре на 6 койко-дней (p<0,05 по сравнению с контрольной группой).

Заключение: Эпидуральная анестезия и послеоперационная анальгезия при АКШ без ИК обеспечивают стабильное течение анестезии и препятствуют развитию артериальной гипертензии. После АКШ использование эпидуральной анальгезии повышает артериальную оксигенацию, обеспечивая улучшение функции легких, и способствует улучшению тканевой перфузии. Эпидуральная аутоанальгезия позволяет обеспечить более адекватное обезбоживание и снижает длительность послеоперационной респираторной поддержки и стационарного лечения.

# ОЦЕНКА КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ У БУДУЩИХ ПСИХОЛОГОВ

Ершова Д. В., 4 курс, факультет клинической психологии и социальной работы (отделение клинической психологии).

Кафедра педагогики и психологии СГМУ.

Научный руководитель: д.п.н., проф. Васильева Е. Ю.

Способность к коммуникативной компетенции, оказывает влияние на профессиональную направленность будущих специалистов-психологов и специфику восприятия ими личности пациента, обуславливая таким образом успешность или заведомую неуспешность межличностного общения, и, следовательно, профессионального самоопределения психолога.

Объект исследования: студенты факультета клинической психологии СГМУ в количестве 28 человек: 15 студентов 2-го курса и 13 студентов 4-го курса.

Предмет исследования: коммуникативная компетенция студентов факультета клинической психологии.

Цель работы состояла в изучении индивидуально-психологических особенностей студентов-психологов, а также в выявлении у них уровня выраженной коммуникативной компетенции.

В качестве гипотезы исследования было принято утверждение о более высоком уровне коммуникативной компетенции у студентов 4-го курса.

Организация и методы исследования. В качестве испытуемых выступили студенты 2 и 4 курса факультета клинической психологии Северного государственного медицинского университета.

Для оценки профессионально-личностного потенциала выпускников университета применялся блок психологических методик: Калифорнийский психологический опросник (СРІ).

Калифорнийский психологический опросник (СРІ) является комплексным личностным опросником, предназначенным для целостного психологического описания личности: её свойств и характеристик. СРІ включает в себя 462 утверждения, к которым испытуемый должен выразить свое отношение. В результате обработки получают показатели по 20 диагностическим шкалам. В состав этих шкал входят 3 контрольные шкалы, показатели которых позволяют судить о достоверности полученных данных и наличии у испытуемых тенденции к искажению результатов. Обработка данных осуществлялась с помощью специально разработанного программного обеспечения. Данные, полученные с помощью опросника СРІ явились основанием для сравнения коммуникативной компетенции студентов – психологов 2 и 4 курса.

На основании результатов исследования можно сделать следующие выводы:

1. Студенты второго курса отличаются более высоким уровнем общительности. Вместе с

тем, отношения к другому человеку студентов-второкурсников более эмоциональны, спонтанны и в меньшей степени уравновешены. Студентов четвертого курса отличает больший социальный опыт, сформированность социальных навыков, уравновешенность, а также личностная зрелость.

2. Способность к постижению эмоционального состояния другого человека связана с принятием себя, с самоуважением, уверенностью в себе. Общительность - важное качество для студентов-психологов. Корреляционный анализ показал, что способность к пониманию состояния другого человека воспринимается студентами как социально одобряемое качество, вызывающее уважение окружающих и повышающее статус его обладателя.

На основе полученных экспериментальных данных были разработаны следующие психолого – педагогические рекомендации:

1. Психологической службе рекомендуется работа по развитию профессионально-важных качеств (ПВК) студентов. С этой целью целесообразно рекомендовать:

Проведение тренингов для развития коммуникативных умений и навыков.

2. Студентам:

Ежедневная психологическая работа над собой: рефлексия, включающая анализ собственных мыслей, личностных качеств, поступков, переоценка собственной личности.

Для формирования коммуникативных качеств личности подходят такие методы воздействия, которые могут позволить человеку взглянуть на тенденции в собственном поведении, понять особенности своих мотивов и установок. К таким методам воздействия на социально-психологическую структуру личности относятся, социально-психологический тренинг.

Развивать знания о нормах и правилах общения (делового, повседневного и др.); высокий уровень речевого развития позволит человеку в процессе общения свободно передавать и воспринимать информацию;

Важно умение вступать в контакт с людьми с учетом их половозрастных, социально-культурных, статусных характеристик;

Также важно научиться вести себя адекватно в ситуации и использовать ее специфику для достижения собственных коммуникативных целей;

Умение воздействовать на собеседника таким образом, чтобы склонить его на свою сторону, убедить в силе своих аргументов;

Научиться правильно оценить собеседника как личность, как потенциального конкурента или партнера и выбирать собственную коммуникативную стратегию в зависимости от этой оценки;

Вызвать у собеседника положительное восприятие собственной личности.

Посещение тренингов личностного роста, тренингов по развитию коммуникативной компетенции.

3. Психологические рекомендации для преподавателей:

- внедрять в систему обучения новые методы, позволяющие студентам больше проявлять свою самостоятельность, инициативность, творческие способности (давать индивидуальные задания, творческие проекты, применять деловые игры и другие

формы активной учебной деятельности);

- использовать рейтинговую систему для повышения мотивации к достижению и формирования конкурентоспособности;

- использовать на занятиях различные формы оценивания, применять самооценивание и взаимнооценивание;

- стимулировать студентов к поиску самостоятельных решений.

Список литературы

1. Ильин Е. П.. Психология эмоций. – СПб.: 1999. – 764 с.

2. Васильев И.А., Поплужный В.Л., Тихомиров О.К. Эмоции и мышление. – М.: 1980. – 192 с.

3. <http://www.sunhome.ru/psychology/11425>

## **МОДИФИЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И КЛАПАНОВ СЕРДЦА**

**Заволожин А.С., Шонбин А.Н., Быстров Д.О.**

**Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи,  
Отделение кардиохирургии. Архангельск.**

Цель: ретроспективная оценка непосредственных результатов двух методик комбинированных операций по поводу ИБС и поражения клапанов сердца (КС).

Материалы и методы: С 2004 по 2008 г. оперировано 96 больных, которым выполнена реваскуляризация миокарда (РМ) в комбинации с реконструкцией клапанов сердца (КС). В исследование включены 85 пациентов с изолированными реконструкциями аортального и митрального клапанов, из них у 15,3% (13) в сочетании с шовной анулопластикой трикуспидального клапана (ТК). Больные распределены на 2 группы: 1-я группа (1) – РМ выполнена на работающем сердце без ИК 56,5% (48); 2-я группа (2) – РМ произведена в условиях ИК 43,5% (37), из них у 13 (35,1%) с кардиоплегией (КП). Группы были сопоставимы по возрасту 58,4±7,3 лет (1) и 59±7,3 лет (2), полу – мужчин 79,2% (1) и 78,4% (2), тяжести стенокардии (III–IV ФК) 41,7% (1) и 54% (2), наличию инфаркта миокарда в анамнезе 35,4% (1) и 45,9% (2) соответственно (все  $p>0,05$ ). ФК СН III–IV (NYHA) имели 43,8% (1) и 64,8% (2) ( $p<0,05$ ). Аортальный порок сердца (ПС) выявлен у 45,8% (1) и 43,2% (2) соответственно, митральный ПС у 56,3% (1) и 67,6% (2), трикуспидальная регургитация 3–4 ст. у 4,2% (1) и 10,8% (2) (все  $p>0,05$ ). Этиология порока: ревматизм у 35,4% (1) и 32,4% (2) пациентов, дегенерация у 33,4% (1) и 37,8% (2), ишемическая дисфункция у 22,9% (1) и 27% (2), инфекционный эндокардит у 8,3% (1) и 2,7% (2) (все  $p>0,05$ ). Средняя ФВ ЛЖ 55,9±11,8 (1) и 49,7±11,2% (2) ( $p<0,05$ ), КДР ЛЖ 5,9±0,8 (1)

и 6,0±1,1 см (2) ( $p>0,05$ ), давление в ЛА 30,4±9,1 (1) и 33,6±10,7 ммHg (2) ( $p>0,05$ ). Первым этапом выполнялась РМ по одной из двух методик, затем вмешательство на КС. Количество дистальных анастомозов на 1 большого 2,3±1,2 (1) и 2,2±1,2 (2) ( $p>0,05$ ). Реконструкция 1-го клапана выполнена у 83,3% (1) и 86,5% (2), с пластикой ТК у 16,7% (1) и 13,5% (2) (все  $p>0,05$ ). Среднее время пережатия аорты 55,7±19,1 (1) и 64,5±21,1 мин (2) ( $p<0,05$ ), время ИК 82,6±26,1 (1) и 128,3±33,8 мин (2) ( $p<0,05$ ), продолжительность операции 213±44,6 (1) и 229,2±48,9 мин (2) ( $p>0,05$ ).

Результаты: Осложненный послеоперационный период отмечен у 27,9% (1) и 30,6% (2) больных ( $p>0,05$ ); Учитывались периоперационный инфаркт миокарда, инсульт, рестернотомии по поводу медиастинита и кровотечения, аритмии, ОПН, тромбоз протеза КС. Госпитальная летальность составила 2,1% (1) и 5,4% (2) соответственно ( $p>0,05$ ). Время нахождения в реанимации 5,8±7,5 (1) и 5,5±2,9 дней (2) ( $p>0,05$ ), в стационаре после операции 22,4±12,9 (1) и 23,6±12,6 (2) дня ( $p>0,05$ ). В госпитальный период после операции средняя ФВ составила 55,5±7,5 (1) и 55,7±9,5% (2), КДР ЛЖ 5,8±0,7 (1) и 6,0±0,9 см (2), давление в ЛА 27,7±6,1 (1) и 29,4±8,0 ммHg (2) (все  $p>0,05$ ).

Заключение: Выполнение этапа реваскуляризации миокарда без ИК при комбинированных вмешательствах на коронарных артериях и клапанах сердца не приводит уменьшению частоты осложнений и послеоперационной летальности.

# **ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**Закс Д.Б., Злоказова М.В.**

**Кировская государственная медицинская академия**

**Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. В.М. Бехтерева**

Проблеме первого психотического эпизода уделяется всё большее внимание исследователей (Гурович И.Я. и соавт., 2004). Интерес к данной проблеме объясняется тем, что при сокращении времени от манифестации психоза до начала терапии улучшается клинический и социальный прогноз (Preston N.J. et al., 2003). В некоторых странах, в том числе и в России, создаются службы для больных с первым психотическим эпизодом, которые в большей степени нацелены на помощь этому контингенту в отличие от традиционных психиатрических учреждений (Yung A.R. et al., 2003).

С 1 февраля 2009г. на базе Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева работает отделение первого психотического эпизода, в которое поступают пациенты с впервые возникшими психотическими состояниями, а также больные, общая продолжительность заболевания которых составляет не более 5 лет. В период с февраля по сентябрь 2009г. в отделении было пролечено 33 пациента с впервые установленным диагнозом расстройств шизофренического спектра.

Средняя продолжительность пребывания на койке составила 32 дня. Практически все пациенты получали атипичные нейролептики, такие как: рисполепт, риссет, инвега, зипрекса, солиан и т.д. Помимо медикаментозной терапии, с 25 (75,7%) пациентами проводилась психообразовательная программа, в

ходе которой им разъясняли вопросы, касающиеся состояния их психического здоровья, особенностей заболевания, необходимости лечения и дальнейшего приема поддерживающей терапии. В программе принимали участие психиатр, медицинский психолог и социальный работник. Курс психообразования состоял из 10 занятий, после которого пациенты лучше распознавали и описывали симптомы своего заболевания, имели более полное представление о своем психическом расстройстве, что позволяло своевременно и адекватно корректировать терапию в амбулаторных условиях, способствовало мотивации пациента на длительное медикаментозное лечение, а также помогало решать социальные вопросы, связанные с заболеванием. Данный вид помощи в большинстве случаев способствовал осознанию наличия психического расстройства, пониманию важности медикаментозной терапии, улучшению комплайенса. За период 6 месяцев из этой группы повторно на стационарное лечение поступило 4%.

Таким образом, можно предположить, что комбинированный метод лечения (медикаментозная терапия и психообразовательная программа), за счет повышения уровня знаний пациента о своем заболевании и формирования комплайенса помогает решать проблемы обострений на уровне амбулаторной службы, что способствует уменьшению частоты госпитализаций в стационар.

## **ОЦЕНКА ТОЛЕРАНТНОСТИ У БУДУЩИХ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ**

**Иванова А. А. 4 курс, факультет клинической психологии и социальной работы (отделение клинической психологии).**

**Кафедра педагогики и психологии СГМУ**

**Научный руководитель: д.п.н., проф. Васильева Е. Ю.**

Социальная работа относится к числу таких сфер деятельности, для которых принцип толерантности является одним из основополагающих, может быть, наиболее полно очерчивающих ее содержательно-этические границы.

Толерантность относится к числу таких качеств, которые имеют личностно-профессиональную природу, то есть в первую очередь, относятся к качествам специалиста как личности и лишь во вторую очередь - как профессионала.

Цель исследования состояла в исследовании уровня толерантности у студентов второго и четвертого курсов факультета социальной работы и выявлении различий между показателями результатов.

Исходя из цели исследования, были определены следующие задачи: 1) исследовать уровень толерантности у студентов второго и четвертого курсов факультета социальной работы 2) сравнить уровень толерантности у студентов второго и четвертого курсов.

Гипотеза исследования: уровень толерантности студентов четвертого курса превышает уровень толерантности студентов второго курса.

Предмет исследования – уровень развития толерантности у студентов факультета социальной работы.

Объект исследования – студенты факультета социальной работы СГМУ в количестве 30 человек: 15 студентов факультета социальной работы второго курса и 15 студентов факультета социальной работы четвертого курса.

Методы исследования. Описание методики.

Методика предназначена для диагностики общего уровня толерантности. Данный экспресс-опросник “индекс толерантности” был разработан группой психологов центра “Тратис”. Стимульный материал опросника составили утверждения, отражающие как общее отношение к окружающему миру и другим людям, так и социальные установки в различных сферах взаимодействия, где проявляются толерантность и интолерантность человека.

В методику включены утверждения, выявляющие отношение к некоторым социальным группам (меньшинствам, психически больным людям, нищим), коммуникативные установки (уважение к мнению оппонентов, готовность к конструктивному решению конфликтов и продуктивному сотрудничеству).

Специальное внимание уделено этнической толерантности-интолерантности (отношение к людям иной расы и этнической группы, к собственной этнической группе, оценка культурной дистанции).

Результаты исследования

У всех студентов второго курса обучения выявлен средний уровень толерантности.

У студентов четвертого курса выявлен также средний уровень толерантности, но уровень ре-

зультатов более приближен к высокому в отличие от результатов студентов-второкурсников.

Вывод: Толерантность студентов четвертого курса достоверно выше толерантности студентов второго курса. Гипотеза исследования подтверждается, так как эмпирическое значение критерия Манна-Уитни (U) ниже критического при уровне значимости P равном 0.01. Это очень высокий уровень значимости: U эмпирическое равно 32.

Рекомендации, направленные на развитие толерантности будущих специалистов по социальной работе.

I. Обучение толерантности.

Развитие у студентов терпимости в отношении культурных особенностей других этносов.

II. Изучение и поддержка другой культуры.

Путем понимания и принятия культурного плюрализма, больше информации о культуре другой этнической группы для наилучшего ее понимания

3. Уважение и утверждение культурных различий.

Полагаем, что наиболее эффективным способом формирования толерантности является воспитание, которое способствует формированию у студентов навыков критического осмысления и выработки суждений, независимого мышления. Проявления терпимости заключаются в признании того, что люди различаются по интересам, положению, по внешнему виду и обладают правом жить в мире, сохраняя свою индивидуальность.

Толерантность – это активная нравственная позиция и психологическая готовность к терпимости во имя позитивного взаимодействия между этносами, социальными группами, во имя позитивного взаимодействия с людьми другой культурной, национальной, религиозной или социальной среды.

## **РОЛЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БЛОКА ПОСЛЕНАРКОЗНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ**

**Иванова В.Г.**

**Кафедра анестезиологии и реаниматологии СГМУ**

**МУЗ «Первая городская клиническая больница», г. Архангельск**

**Научный руководитель: проф. Недашковский Э.В.**

Как в специализированных, так в общих хирургических отделениях постоянно растет хирургическая активность и количество оперативных вмешательств. Например, в МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Е.Е.Волосевич» за 5 последних лет количество ежегодно выполняемых операций выросло на 18 % и достигает 13000. Это ведет к нарастающей нагрузке в работе анестезиологических и хирургических бригад, растет занятость операционных (см. Таблицу 1).

В интересах повышения анестезиологической оперативности и экономии времени занятости операционных в 1995 г. в ГКБ №1 г. Архангельска был создан блок посленаркозного наблюдения (БПН) на 7 коек.

Мы провели мониторинг деятельности БПН с целью изучения содержания и интенсивности его работы. Блок состоит из двух палат общей площадью 60 м<sup>2</sup>, т.е. на одну койку приходится 8,5 м<sup>2</sup>, что не соответствует рекомендациям Европейского совета анестезиологов (ЕСА) проводить



послеанаркозное наблюдение в блоках с площадью 12-15 м<sup>2</sup> на одну койку. БПН располагается этажом ниже операционного отделения, что также не соответствует рекомендациям ЕСА. Оснащение БПН включает респираторы семейства РО, мешки Амбу, воздухопроводы, кислородную подводку к каждой койке, увлажнители, набор масок и носовых канюль для кислородотерапии, набор для интубации, стерильные укладки для инъекций и перевязок, тонометры, термометры, условия для согревания больного. Имеется возможность срочного определения газов крови и других лабораторных исследований по сито. Осуществляется только клинический мониторинг. По рекомендациям ЕСА оборудование БПН должно включать пульсоксиметр, ЭКГ монитор, монитор неинвазивного измерения АД для каждого больного.

Всего изучено пребывание в блоке 1783 пациентов. В БПН поступали пациенты после плановых и срочных операций, выполненных в течение рабочего дня, т.е. с 9.00 до 16.00 в 7 отделениях хирургического профиля.

По структуре поступившие в БПН больные разделены на 4 группы.

1 гр.: пациенты после спинальной анестезии - 356 чел (20%).

2 гр.: пациенты после эндотрахеальной и внутривенной анестезии, доставленные в БПН на спонтанном дыхании (СД)- 984 чел (55%).

3 гр.: пациенты после эндотрахеальной анестезии, доставленные на СД через эндотрахеальную трубку - 345 чел. (19,5%).

4 гр.: пациенты, поступившие в БПН на продленной ИВЛ - 98 чел. (5,5%).

За время исследования занятость койки БПН, который функционирует с 10 часов утра до 17 часов вечера, в среднем не превышала 50-55%, т.е. формально существует значительный резерв времени (см. Таблицу 2). Однако в час пик с 12 часов дня до 16 часов, как правило, заняты все койки с оборотом до 2-3 раз в день.

Характерно, что в БПН преобладают больные из категории т.н. конвейерной хирургии, когда на одном операционном столе или эндоскопической стойке

за операционный день проходит до 3 операций. Больные 2 и 3 групп составили 75% от общего количества больных, пролеченных в БПН за время исследования.

За время мониторинга деятельности БПН на 7 коек экономия рабочего времени 10 плановых операционных и работающих в них 25-30 врачей-хирургов и 10 анестезиологов достигала в среднем 20-22%, анестезиологическая оперативность возросла с 53 до 67-70%.

Список литературы.

1. Олман Д.К. Блок послеанаркозного наблюдения: принципы ведения больных// Update in Anaesthesia.- 2000.-Issue 11.- Article 9.

2. Eltringham R. Post-operative recovery and pain relief.- Springer- Verlag London.-1998.-P.198

Таблица 1

	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Выполнено операций	10686	10841	11284	12045	12695
Наблюдалось в БПН, чел	2118	1924	1810	1798	1906
Доля пациентов в БПН ко всем оперированным, %	19,8	17,7	16,0	14,9	15,0

Таблица 2

	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	Всего
Среднее количество больных, поступивших в БПН за рабочий день, чел.	1,44	4,0	1,4	0,4	7,24
Среднее время пребывания в БПН одного больного, мин	112,1	101,5	123,9	150,7	122
Общее время пребывания больных данной группы в БПН, мин	39913	99883	42774	14774	197344
Общее время пребывания больных данной группы, %	20,2	50,6	21,7	7,5	100,0

## ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

**Иванова М.П, Руденко Н.Н, Горбунова И.А.**

**Кафедра поликлинической и социальной педиатрии с курсом детской кардиологии ФПК и ППС СГМУ.**

**МУЗ «Городская поликлиника №2».**

**ФГУ «СМКЦ имени Н.А. Семашко ФМБА России».**

**Научные руководители: доц. Избенко Н.Л.**

Актуальность исследования. Недоношенный новорожденный - это ребенок, родившийся при сроке гестации менее 37 недель беременности. Правиль-

ное понимание развития недоношенных детей в различные возрастные периоды поможет избежать излишней медикаментозной терапии, использования

методов лечения, не основанных на доказательной медицине, даст возможность более объективно подходить к прогнозу и находить верную позицию в беседах с родителями. Анкетирование показало недостаточную осведомленность по данному вопросу как педиатров, так и других медицинских специалистов.

**Цель работы:** изучить физическое развитие недоношенных детей на первом году жизни и адекватность его оценки в условиях детской поликлиники.

**Задачи:** оценить физическое развитие недоношенных детей от рождения до 12 месяцев жизни по специализированным диаграммам Fenton и Babson, Benda, сравнить полученные данные с фактической оценкой физического развития недоношенных детей по стандартным центильным таблицам в условиях детских поликлиник, определить адекватность оценки физического развития недоношенных детей в условиях детских поликлиник.

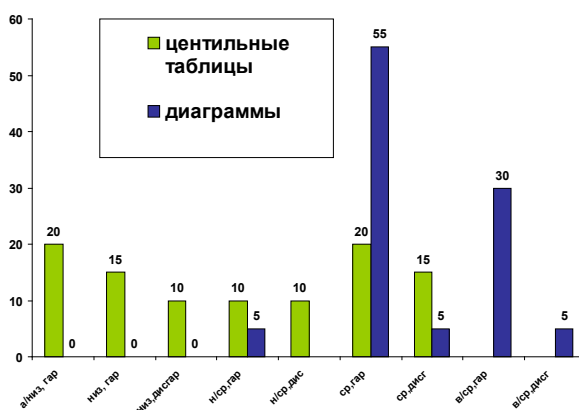
**Объект и методы исследования.** Объектом исследования стали недоношенные дети со сроком гестации не менее 28 недель, предметом исследования физическое развитие недоношенных детей на первом году жизни. Оценка физического развития недоношенного новорожденного в родильных домах г. Архангельска производится с помощью региональных центильных таблиц. Однако эти таблицы позволяют оценивать развитие детей только с 28 недели гестации. В виду отсутствия отечественных разработок в этой области было предложено использовать диаграмму Fenton. Она позволяет оценить развитие новорожденных со сроком гестации менее 28 недель. Дальнейшее (на первом году жизни) физическое развитие новорожденных осуществляется по стандартным центильным таблицам для доношенных детей. Таким образом, в возрасте 1 месяца жизни при существенной разнице в скорректированном возрасте доношенный и недоношенный ребенок оцениваются по одним таблицам. В итоге, недоношенный ребенок, оцененный в роддоме по специализированным таблицам, и получивший заключение «физическое развитие среднее», наблюдаясь на педиатрическом участке, оценивается педиатром как ребенок, имеющий физическое развитие «ниже среднего» или «низкое».

В соответствии с целью работы была произведена выкопировка данных из амбулаторных карт (учетная форма № 112-у) 60 недоношенных детей,

родившихся в период с 2004 по 2009 год, наблюдающихся в детском отделении МУЗ «Городская поликлиника №2» и в детской поликлинике СМКЦ им. М.А. Семашко ФМБА России. Нами была проанализирована фактическая оценка физического развития ребенка на этапе родильного отделения и на поликлиническом этапе. После чего проведена переоценка развития недоношенных детей по специализированным диаграммам Fenton и Babson, Benda. Для удобства сравнения, мы предположили, что все дети впервые осматривались участковым педиатром в возрасте (хронологическом) 4 недель, т.е. 1 месяца. Таким образом, физическое развитие при рождении нами оценивалось по диаграмме Fenton, а в 1 месяц и далее по диаграмме Babson, Benda.

**Результаты исследования и их обсуждение:** Проведенное исследование подтвердило необъективность оценки физического развития недоношенных детей практически на всех этапах медицинского наблюдения. При оценке по диаграммам Fenton и Babson большинство детей получили оценку «физическое развитие среднее», и даже до 30% детей оценку «выше среднего». Развитие большинства детей было гармоничным. Тогда как при оценке по стандартным центильным таблицам для оценки доношенных детей, используемым на практике, физическое развитие большинства детей (до 70%) оценивалось как ниже среднего, низкое, и даже атипично низкое, что, кроме того, обуславливало неверную оценку гармоничности развития недоношенных детей.

**Вывод:** Представляется разумным внедрение в практику участковых педиатров специализированных таблиц для оценки физического развития недоношенных детей Fenton и Babson, Benda.



# ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К ГИПОКСИИ У СТУДЕНТОВ НА СЕВЕРЕ

Иванченко О. Л.

НИИ Морской медицины, г. Архангельск

Научный руководитель: д. м. н. Мосягин И. Г.

Гипоксия — недостаток кислорода в организме — одно из часто встречающихся состояний, формирующееся в результате недостатка кислорода во внешней среде, нарушения системы его транспорта и утилизации в тканях.

При длительном пребывании в условиях Севера (полярном напряжении) происходит функциональная перестройка дыхательной системы по типу адаптации к гипоксии.

Учитывая высокую значимость проблемы адаптации военнослужащих к выполнению боевых и тактических задач в условиях высокогорья и в Заполярье, по заданию государственного научно-исследовательского института военной медицины Министерства обороны Российской Федерации (ГНИИ МО РФ), мы провели исследование механизмов адаптации организма человека к нормобарической гипоксической гипоксии.

Цель исследования: оценка у студентов СГМУ нейрофизиологических особенностей адаптации к нормобарической гипоксической гипоксии.

Новизна исследования состоит в том, что впервые в условиях Европейского Севера проводится комплексное исследование механизмов адаптации к нормобарической гипоксической гипоксии у студентов.

Обследуемый контингент: студенты 4-х курсов отнесенные по результатам медицинского освидетельствования к первой группе здоровья. Средний возраст студентов составил  $20,0 \pm 0,6$  лет.

При исследовании применялись: прибор «Барьер», определяющий время ответной реакции на пороговые раздражители - звук и свет, прибор «Психофизиолог-Н» с использованием теста СЗМР (сложной зрительно-моторной реакции).

Согласно методике нормобарической интервальной гипокситерапии (НИГ) Стрелкова Р.Б. и Чижова А.Я. (1971 г.) в начале исследования проводилась проба Штанге и установили оптимальную экспозицию гипоксии (3-4 минуты). Для создания искусственной гипоксической гипоксии применялся гипоксикатор «Эдельвейс», создающий дыхательную смесь с 10% содержанием кислорода, соответствующую высоте подъема на 5800 м над уровнем моря.

Среднее время реакции при гипоксии достоверно увеличивалось с 1 по 15 день на звук с 152мс до 171 мс ( $p=0,007$ ), и на свет с 1 по 4 день с 197 мс до 216 мс ( $p=0,019$ ).

Отмечалась положительная динамика среднего количества ошибок с 1 по 15 день на звук - с 2,3

до 7,9 ( $p=0,05$ ), на свет с 15,3 до 30,5 ( $p=0,038$ ).

При СЗМР с 10 по 14 день определялась тенденция увеличения числа ошибок с 2,55 до 3,95 ( $p=0,078$ ). Также отмечалось достоверное снижение среднего времени реакции с 1 по 4 день с 438 до 393 мс ( $p=0,01$ ). В течение последующих дней наблюдалась обратная динамика.

Выявлялась тенденция к увеличению с 1 по 4 день ИПН (интегральный показатель надежности) теста СЗМР с 56 до 65 ( $p=0,067$ ). Далее показатель стремился к исходным значениям.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что в течение всего исследования, студенты испытывали адаптацию на искусственно создаваемую гипоксию, проявляющуюся энергодефицитным состоянием, повышением тонуса парасимпатического и симпатического отделов нервной системы, преобладанием процессов утомления в центрах регуляции зрительного и слухового анализаторов. В первые дни отмечалось кратковременное улучшение реакции зрительного анализатора, как ответ на начальную адаптацию к гипоксии.

Можно предположить, что длительное воздействие гипоксии, особенно с более низким содержанием кислорода (8-9 %), при невозможности адекватной перестройки организма на тканевом и клеточном уровне может привести к срыву адаптации, проявляющейся гипервентиляционным синдромом и угнетением центральной и вегетативной нервной системы.

Планируется расширить данное обследование на модели военного моряка Северного флота. Как результат, будут разработаны методы контроля и коррекции функционального состояния организма человека при адаптации к гипоксии.

Литература.

1. Проблема гипоксии: молекулярные, физиологические и медицинские аспекты // Под редакцией Л.Д. Лукьяновой и И.Б. Ушакова // М.; Воронеж: изд-во «Истоки», 2004 – 590 с.

2. Н.А. Агаджинян, А.Г. Марков, Г.А. Бобков. // Экологическая физиология человека. М.; «КРУК», 1999 – 416 с.

3. В.А. Матюхин, А.Н. Разумов. // Экологическая физиология человека и восстановительная медицина. М.; ГЕОТАР медицина, 1999 – 336 с.

4. Нормобарическая гипокситерапия // Разолов Н.А., Чижов А.Я., Потиевский Б.Г., Потиевская В.И. // Методические рекомендации для авиационных врачей.– М., 2002. - 19 с.

# 100 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ОСНОВАТЕЛЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ РЕАНИМАТОЛОГИИ В.А. НЕГОВСКОГО

Ипатова Е.С., III курс, ФВСО

Кафедра истории медицины СГМУ

Научный руководитель: проф. Щуров Г.С., директор музейного комплекса Андреева А.В.

В славной плеяде выдающихся ученых XX века видное место занимает крупнейший врач-патолофизиолог, родоначальник отечественной реаниматологии, создатель первого в мире Научно-исследовательского института общей реаниматологии, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН Владимир Александрович Неговский.

Владимир Неговский родился 19 марта 1909 года в городе Козельце Черниговской области (Украина) в семье учителей. В детстве он болел костным туберкулезом и долго лечился в Киеве, где твердо решил, что станет врачом! В 1928 году Неговский поступил на медицинский факультет 2-го Московского университета. Во время учебы в институте под влиянием учения академика А.А. Богомольца он увлекся идеей, что смерть можно победить, и твердо решил, что проблема продления жизни и преодоления смерти будет основным содержанием его деятельности. После окончания института Неговский работал врачом, затем был приглашен в качестве научного сотрудника в патолофизиологическую лабораторию Центрального института гематологии и переливания крови, принимая участие во всех опытах по оживлению организма, и опубликовал первую научную работу “Влияние коагуляторов и стабилизаторов крови на изолированную кишку кролика”. Увлеченный идеей борьбы со смертью, Неговский написал письмо Председателю Совнаркома СССР, в котором просил предоставить возможность работать в области оживления организма. Владимир Александрович был приглашен в Управление научными институтами Наркомздрава СССР. Результатом этого посещения явился Приказ № 118 от 19 октября 1936 г., согласно которому организовывалась лаборатория специального назначения по проблеме: «Восстановление жизненных процессов при явлениях, сходных со смертью». Профессор Н.Н. Бурденко дал согласие взять эту маленькую лабораторию в институт нейрохирургии.

В годы ВОВ Неговский работал во фронтовых госпиталях и продолжал научную деятельность. В кандидатской диссертации ему удалось решить один из кардинальных вопросов терапии терминальных состояний – значение раннего восстановления бульбарных центров для успешного оживления организма. Эти исследования послужили толчком для разработки первых моделей отечественных аппаратов для проведения искусственного дыхания. В докторской диссертации, защищенной в 1943 году, Неговский сформулировал основные положения патолофизиологии терминальных состояний и прин-

ципы комплексного метода оживления организма, получившего в дальнейшем клиническое применение. В том же году была издана его монография «Восстановление жизненных функций организма, находящегося в состоянии агонии или клинической смерти», полностью переведенная в восьми выпусках журнала «American Review of Soviet Medicine». В 1945 году вышла вторая монография “Опыт терапии состояния агонии и клинической смерти в войсковом районе”, ставшая первым вестником появления новой науки — реаниматологии. В послевоенные годы значительно расширилась практическая деятельность лаборатории, руководимой В.А. Неговским. В 1946 году в хирургической клинике А.Н. Бакулева создается клинический реанимационный центр. В 1948 году лаборатория специального назначения стала самостоятельным научным учреждением - Научно-исследовательской лабораторией общей реаниматологии АМН СССР, получившей широкое признание как в СССР, так и за рубежом.

На пути становления новой науки Неговский выдвинул понятия биологической и клинической смерти. Полагая, что клиническая смерть – обратимое состояние, он считал, что при остановке работы сердца и дыхания не следует прекращать борьбу за жизнь человека, и с помощью реанимационных мероприятий возможно полноценное восстановление функций организма. Еще одно принципиальное положение в концепции В.А. Неговского - роль мозга. Он писал: “Долгое время существовало представление, что последнее сокращение сердца есть последний “аккорд” жизни. Мы теперь уже не говорим так, поскольку после прекращения работы сердца состояние организма еще в течение ряда минут остается обратимым с точки зрения восстановления функций центральной нервной системы. В действительности же последним “аккордом” жизни являются остающиеся еще признаки жизнеспособности мозга”.

В 1952 г. МЗ СССР издало первую инструкцию “О внедрении в лечебную практику методов восстановления жизненных функций организма, находящегося в состоянии агонии или клинической смерти”. Начиная с 1952 года под руководством Неговского проводились всесоюзные и международные конференции и симпозиумы по актуальным проблемам реаниматологии. Ученый упорно разрабатывал теоретические вопросы; он обосновал новые в медицине принципы диагностики умирающего организма, выделив главные из них

и превратив факты, наблюдения, случайности и находки в систему. Им была проведена огромная фундаментальная работа по систематизации современного опыта хирургии, кардиологии, биохимии, физиологии высшей нервной деятельности.

В 1969 году он был избран членом-корреспондентом, а в 1975 году - действительным членом Академии медицинских наук СССР. В 1974 году в Италии вышла книга "Великие имена XX столетия - медики", где В.А. Неговский был назван "Padre Reanimazioni" - «отец реаниматологии».

Заслуга В.А. Неговского состоит в создании целостного представления о способах и средствах современной реаниматологии, в их теоретическом, экспериментальном и клиническом обосновании. В.А. Неговский, будучи основоположником реаниматологии, полагал, что в критической фазе организм способен сам бороться за жизнь - ему следует помочь, последовательно и дозированно поддерживая функцию главных органов - мозга и сердца.

Современная реаниматология значительно расширила свои границы. Она возвращает к жизни людей, независимо от возраста, находящихся в терминальных состояниях разного генеза. Но увеличение ее возможностей рождает проблемы нового уровня. Так возникло понятие "постреанимационной болезни", формирование концепции которой

впервые зародилось в НИИ общей реаниматологии РАМН и сыграло важную роль в развитии этой науки. Проведенные исследования показали, что нарушения функции жизненно важных органов могут возникать не только в процессе умирания или во время клинической смерти, но и в раннем восстановительном периоде как следствие тяжелой гипоксии и интоксикации организма продуктами нарушенного обмена и бактериальной флорой.

Достижения современной реаниматологии - это неоспоримый аргумент против предвзятости о смерти как о явлении, понимание которого неподвластно человеческому разуму. Вся современная реаниматология базируется на 12 основополагающих монографиях В.А. Неговского. Почти каждая из них выходила несколькими изданиями в разных странах. Кроме того, им опубликовано 10 брошюр и около 400 научных статей, методических рекомендаций и инструкций.

Прожив 94 года, Неговский до последних дней сохранял ясность мышления, активно занимался наукой в Институте общей реаниматологии, которым бессменно руководил до 1988 года. Неговский совершил то, что в медицине и науке удается лишь единицам: открыть новую научную область и создать школу, блестяще подтвердившую практикой справедливость его теорий!

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ВАРФАРИНА**

**Исаева Л.А., VI курс медико-биологического факультета ЦНИЛ. Северный филиал ГКЦ РАМН**

**МУЗ «Первая городская клиническая больница», г. Архангельск.**

**Научный руководитель: проф. Воробьева Н.А.**

Актуальность - Тромбоэмболии сосудов различной локализации занимают во всех странах ведущее место среди причин инвалидизации, смертности и сокращения средней продолжительности жизни населения. В силу этого правильная антитромботическая профилактика и терапия имеет первостепенное значение в сохранении жизни и здоровья людей, снижении летальности и предотвращении тромбоэмболических осложнений при сердечно-сосудистых, неврологических, онкологических, ортопедических и других заболеваниях, после хирургических вмешательств и травм, а также при большой группе генетически обусловленных и приобретенных тромбофилий.

Все это предопределяет необходимость широкого применения в медицинской практике препаратов антикоагулянтного действия. С этой целью используются ингибиторы свертывания крови прямого действия и антикоагулянты непрямого действия, отличающиеся тем, что они могут длительно применяться не только в стационаре, но и в амбулаторных (домашних) условиях, вводятся не в инъекциях, а

принимаются внутрь в таблетках и многократно дешевле, чем антикоагулянты прямого действия.

При этом безопасность антикоагулянтной терапии входит в число наиболее острых проблем современной медицины, так как осложнения применения антикоагулянтов, прежде всего кровотечения разной степени выраженности, вплоть до фатальных, развиваются в 10-16 % случаев.

Цель - Мониторинг уровня гипокоагуляции при терапии передозировки варфарина плазмой человека или концентратом факторов протромбинового комплекса (препарат Veriplex® P/N) и сравнение их гемостатической эффективности при купировании спонтанного или индуцированного травмой массивного кровотечения.

Критерии включения в исследование:

- мужчины и женщины  $\geq 18$  лет;
- пациенты, получавшие терапию пероральными антикоагулянтами, у которых имеется острое массивное кровотечение;
- МНО  $\geq 2$  в течение 3 ч до начала исследуемого лечения

- наличие предоставленного информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- острый тромбоз, острый инфаркт миокарда, острый ДВС-синдром, обострение течения стенокардии, острый сепсис или тяжелое ишемическое поражение сосудов;

- применение ингибиторов факторов коагуляции II, VII, IX и X, наследственный дефицит протеина С или гепарин-индуцированная тромбоцитопения II типа;

- гиперчувствительность при использовании исследуемого препарата.

Пациенты были случайно распределены для получения терапии препаратом Beriplex® P/N или плазмой.

График наблюдений

Каждый пациент принимал участие в данном исследовании в течение 45 дней. Для оценки эффективности проводимой терапии использовались следующие показатели:

- тесты коагуляции: уровень МНО оценивался до инфузии, через 30 минут, 1 час, 3 часа, 6 часов, 12 часов, 24 часа, а также 10 и 45 дней после инфузии;

- показатели безопасности: нежелательные явления, основные показатели состояния организма, гематология (гемоглобин, гематокрит, количество тромбоцитов) оценивались до инфузии и через 3 часа, 6 часов 24 часа после инфузии;

- ответная реакция восстановления *in vivo*: активность факторов коагуляции II, VII, IX и X, протеинов С и S оценивалась до инфузии и через 30 минут, 1 час, 3 часа, 6 часов, 12 часов, а также 24 часа после инфузии;

- тромбогенность: уровень фрагментов 1 и 2 протромбина, тромбин-антитромбиновый комплекс и D-димер оценивались до инфузии и через 1 час и 24 часа после инфузии;

- гемостатическая эффективность: гемостатический исход, необходимость трансфузии.

В исследование включено 5 пациентов с тяжелой передозировкой варфарина.

Выводы - На основании предварительных результатов данного исследования можно сделать вывод, что эффективность препарата Beriplex® P/N по сравнению с плазмой в отношении быстрого купирования коагулопатии, индуцированной производными кумарина, у пациентов с острым массивным кровотечением гораздо выше.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Калыгина Е.А., Рогожина А.В., Пермина М.П., Белькова У.А., Копытова Г.Г., Плоскова З.Ю., Хотенова Т.Ю. - 5 курс, медико-профилактический факультет.**

**Институт гигиены и экологии СГМУ.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Бузинов Р.В. и к.м.н., доцент Унгуриян Т. Н.**

Актуальность проблемы. Хронические неинфекционные заболевания (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет, злокачественные новообразования) являются основной причиной смертности населения России. Главные факторы риска этих заболеваний являются общими и, как правило, связаны с поведением человека. Курение способствует развитию более 40 заболеваний. В мире за период с 1950 по 2000 гг. от заболеваний связанных с табакокурением умерло 60 млн. человек [1]. Около 40% всего населения России имеет избыточную массу тела, среди взрослого населения в возрасте 35—64 лет от 50 до 75% страдают повышенным весом и ожирением [3]. По данным Минздравсоцразвития России, в стране на душу населения приходится 14 литров абсолютного алкоголя в год [2]. В этой связи изучение распространенности табакокурения, потребления алкоголя, особенностей питания среди населения Архангельской области является актуальным.

Цель исследования. Изучить распространенность поведенческих факторов риска развития главных неинфекционных заболеваний среди городского и

сельского населения Архангельской области.

Материал и методы. Выполнено поперечное эпидемиологическое исследование. Опрошено 1629 человек, проживающих в городах и сельских районах Архангельской области с помощью анкеты, разработанной ВОЗ. Выборка была стратифицирована по полу и возрастным группам. Рассчитывались показатели: абсолютные числа, экстенсивные показатели, средние величины. Для проверки нулевой гипотезы об отсутствии различий в частоте распространенности факторов риска между городским и сельским населением использовался критерий хи-квадрат.

Результаты и обсуждение. При распределении обследованного населения по месту жительства доля сельских жителей среди всего опрошенного населения составила 56,2% (917 человек), а горожан – 43,7% (712 человек). Распределение по полу показало, что удельный вес опрошенных женщин в целом по области был 56,0% (912 человек), мужчин – 44,0% (717 человек).

В рационе питания городского населения больше овощей и фруктов, чем у сельского населения. Более

400 г/день свежих фруктов и овощей употребляют 56,8% городского населения, среди сельского населения – 48,2%. Сельские жители больше потребляют жирной и соленой пищи. Кроме того, сельское население чаще употребляет молочные продукты жирностью более 3,2% (40,2%), чем городское – 34,1% ( $p = 0,004$ ). Также сельские жители чаще досаливают пищу (67,0%) в сравнении с городским населением (58,8%) ( $p = 0,001$ ).

Высокий уровень физической активности характерен для сельского населения (51,1%), однако статистически значимых различий в уровнях физической активности между городским (45,7 %) и сельским населением выявлено не было ( $p = 0,237$ ).

Превалентность курения выше среди сельского населения (41,5%), по сравнению с городским (37,4%), но различия статистически не значимы ( $p=0,098$ ). Однако, стаж курения выше у сельских жителей. Почти половина курящих в сельской местности имеет стаж курения более 20 лет (45,9%), в городах, курящих со стажем более 20 лет 39,6% ( $p = 0,041$ ).

Частота потребления алкогольных напитков выше среди сельского (63,7%), по сравнению, с городским (59,0%) ( $p = 0,007$ ) населением.

В сельской местности больше удельный вес населения (36,0%) с избыточной массой тела, чем в городах (30,1%) ( $p=0,002$ ). Ожирение также выяв-

лено чаще среди сельского населения (17,7%), чем среди городского (14,5%) ( $p = 0,002$ ).

Женское население, проживающее в сельской местности, чаще страдает повышенным уровнем артериального давления (41,8%), по сравнению с городским женским населением (34,0%) ( $p=0,032$ ).

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что поведенческие факторы риска главных неинфекционных болезней имеют более высокую распространенность в сельской местности, чем в городской. Следовательно, проживание в сельской местности может быть определено, как детерминанта поведенческих факторов риска из-за более низкого качества жизни и образования населения, по сравнению с городским населением.

Список литературы.

1. Бабанов С.А. Распространенность и социально-демографическая характеристика табакокурения среди трудоспособного населения / С. А. Бабанов // Гигиена и санитария. – 2006. – №4. – С. 67–70.

2. Никитина С.Ю. Совершенствование статистики смертности от алкоголизма / С.Ю. Никитина // Вопросы статистики. – 2006. – №11. – С. 21–23.

3. Сердюков А. Г. Медико-социальная характеристика образа жизни лиц, умерших в трудоспособном возрасте / А.Г.Сердюков, Ю.Г.Винникова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2000. – №3. – С. 25-28.

## **ВОЗМОЖНЫЕ ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПОВЕДЕНИЯ КРЫС В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННОГО ДОСТУПА К ПИЩЕ**

**Камалутдинова М.Р., Смягликова А.П., II курс, факультет клинической психологии и социальной работы, отделение клинической психологии.**

**Кафедра медицинской биологии и генетики СГМУ.**

**Научный руководитель: д.б.н., профессор Бебякова Н.А.**

Ключевые слова: гендерные различия, поведение крыс, иерархия, условия ограниченного доступа к пище.

Внутри любой группы животных устанавливаются законы взаимоотношений, основанные на принципах доминирования и подчинения – «иерархическая лестница». Иерархия является неотъемлемой частью жизни любого животного, живущего в стае. Несомненно, за главенствующее положение всегда идёт борьба. Именно в процессе установления иерархии происходит выделение наиболее жизнеспособных особей. [2]

Целью исследования явилось описание гендерных особенностей поведения крыс в условиях ограниченного доступа к пище.

Объектом нашего исследования стали 12 особей: 6 самцов и 6 самок; предмет исследования – взаимоотношения между ними.

В результате нами была выдвинута гипотеза, что среди животных существует 3 типа взаимо-

отношений: подчинение, позитивное и негативное доминирование; причём у самцов соперничество за позицию альфа-особи более жесточено.

Для большей наглядности и успешности эксперимента крысы были помещены в заведомо сложные для существования условия с целью обострения взаимоотношений. Число крыс было строго определено, вследствие многочисленных экспериментов, представляющих данное соотношение идеальным для выявления чётких иерархических связей. [1]

Исследование было условно разделено на три этапа: установление взаимоотношений, непосредственно сам эксперимент и постэкспериментальный период.

Эксперимент был проведён в специально оборудованном вольере, состоящем из наземного (30\*40\*70 см) и водного (30\*40\*70 см) пространств. Во время проведения эксперимента в помещении поддерживалась постоянная температура воздуха и воды (22°C и 19°C соответственно).

Во время адаптационного периода, длившегося два дня, крысы могли свободно перемещаться по вольеру по причине отсутствия в нём воды. В последующие четыре дня вольер постепенно заполнялся водой: первый день – один см, второй – два, третий – пять, четвёртый – семь. Расстояние от места нахождения крыс до приманки изначально составило 20 см, но впоследствии, после недостаточно сильной реакции крыс, она была перемещена на более близкое расстояние, составившее 10 см. По завершении эксперимента крысы были вновь возвращены в комфортные условия (без воды), для отслеживания изменения характера их взаимодействия.

На первом этапе эксперимента проявление иерархии нами зарегистрировано не было в силу отсутствия между особями острой необходимости борьбы за корм и территорию. После предъявления менее благоприятных условий на втором этапе взаимоотношения обострились, более явным стало их проявление. Это способствовало установлению присутствующих типов взаимоотношений и выявлению зависимости занимаемой особью иерархической ниши от индивидуальных её факторов развития. Но по завершению эксперимента на третьем этапе

иерархия между особями, вопреки нашим предположениям, ещё более ожесточилась.

В результате выдвинутая нами гипотеза подтвердилась лишь отчасти. Несмотря на общую высокую степень агрессивности в обеих группах, нами были найдены некоторые гендерные различия в иерархии: у самцов положение лидера в стае постоянно подкреплялось применением силы, а подчиненные не раз совершали попытки оспорить сложившуюся иерархию; у самок присутствовал более жёсткий контроль и организация, в результате чего подчинённые даже не пытались претендовать на место лидера.

Итак, иерархию можно наблюдать как у самцов, так и у самок, но у последних естественный отбор протекает с большей агрессивностью и жесткостью, хотя выделенные нами типы взаимоотношений присутствуют в обеих гендерных группах.

Список литературы:

1. Тинберген Н. Социальное поведение животных/ Тинберген Н. – М.: Мир; 1993. – 152 с.
2. Helder R. Potential stock differences in the social behaviour of rats in a situation of restricted access of food/ R.Helder, D.Desor, A.-M.Toniolo// Behaviour Genetics. – 1995. – vol. 25. – p. 483-487.

## **ОЦЕНКА ЗРИТЕЛЬНОЙ СЕНСОМОТОРНОЙ РЕАКЦИИ УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ КЛАССОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФЛОРБОЛОМ**

**Климберг Е.Е., Ишекова Н.И.**

**Кафедра нормальной физиологии и восстановительной медицины СГМУ.**

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Ишекова Н.И.**

Известно, что для детей с задержкой психического развития (ЗПР) характерны быстрая утомляемость, колебания работоспособности, неустойчивость внимания [1,3]. Перед учителями коррекционных школ стоит непростая задача – не только обучить таких детей, но и развить их познавательные способности, осуществить коррекцию интеллектуальной деятельности и эмоционально-волевой сферы. В комплексе психолого-педагогических методов по развитию внимания можно использовать игру в флорбол, как средство коррекции.

Цель исследования – оценить функциональное состояние ЦНС на основе зрительных моторных реакций у детей младшего школьного возраста с ЗПР, занимающихся флорболом.

В исследовании участвовало 18 школьников с ЗПР в возрасте от 9 до 11 лет. Школьники были разделены на группы: I группа – экспериментальная (9 человек); II группа – контрольная (9 человек). Школьники экспериментальной группы, кроме занятий по физической культуре посещали тренировки по флорболу 3 раза в неделю по 1 часу. Учащиеся контрольной группы занимались

физической культурой по школьной программе [3]. Исследование проводилось дважды: в начале и в конце учебного года.

Для оценки функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС) школьников, было использовано устройство психофизиологического тестирования УПФТ-1/30 – «Психофизиолог». Для экспресс-оценки уровня активации ЦНС применяли методики простой (ПЗМР) и сложной зрительно-моторной реакции (СЗМР). По окончании тестирования рассчитывались: суммарное число ошибок, среднее время реакции, среднее квадратичное отклонение ответных реакций.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью статистического пакета программ SPSS версия 15. Проверка распределения осуществлялась с помощью описательной статистики, графически и с использованием статистического критерия Шапиро-Вилка для небольших выборок. Для статистического анализа данных использовали парный критерий Стьюдента (для зависимых данных).

Анализ данных показал, что к концу учебного года школьники I группы превосходили сверстников



II группы по всем показателям ПЗМР. Суммарное число ошибок, преждевременное реагирование при выполнении теста в начале учебного года было больше у школьников I группы. В конце учебного года определялось достоверное снижение количества ошибок у детей I группы, тогда как во II группе количество ошибок увеличилось, что свидетельствовало об ухудшении реакции у школьников с ЗПР контрольной группы. Среднее время реакции было выше у детей I группы, как в начале, так и в конце учебного года. Причем выявлялось достоверное снижение скорости реакции во II группе к концу учебного года, тогда как в I группе время реакции на световой сигнал не изменилось. Показатель быстрой реакции в I исследовании был на низком уровне в обеих группах школьников, во II исследовании в I группе отмечался достоверно выше уровень быстрой реакции по сравнению со II группой.

Анализ результатов СЗМР показал, что в начале учебного года суммарное число ошибок допущенных школьниками обеих групп составляло 9 единиц. Во II исследовании количество ошибок допущенных школьниками I группы достоверно уменьшилось до 6, у школьников II группы их было 11. Среднее время реакции, как в первом, так и во втором исследовании было выше в I группе и соответствовало среднему уровню. У школьников II группы определялась лишь тенденция к улучшению среднего вре-

мени реакции к концу учебного года. Достоверных различий между группами выявлено не было, как в начале, так и в конце учебного года. Стабильность ответных реакций при обоих исследованиях также была выше в I группе школьников.

Таким образом, уровень активации ЦНС в ответ на зрительные моторные реакции к концу учебного года у школьников с ЗПР, занимающихся флорболом, был выше, чем в контрольной группе. Следовательно, игру в флорбол можно рекомендовать как средство коррекции сенсомоторных нарушений у детей с ЗПР.

Вывод: Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности использования занятий флорболом как средства, повышающего функциональное состояние ЦНС у школьников с ЗПР.

Список литературы:

1. Лубовской В.И. Специальная психология / В.И. Лубовской. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 464 с.
2. Лях В.И. Комплексная программа физического воспитания учащихся 1-11 классов / В.И. Лях. – М.: Просвещение, 2008. – 120с.
3. Селиванова Ю.В. Коррекция недостатков внимания учащихся младших классов коррекционной школы VIII типа / Ю.В. Селиванова // Практическая психология и логопедия. – 2003. – №3-4 (6-7). – С. 88-92.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ БОЛЬНЫХ ХОБЛ**

**Клыкова О.Н., Сыропоршнева Т.Б.**

**Кафедра семейной медицины и внутренних болезней СГМУ.**

**ФГУ СМКЦ им. Н.А.Семашко ФМБА России, Соломбальская поликлиника, г.Архангельск**

**Научный руководитель: проф. Попов В.В.**

В данной статье сделан акцент на те особенности оценки развития и течения заболевания у пациентов, страдающих хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ), которые главным образом определяют уровень реабилитационного потенциала, а также играют роль на этапе проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Определяющими признаками прогрессирования патологического процесса у больных ХОБЛ являются нарастание одышки, болей в грудной клетке, лихорадки, отделения мокроты при кашле, снижение толерантности к физической нагрузке, проявляющейся нарушением уровня повседневной активности.

Кашель и одышка беспокоят всех больных независимо от этиологии заболевания. Нарастание степени дыхательной недостаточности (ДН) сопровождается утяжелением характера течения заболевания. У больных ХОБЛ различной этиологии выявлена прямая зависимость степени выраженности функциональных нарушений со стороны органов дыхания и кровообращения: нарастание

ДН и недостаточности кровообращения (НК) ведет к увеличению числа больных с более тяжелыми проявлениями ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточностью.

При обострении ХОБЛ листок нетрудоспособности выдается согласно приказу Минздрава России от 01.08.2007 № 514. При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе максимальный срок ВН при ХОБЛ составляет в среднем 20 дней.

Критериями выписки к труду больного ХОБЛ являются:

- стихание воспалительного процесса (нормализация температуры, показателей общего анализа крови, мокроты)
- уменьшение степени дыхательной недостаточности;
- повышение толерантности к физической нагрузке;
- улучшение показателей проходимости дыхательных путей;

Обязательно нужно учитывать характер и условия труда пациента, при необходимости выдать медицинское заключение с рекомендациями о переводе на работу в оптимальные условия труда.

При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе, когда выявляются признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, больной должен быть направлен на МСЭ вне зависимости от сроков ВН, но не позднее 4 месяцев от её начала. Чаще всего это ХОБЛ с прогрессирующим течением, сопровождающиеся стойкой дыхательной недостаточностью II - III степени, в сочетании с недостаточностью кровообращения IIБ - III степени.

Перед направлением больного в бюро МСЭ на освидетельствование необходимо провести оценку результата проведённого лечения и реабилитации.

Во-первых, это чисто субъективная самооценка больного, которая чаще всего сводится к определению качества жизни пациента. Для данной оценки вполне можно использовать опросник качества жизни SF-36. К сожалению, эта методика не подкреплена объективными показателями, поэтому «грешит» завышением действительного результата.

Во-вторых, это оценка результата реабилитации и проведённого лечения по сопоставлению его с объективными параметрами исходного состояния больного. Т.е. оценка уровня нарушения проходимости дыхательных путей по параметрам проведённой спирографии. Информативность метода понижается при отсутствии объективной динамики показателей, или близкое к нормальным, состояние исходных характеристик, что сокращает резерв их возможных положительных сдвигов, или отсутствие эффекта лечения в силу рефрактерности процесса к нему. В обоих случаях это снижает информативность метода.

В-третьих, это сопоставление достигнутого результата с прогнозируемым, то есть с целью реабилитации, определение степени достижения этой цели. Это наиболее информативный путь, но при его осуществлении мы столкнулись с трудностями прогнозирования и недостаточной научной разработанностью.

Таким образом, для определения реабилитационного потенциала должны использоваться все три варианта оценки эффекта. Качественная характеристика результата реабилитации больного ХОБЛ оценивается категориями «улучшение» (выздоровление при ХОБЛ невозможно), «без перемен» и «ухудшение». Улучшением следует считать достижение цели реабилитации при положительной самооценке больного и положительной динамике объективных показателей. Наиболее надёжным критерием следует считать снижение функционального класса с переходом в более лёгкий, а при сохранении исходного класса – положительную динамику показателей проходимости дыхательных путей и толерантности к физической нагрузке, которую можно оценить по тесту 6-минутной ходьбы. Оценка «ухудшение» комментариев не требует.

Диагноз должен включать в себя формулировку основной патологии, а также степень функциональной недостаточности как дыхательной, так и сердечнососудистой систем (степень ДН и НК), осложнения.

При проведении медико-социальной экспертизы больных ХОБЛ учитываются: жалобы больного; длительность течения заболевания; уровень функциональных нарушений со стороны органов дыхания и кровообращения; наличие осложнений и степень выраженности ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ЗА 2006-2008 УЧЕБНЫЕ ГОДА**

**Кондратьева О.В., Прялухина Н.В., V курс педиатрический факультет,**

**Багина А.Ю., VI курс лечебный факультет.**

**Кафедра офтальмологии СГМУ.**

**Научный руководитель: к.м.н. Кузнецова Н.А.**

В наше время проблема снижения зрения в молодом возрасте является чрезвычайно актуальной. Высокие технологии, развитие электронной промышленности, неправильный образ жизни, отягощенная наследственность, неполноценное питание – все это оказывает немаловажное влияние на зрение людей.

Целью нашего исследования явилось изучение заболеваемости глаз у студентов 5 курса педиатрического факультета за 2006-2008 гг.

Исследовались следующие функции органа зрения: острота зрения, поля зрения, цветоощущение,

характер зрения, а также внутриглазное давление, экзофтальмометрия, ближайшая и дальнейшая точка ясного зрения, длина аккомодации, объем аккомодации, относительная аккомодация.

Исследование остроты зрения позволяет оценить центральное зрение, периметрия – периферическое зрение.

На каждого студента заполнялась карта обследования.

Было обследовано 99 студентов, из которых женщин – 80 (80,8%), мужчин – 19 (19,2%). Возраст студентов от 21 до 25 лет.

У всех студентов было нормальное цветоощущение. Периметрия и кампиметрия – в пределах нормы у всех обследуемых. Бинокулярное зрение – у 95 человек (96%), нарушение бинокулярного зрения – у 4 человек (4%). Внутриглазное давление у всех обследуемых в пределах нормы.

У 67 человек (68%) были обнаружены аномалии рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм). У 57 человек (58%) – миопия, у 2 человек (2%) – миотический астигматизм, у 8 человек (8%) – скрытая гиперметропия при остроте зрения равной 1.5. Миопия легкой степени – у 35 человек (36%), миопия средней степени – у 19 человек (18%), миопия высокой степени – у 5 человек (4%). У 7 студентов на глазном дне был определен миотический конус, при миопии средней степени – у 4 человек, при миопии высокой степени – у 3 человек.

Наследственная отягощенность была выявлена у 50 студентов (51%). У большинства обследуемых снижение зрения началось в школьном возрасте.

У лиц с миопией различной степени, отмечалось дальнейшее ее прогрессирование после начала учебы в СГМУ.

У 2 студентов (2%) была диагностирована травматическая катаракта. В обоих случаях травма была получена твердым предметом в детском возрасте.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой частоте миопии и зрительного утомления у студентов СГМУ. Значительную роль в возникновении близорукости играет и наследственный фактор.

Выводы:

- 1) Соблюдать режим зрительных нагрузок для снятия зрительного утомления и предупреждения снижения остроты зрения.
- 2) Проводить профилактическое лечение в домашних условиях (гимнастика для глаз, витаминотерапия).
- 3) Курсы консервативного лечения два раза в год в условиях поликлиники и дневного стационара.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ГЛАДКОЙ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ЛИМФАНГИОНОВ ГРУДНОГО ПРОТОКА КРЫСЫ (СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ).

Корепанова Ю.Б.

Кафедра гистологии, цитологии, эмбриологии СГМУ.

Научный руководитель: доц., д.м.н. Болдуев В.А.

Активное продвижение лимфы обеспечивается функционированием гладкой мышечной ткани стенки лимфатических сосудов. Исследования последних лет свидетельствуют о сложной структуре популяции гладких миоцитов, входящих в состав мускулатуры сосудистой стенки.

В стенке грудного протока белых крыс были изучены показатели объема гладких миоцитов, содержания ДНК и суммарного белка цитоплазмы.

Среди всех морфометрических показателей наибольшей вариабельностью значений обладал показатель объема гладких мышечных клеток, что позволило выделить группы малых, средних и больших миоцитов, различающихся по объемным и метаболическим параметрам (рис.1). Основу популяции составляли средние миоциты. Малые миоциты отличались более высоким содержанием цитоплазматического белка и ядерно-цитоплазматическим отношением в сравнении с другими типами клеток. В этой группе отмечалось более высокое представительство гиперплоидных миоцитов, определяющих пролиферативный потенциал гладкой мышечной ткани. Большие миоциты относились к диплоидному классу и позиционировались нами как терминальные клетки клеточного дифферона.

По ходу продвижения лимфы происходило последовательное изменение структуры популяции и метаболических характеристик гладких мышечных клеток стенки грудного протока. Средний объем

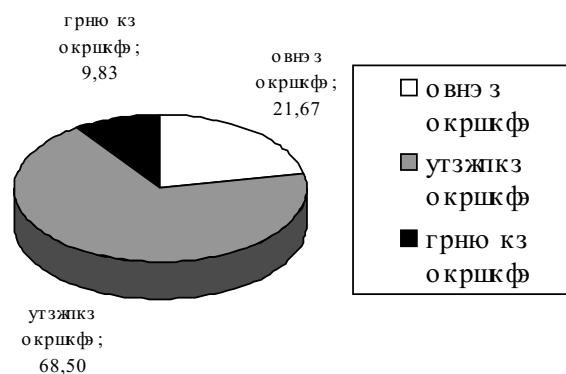


Рис.1 Структура популяции гладких миоцитов лимфангионов грудного протока.

лейомиоцитов динамично уменьшался от брюшного к шейному отделу грудного протока (рис.2). Уменьшение объема гладкомышечных миоцитов трансформировало структуру популяции, которая проявлялась в последовательном увеличении доли малых клеток и уменьшении доли больших лейомиоцитов. Наибольшее количество ДНК-синтезирующих миоцитов отмечено в переднегрудном и шейных отделах грудного протока. Анализ оптической плотности белков цитоплазмы показал, что в динамике от брюшного к шейному отделу грудного протока уменьшалось количество миоцитов с высокой плотностью белка в

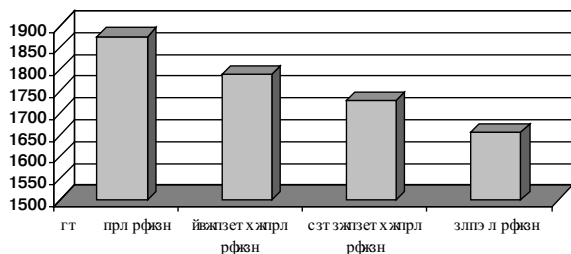


Рис.2. Изменение средних объемов гладкомышечных клеток различных отделов грудного протока.

цитоплазме возможно обусловленное уменьшением количества гладких мышечных клеток с высоким уровнем синтетических процессов (рис.3).

Выявленные изменения морфометрических параметров и структуры популяции свидетельству

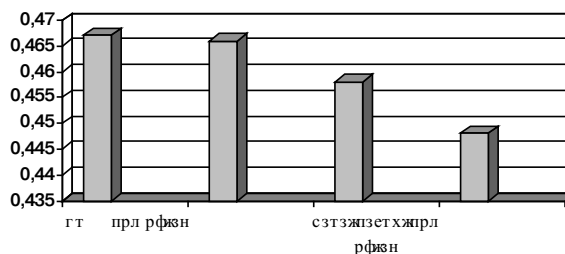


Рис.3. Изменение содержания белка в гладких миоцитах различных отделов грудного протока.

ют о высокой пластичности гладкой мышечной ткани лимфангионов грудного протока и вероятно обусловлены влиянием экстравазальных факторов (дыхательные экскурсии стенок грудной полости, сокращения диафрагмы).

## ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

Кравцова Т.В.

Астраханская государственная академия Росздрава

Кафедра наркологии и психотерапии

Научный руководитель: проф. Великанова Л.П.

Влияние окружающей среды на состояние здоровья населения общепризнано (Гумовой М.Д. и соавт., 2003; Отавина М.Л. и соавт., 2005). Формирование аддиктивного поведения, в свою очередь, обусловлено совокупностью детерминирующих факторов: биологических, социальных и психологических (Змановская Е.В., 2003; Сидоров П.И., 2006; Уваров И.А., 2009).

О значении социальных факторов в формировании алкогольной зависимости, носящей в последние годы характер эпидемии, в литературе упоминалось неоднократно (Лисицин Ю.П., Копыт Н.Я., 1983; Пятницкая И.Н., 1988; Левин Б.М., 1998; Сидоров П.И., 2006).

Несмотря на обилие работ по изучению факторов, влияющих на формировании алкоголизма, социальные факторы, по-прежнему, изучены не полно. Препятствием для изучения социальных факторов модифицировались и претерпели немалые изменения, что, по мнению Б.М. Левина (1999), обусловлено трансформированием социально-экономического положения страны (урбанизацией, миграцией и пр.).

В связи с этим, нами было проведено исследование, целью которого стала оценка социального риска в формировании хронического алкоголизма.

Материалы и методы: сплошным методом, без учета возраста и гендерной (половой) принадлежности обследовано 531 человек. В зависимости от социальной принадлежности было выделено 2 группы: 1 - студенты высшего учебного заве-

дения (265 человек); 2 – цеховые рабочие тепло-ремонтного завода (266 человек). Для выявления уровня алкоголизации применяли опросник К.К Яхина, Д.М.Менделевича (2001). Достоверность определяли t-критерием Стьюдента, при  $p < 0,05$ .

Анализ полученных данных показал следующее (см. рисунок).

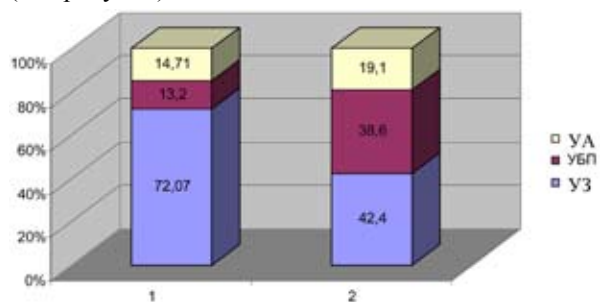


Рисунок: Распределение уровня алкоголизации в зависимости от социальной группы

Примечание: 1- группа студентов, 2 – группа рабочих; УА - уровень алкоголизма, УБП- уровень бытового пьянства, УЗ – уровень здоровья (по К.К Яхина, Д.М.Менделевича ; 2001).

Рисунок наглядно демонстрирует, что социальная принадлежность и характер деятельности оказывает влияние на уровень алкоголизации населения, что согласуется с работами прошлых лет (И.Н. Пятницкая, 1988; Э.Е. Бехтель, 1986).

В группе студентов, занятой, преимущественно интеллектуальным трудом, уровень здоровья с вы-

сокой степенью достоверности ( $t= 13,7$ ;  $p<0,0005$ ) превышал уровни бытового пьянства и алкоголизма (см. рис. 1). Однако, 27,9% студентов составили группу риска, что соответствует результатам ранних эпидемиологических исследований в студенческой среде (О.Ю. Ширяев, Т.Ю. Гречко; 2005 и др.).

Противоположная ситуация выявлена в группе рабочих (см. рис.). Уровень здоровья в этой группе был значительно ниже по сравнению со студентами. Почти втрое (13,2 % и 38,6% соответственно) был выше уровень бытового пьянства. Бытовое пьянство характеризуется как переходный этап от здоровья к алкогольной болезни (Э.Е. Бехтель 1986), высокий уровень которого является неблагоприятным прогностическим признаком в плане формирования алкогольной зависимости. Полученные данные подтвердили стабильно высокий уровень распространенности злоупотребления алкоголем в рабочей среде (И.Н. Пятницкая, 1988; Э.Е. Бехтель, 1986).

Сравнение показателей между исследуемыми группами, показало, что УЗ в группе студентов достоверно превышал аналогичный в группе рабочих

( $t= 6,91$ ;  $p<0,005$ ). В свою очередь, в группе рабочих лиц с бытовым пьянством было достоверно больше, чем в группе студентов ( $t= 6,68$ ;  $p<0,005$ ). Признаки хронического алкоголизма в обеих группах встречались одинаково часто ( $t= 1,35$ ;  $p>0,05$ ).

Таким образом, исследование показало, что показатели злоупотребления спиртными напитками и алкоголизм, по-прежнему, высоки: проблемы с алкоголем в разной степени выраженности, имеют от 27,91 до 57,7% респондентов (в зависимости от группы). Низкий уровень здоровья респондентов (от 42,4 до 72,07%) говорит об ухудшении общего здоровья населения и его недостаточной ценности. Характер деятельности (умственный труд, процесс обучения) в определенной степени является сдерживающим фактором, однако признаки хронического алкоголизма одинаково часто встречаются вне зависимости от характера труда и социальной принадлежности респондентов. Распространенность алкогольной аддикции в молодежной (студенческой) среде, являющейся потенциалом современного общества, отражает неблагоприятные тенденции по стране в целом.

## 110 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВАДИМА ВЛАДИМИРОВИЧА МИХЕЕВА

Кристя К.В., 1 курс, стоматологический факультет.

Кафедра истории медицины СГМУ.

Научный руководитель: проф. Щуров Г.С., директор музейного комплекса Андреева А.В.



В 2009 году исполняется 110 лет со дня рождения профессора Вадима Владимировича Михеева, заведующего кафедрой нервных болезней Архангельского государственного медицинского института (АГМИ) с 1936 по 1945 гг.

Вадим Владимирович Михеев родился в сентябре 1899 года в городе Скорневицы Варшавской губернии. Отец его был из дворян и служил следователем, мать была домохозяйкой. В 1908 г. Михеев поступил учиться в Петровскую гимназию. Затем он учился в Варшавской гимназии, которая в 1915 году была эвакуирована из Варшавы в Москву в связи с наступлением немцев. Семья Михеевых переехала в Москву, где Вадим Владимирович в 1917 году окончил школу с серебряной медалью и поступил на медицинский факультет в Московский государственный университет. После Октябрьской революции в связи с финансовыми трудностями в семье, Вадим Владимирович начал работать контролером в Московском областном профсоюзном комитете, затем переехал к родственникам в Киев, где познакомился со своей будущей женой и вслед за ней переехал в Днепрпетровск. Частая смена

властей на Украине в 1919/20 гг. подрывала экономическое и моральное состояние живущих там, наблюдались эпидемии и голод. В конце 1919 года Михеев заболел сыпным тифом. Милитаризация студентов-медиков в августе 1920 г. вернула его на 2 курс медицинского факультета. В этот период Михеев служил лекпомом на санитарном поезде, который проездом был в Москве.

В период обучения в Московском университете В.В. Михеев был членом курсовых комитетов и предметных комиссий, с 3 курса начал специализироваться по невропатологии. По окончании вуза в 1924 году он остался экстерном у профессора Л.О. Даркшевича в нервной клинике при 2-ой клинической больнице, где был до 1934 года экстерном, ординатором и ассистентом. Работая 6 лет в клинической больнице в сверхштатных должностях, Михеев был вынужден вести параллельно лечебную работу в амбулаториях и педагогическую в ряде московских медтехникумов. Однако это не помешало ему проводить научную работу и выполнять общественные нагрузки, за что он неоднократно награждался грамотами и званием ударника социалистического здравоохранения. Михеев принимал участие в проведении 1 всесоюзного съезда по вопросам вегетативной нервной системы в 1927 году, где выступил с докладом «Лечение табеса

прививками малярии». Изучению табеса – спинной сухотки (поздней формы поражения нервной системы при сифилисе) молодой ученый посвятил несколько публикаций.

Десятилетняя подработка в медтехникумах выработала у Михеева качества методиста, в результате чего он был назначен членом центральной методкомиссии НКЗдрава РСФСР по среднему медобразованию. В 1933 -1935 гг. он вел приват-доцентский курс по неврологии пограничных областей на лице и черепе на кафедре стоматологии во 2-м Московском медицинском институте (ММИ), в который был приглашен в 1934 году в качестве ассистента нервной клиники, руководимой академиком М.Б. Кролем. В 1935 году Михеев написал «учебник нервных болезней» и получил степень кандидата медицинских наук.

Весной 1936 году к.м.н. В.В.Михеев избран заведующим кафедрой нервных болезней АГМИ. Являясь хорошим педагогом, Михеев считал наиболее целесообразным посвятить себя научно-педагогической работе в Архангельске, продолжая активное сотрудничество с московскими коллегами. На конкурсе в АГМИ им было представлено 17 научных публикаций, из которых 2 рецензированы профессором Талаловым, одна - профессором Цимхесом, одна – профессором Преображенским, 2 -профессором Денисенко и остальные – профессором Дьяковым. Расположив работы в хронологическом порядке можно ясно видеть, как под руководством опытных руководителей из молодого врача вырабатывался самостоятельный научный работник, владеющий большим личным опытом, прекрасно знающий литературу и хорошо знакомый с гистологической техникой.

26 мая 1939 года В.В.Михеев защитил докторскую диссертацию на тему «Эмболия мозговых сосудов

и септические поражения головного мозга при пороках сердца» на заседании Ученого совета 2-го ММИ. В 1940 году д.м.н. Михеев был утвержден в ученом звании профессора.

За время работы в АГМИ В.В. Михеев проявил себя как хороший организатор, хорошо поставил на кафедре нервных болезней научно-исследовательскую работу, пользовался авторитетом среди профессорско-преподавательского состава и студенчества, являлся отличником производства. Он принимал активное участие в общественной жизни, в период выборов в местные советы депутатов трудящихся был доверенным лицом; работал членом бюро СНР, членом библиотечной комиссии и заместителем ответственного директора стенной газеты в АГМИ. Большой заслугой Михеева являлось то, что он был редактором сборников научных трудов АГМИ накануне и в годы Великой Отечественной войны. В первый военный год его кафедра за отличные показатели по учебной, научной и оборонной работе получила переходящее Красное Знамя как лучшая среди клинических кафедр АГМИ. В начале ВОВ кроме кафедры нервных болезней он временно возглавлял кафедру психиатрии. На протяжении всех военных лет профессор В.В. Михеев был главным специалистом отдела госпиталей Архангельской области, председателем Общества невропатологов г. Архангельска. В годы ВОВ он проводил большую организаторскую работу и занимался консультативной деятельностью в госпиталях военного округа и лечебно-профилактических учреждениях Архангельской области, продолжая научные исследования, результатом чего стала монография.

31 июля 1945 года профессор В.В. Михеев был утвержден в должности заведующего кафедрой нервных болезней Московского стоматологического института.

## **К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В АСПЕКТЕ РЫНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ**

**Крылов И.А.**

**Кафедра фармации и фармакологии СГМУ**

Для оптимизации лекарственного обеспечения и качества фармацевтической помощи пациентам, нуждающимся в антибактериальной терапии на уровне локального рынка (Архангельская область) крайне актуально проведение исследований, направленных на ситуационный анализ внешней среды и деятельности аптечных организаций области.

Задачей исследования явилось определение отдельных маркетинговых характеристик целевого сегмента фармацевтического рынка – антибактериальных препаратов – у сельских жителей Архангельской области. Определение мотивации конечных потребителей антибактериальных пре-

паратов проводили методом очного анкетирования среди посетителей аптек и аптечных пунктов (70 респондентов) с учетом следующих параметров: поведение пациентов при верификации патологии, требующей применения антибактериальных средств (обращение к врачу, обращение в аптеку, самолечение), предпочтение импортных или отечественных антибиотиков, мнение конечных потребителей по сравнительной эффективности отечественных и импортных препаратов антибактериальной направленности действия, при какой патологии в основном приходится прибегать к применению антибиотиков.

Подавляющее большинство посетителей аптек отмечают, что при возникновении заболевания, требующего назначения антибактериального средства, они обращаются к врачу (61,42%), однако 21,42% опрошенных прибегают к самолечению или обращаются за советом по выбору антибактериального препарата к аптечному работнику (17,14%).

Яркой чертой современного фармацевтического рынка является превалирование импорта антибактериальных препаратов. Это нашло отражение и в потребительских предпочтениях: 65,71% респондентов при имеющейся возможности выбора предпочли бы купить импортный антибактериальный препарат.

Наиболее часто опрошенные посетители аптек

прибегают к приобретению антибиотиков при наличии инфекционной патологии (94,28%), однако есть и такие, кто самостоятельно приобретает антибактериальные средства для лечения вирусных заболеваний (5,72%).

Полученные данные еще раз актуализируют проблему строго рецептурного отпуска препаратов из группы антибактериальных средств, так как только упорядоченный отпуск этих препаратов в аптечных организациях позволит минимизировать локальный уровень селекции антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов и повысить эффективность и безопасность антибактериальной терапии.

## **МОТИВАЦИЯ КОНЕЧНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ В СЕКТОРЕ РЫНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ (НА ПРИМЕРЕ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ)**

**Крылов И.А.**

**Кафедра фармации и фармакологии ГОУ ВПО «СГМУ»**

Одной из самых бурно развивающихся отраслей современной фармацевтики является производство антибактериальных препаратов. Данный класс лекарственных средств – один из самых востребованных на поле фармацевтического рынка. По данным статистики, объемы продаж основных классов антибактериальных препаратов неуклонно растут из года в год, при этом Российский рынок антибиотиков формируется преимущественно за счет импорта. Следует отметить, что розничная продажа антибактериальных средств осуществляется преимущественно в рамках безрецептурного отпуска, что, безусловно, является одной из ведущих причин бесконтрольного применения антибиотиков, и, как следствие, ведет к неуклонному росту селекции резистентных штаммов возбудителей. Задачей настоящего исследования явилось изучение ряда маркетинговых характеристик целевого сегмента фармацевтического рынка – антибактериальных препаратов – у сельских жителей Архангельской области. Определение мотивации конечных потребителей антибактериальных препаратов проводили методом очного анкетирования среди посетителей аптек и аптечных пунктов (70 респондентов) с учетом следующих характеристик: частота применения антибактериальных препаратов в год, кем рекомендовано использование антибиотика (врач, фармацевт/провизор, родственники/знакомые или самостоятельно), факторы, играющие решающую роль при покупке препарата (отсутствие противопоказаний, побочных явлений, низкая цена, удобный способ применения, рекомендации аптечного работника, высокое качество, эстетический вид препарата, эффективность предыдущего применения,

рекомендация лечащего врача, информация средств массовой информации).

Анализ частоты применения антибактериальных средств показал, что 63,04% опрошенных один раз в год прибегают к их использованию, 21,73% – два раза в год, 13,04% – три раза в год и чаще. Доминирующим в назначении антибактериальных средств являются рекомендации врача (60,41%), менее значимы – рекомендации аптечного работника (10,41%). Негативным моментом является самостоятельное назначение антибиотиков (в 22,91%) и их приобретение без рецептов (58,1%), а также по рекомендациям родственников и знакомых пациента (в 6,25%). Анализ факторов, решающих при выборе антибактериального препарата, показал ведущую роль эффективности предшествующего их использования – 25% и рекомендаций лечащего врача – 23,80%. Существенны также оценки посетителями аптек профиля лекарственной безопасности – 14,28% и низкая стоимостная характеристика препарата – 10,71%. Менее значимыми оказались такие маркетинговые характеристики антибиотиков как высокое качество продукции (8,33%), рекомендации аптечного работника (4,76%), удобный способ применения (3,57%), роль же медийных средств не отметил ни один из опрошенных респондентов.

Проведенное исследование вскрыло высокую долю самостоятельного, бесконтрольного назначения антибактериальных средств и безрецептурного их отпуска. Безусловно, постановка данной проблемы и ужесточение надзора контролирующих структур, неизменно приведет к снижению объема продаж антибактериальных средств и, возможно, вызовет негативную реакцию посетителей аптек,

привыкших к доступности данной группы лекарственных препаратов. Однако когда речь идет о рационализации применения антибактериальных средств в аспекте снижения уровня резистентности

и повышения безопасности проводимой лекарственной терапии, розничный отпуск не должен зависеть от желания пациента, а определяться исключительно специалистом.

## **ОПЫТ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В СЕМЬЕ С ЗАВИСИМЫМ РОДСТВЕННИКОМ: КАЧЕСТВЕННЫЙ ПОДХОД К СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ**

**Кузнецов В.Н.**

**Северный государственный медицинский университет**

**Архангельская международная школа общественного здоровья**

### **Введение**

Пациент, страдающий химической зависимостью, чаще всего живет в семье, взаимоотношения в которой определяют стабильность его состояния и связаны с качеством жизни всех ее членов. Семейная среда может способствовать рецидиву химической зависимости пациента даже при успешном проведении терапии с ним. Необходимость психотерапии не только пациентов с химической зависимостью, но и членов их семей является стратегическим вопросом, связанным со стабильностью результатов терапии больного и повышением качества жизни его и его окружения.

Цель исследования: описание картины восприятия семейных взаимоотношений созависимых личностей.

### **Материалы и методы**

С октября 2006 – по март 2007 года было проведено качественное исследование с использованием феноменологически – герменевтического метода. Информантами были родственники пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью, обратившиеся за помощью в амбулаторное отделение психотерапии (12 женщин в возрасте от 28 до 42 лет).

### **Интервью.**

Метод сбора эмпирических данных – однократное полуструктурированное интервью, продолжительностью 2,5 часа каждое.

### **Анализ данных.**

Интервью интерпретировались с использованием феноменологически-герменевтического подхода (Ricoeur P, 1976). Интерпретация текста включала три этапа: первичный анализ, структурный анализ и критическое осмысление и проводилась в определенном порядке.

### **Результаты.**

Информанты описывали их опыт общения в семье с химически зависимым родственником. Опыт общения, в основном, был связан с вопросами финансового обеспечения в семье, безопасности и будущего. Информанты, однако, шире представляли свой опыт: они указывали, что общение в семье, где есть ее член с алкогольной или наркотической зависимостью, принципиально отличается от других

семей своей непредсказуемостью. Однако непредсказуемость касалась лишь поведения страдающего зависимостью родственника, поэтому, в целом, отношения складывались более предсказуемо, чем можно было бы ожидать. Информанты подчеркивали важность контроля поведения зависимого лица, обосновывая это его безопасностью и безопасностью семьи. Они приводили различные примеры, связанные с финансовыми потерями в семье и реальной опасностью для здоровья родственника с химической зависимостью. Одни информанты акцентировали свое описание на состоянии родственника, подробно излагая возникающие проблемы и детали его самочувствия, другие – на собственной значимости в его будущем и своей незаменимости в его судьбе. Одной из главных звучала тема взаимного недоверия в семье.

Структурный анализ выявил несколько тем описания:

Основная тема: необходимость контролировать поведение зависимого родственника.

### **Дополнительные темы:**

1. Зависимость своего эмоционального состояния от состояния родственника с зависимостью
  - невозможность быть счастливой в ситуации, когда родственник пьян или «под кайфом»;
  - невозможность оставаться спокойной при провокациях скандала со стороны родственника.
2. Чувство вины
  - тема собственной вины за поведение сына или мужа;
  - тема вины родственника за «испорченную им жизнь семьи».
3. Постоянные тревоги по поводу его и своего будущего
  - стремление получить гарантии в излечении родственника;
  - попытки добиться предсказуемого поведения с его стороны;
  - потеря смысла жизни в случае невозможности излечения.
4. Критика существующего положения дел в отношении регулирования потребления алкоголя и наркотиков в стране



- переложение части ответственности с родственника и себя на существующее положение дел в отношении политики продажи алкоголя в стране.

5. Развитие навыков общения с родственником с химической зависимостью

- необходимость получить «правильный совет» в отношении поведения с родственником;
- стремление научиться «правильному» поведению в семье;
- попытки построить свое поведение так, чтобы предотвратить срывы в отношении употребления алкоголя или наркотиков;
- необходимость обретения авторитета у своего родственника.

Заключение.

Выявлены ключевые темы, определяющие проблемы взаимоотношений в семье с химически зависимыми личностями. Полученные данные позволяют разрабатывать, как дальнейшие исследования в этой области, так и стратегии психотерапии. В зависимости от приоритетов психотерапевтов и психологов

направления работы могут быть различными. Необходимым аспектом психотерапии является работа по изменению убеждений, как поддерживающих созависимое поведение пациентов.

Литература.

1. Kvale S: Interviews. An introduction to Qualitative Research Interviewing. London, Sage Publications; 1996

2. Malterud K: Qualitative Method in Medical Research (Nor). Oslo, Tano Aschoug AS; 1996.

3. Ricoeur P: Interpretation Theory. Discourse and Surplus of Meaning. Forth Worth Texas, Texas Christian University Press; 1976

4. Ricoeur P: Hermeneutics and Human Sciences. Essays on Language, Action and Interpretation (Thompson J.B. ed). Cambridge, Cambridge University Press; 1982.

5. Tappan MB: Hermeneutics and Moral Development: Interpreting Narrative Representations of Moral Experience. *Developmental Review* 1990, 10:239-265

## **ОСОБЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В УСЛОВИЯХ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА РОССИИ**

**Кулиева Я.Г., Полякова Е.С., факультет клинической психологии и социальной работы;  
Харькова О.А., аспирант кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии СГМУ**

**Научный руководитель: проф. Соловьев А.Г.**

Введение

Табакокурение является самым распространенным видом токсикомании во всем мире. Так, по данным Министерства здравоохранения и социального развития России (2003), курят до 70 % мужчин и 14 % женщин. Особое беспокойство вызывает употребление табачной продукции т.н. модельной группой, т.е. медицинскими работниками и студентами медицинских образовательных учреждений. Высокая распространенность курения среди студентов-медиков имеет тенденцию к росту в зависимости от курса, что препятствует реализации профессиональных обязанностей в будущем, в частности пропаганде здорового образа жизни и профилактике табакокурения.

Целью исследования явилось изучение социально-демографических особенностей табакокурения студентов медицинского вуза в условиях Европейского Севера России.

Материал и методы исследования

Исследование осуществлялось в Северном государственном медицинском университете г. Архангельска. В констатирующем эксперименте приняло участие 73 студента-медика, которые были разделены на две группы в зависимости от табачного анамнеза: 1 группа – курящие подростки (19 чел. – 26,0 %, из них 6 юношей и 13 девушек), 2 группа – некурящие подростки (54 чел. – 74,0 %, из

них 10 юношей и 44 девушки). Возраст испытуемых колебался от 18 до 23 лет.

Метод сбора данных включал разработанную нами анкету, направленную на изучение социально-бытового статуса студентов, выявление отношения респондентов к табакокурению, уровня знаний о вреде курения и мотивации отказа от употребления табака. Статистический анализ данных проводился в программном пакете «SPSS for Windows», версия 15. Сравнение групп по номинальным и порядковым шкалам осуществлялось с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

Распространенность табакокурения среди студентов-медиков составила 26,0 %, причем соотношение курящих юношей и девушек – 1,4:1,0 (31,6 % и 22,8 % соответственно). Доля ежедневно курящих студентов мужского пола (20,0 %) оказалась выше, чем представительниц женского пола (1,8 %); девушки, в основном, предпочитали употреблять табак на вечеринках, дискотеках и прочих увеселительных мероприятиях.

Выявилось статистически значимое различие в интенсивности употребления табачных изделий юношами и девушками ( $p=0,052$ ). Если в 100 % случаев девушками выкуривалось от одной до семи сигарет/сут., то в 40,0 % юношей употребляли более восьми сигарет/сут.

В нашем исследовании выявилось два возрастных пика инициации курения табака: 9-10 класс средней общеобразовательной школы и 1-2 курс вуза; причем статистически значимых различий по гендерной принадлежности не наблюдалось ( $p=0,375$ ). Таким образом, период отождествления себя со взрослым, а также стресс, связанный со сменой привычной социальной среды, являются сензитивными моментами в жизни подростка, способствующим к употреблению табака.

Анализ причин того, почему подростки начинают курить, показал, что для курящих, как правило, характерна большая вероятность иметь в своем окружении лиц с никотиновой зависимостью (близкие родственники, друзья). Так, среди не курящих студентов 26,5 % проживали совместно с курящими родственниками, в то время как среди курящих – 53,8 % ( $p=0,051$ ). Кроме того, в 60,5% случаев курящие родственники предпочитали употреблять табак в пределах жилой квартиры (комната, кухня, ванная, пр.), что, в свою очередь, свидетельствует не только об активном табакокурении их микро-социальным окружением, но и пассивном.

«Любопытство» явилось основным мотивом инициации табакокурения в подростковом возрасте, особенно это было актуально в случае употребления табака обоими родителями (50,0 %). В 10,0 % случаев подростки отмечали, что табакокурение – это «престижно»; наиболее редким ответом явилось «курят все мои друзья» (5,0 %).

Отчасти причиной распространения табакизма является также и равнодушное отношение общества к данному социальному недугу. В нашем же исследовании равнодушно относились к факту употребления табака подростками только 13,3 % лиц, проживающих с ними совместно (родители, друзья).

Медицинские работники – это люди, чья профессиональная обязанность не только лечить, но

и самим быть здоровым, вести здоровый образ жизни. Оказалось, что курящие студенты-медики отрицательно относились к употреблению табака беременной женщиной лишь в 68,4 %, а 21,1 % – даже равнодушно; в то время как в группе некурящих отрицательно относились к данному факту 100 % студентов ( $p\leq 0,001$ ).

Около 21,0 % студентов медицинского вуза отмечали, что ощущают отрицательное влияние табака на свое здоровье, свидетельствующее, как минимум, о второй, хронической стадии никотиновой зависимости; более 35,0 % стали замечать некоторые проблемы со здоровьем (кашель, частые бронхиты, пр.), обусловленные табакокурением. В то же время 53,3 % студентов не были обеспокоены своей табачной зависимостью; однако 42,9 % будущих медицинских работников все же часто думали о том, что «пора бы отказаться от употребления табака». На вопрос «Пытались ли Вы бросить курить?», 80,0 % юношей и только 10,0 % девушек ответили положительно ( $p=0,007$ ). Более половины всех курящих респондентов были уверены в том, что смогут легко отказаться от этой вредной привычки в случае необходимости, только 47,1 % подростков готовы были приступить к отказу «сегодня».

Таким образом, распространенность табакокурения среди студентов медицинского вуза несколько ниже, чем среди подростков той же возрастной категории по России в целом. Возможно, это обусловлено тем, что подростки скрывают факт употребления ими табака. Однако часть из тех, кто признался в табакокурении, имеют уже сформировавшуюся никотиновую зависимость с первоначальными соматическими изменениями. Поэтому разработка эффективной антитабачной программы, как на федеральном, так и муниципальном уровнях является необходимой, причем с учетом мультидисциплинарного подхода.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ**

**Куликов С.А.**

**Кафедра психиатрии и клинической психологии СГМУ**

**Научный руководитель: к.м.н , доц. Парняков А.В.**

### **КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:**

параноидная шизофрения, качество жизни, когнитивно-мотивационно-эмоциональный аппарат личностной саморегуляции, индивидуально-психологические особенности, социально-перцептивные способности, смысло-жизненные ориентации, социальный интерес

В течение последних десятилетий отмечается рост интереса к социальным аспектам жизни психически больных в клинике эндогенных психозов.

Особую важность приобретают вопросы социального функционирования больных шизофренией с позиции качества жизни, т.е. субъективной удовлетворенности реализацией своего социального поведения. Согласно со-временной концепции шизофрении, снижение социального функционирования больных, в том числе и качества жизни, в первую очередь связано не с выраженностью и характером продуктивной и негативной симптоматики, а с недостаточностью социально-психологической

адаптации и тех характеристик психической деятельности, которые относятся к компенсаторным ресурсам личности. К последним целесообразно отнести основные аспекты внутренней само-регуляции активности, выражаемые через определенную организацию психических процессов в соответствии с представлением о себе и взаимодействии с окружением в рамках индивидуальной модели болезни - когнитивно-мотивационно-эмоциональный аппарат личности больного. В частности, описанный подход был реализован в данной работе, целью которой наряду с оценкой субъективной удовлетворенности являлось определение взаимосвязи качества жизни с социально-психологическими характеристиками больных шизофренией, входящих в когнитивный (социальная перцепция), аффективный (индивидуально-типологический стиль) и мотивационный (смысловая регуляция и социальная направленность) блоки саморегуляции социального поведения.

Для достижения поставленной цели использованы психологические методики, направленные на изучение личностной саморегуляции: КЖ-СМ (специфический модуль опросника ВОЗКЖ-100) для исследования качества жизни; индивидуально-типологический опросник Собчик Л.Н для выявления типа личностного реагирования; методика исследования социального интеллекта Дж. Гилфорда и М. Салливена для определения социально-перцептивных способностей; методика СЖО, адаптированная Д.А. Леонтьевым, и социальный интерес по Адлеру для изучения мотивационных особенностей. Всего были обследованы 80 больных шизофренией параноидной формы, выборка которых формировалась с учетом исследовательских критериев МКБ-10.

На первом этапе была изучена интегративная структура качества жизни больных, сформированы группы сравнения на основе общей оценки субъективной удовлетворенности (группа с высокой – группа 1 и группа со средней оценкой – группа 2), достоверно различающиеся как по комплексной оценке, так и по оценкам отдельных субсфер качества жизни. Наибольшие различия выявлены в сферах «микросоциальных отношений» (оценка переживания, связанных с общением), «самоконтроля и самопомощи» (отвлечение от неприятных переживаний и психопрофилактика) и «ориентировки в себе и окружающей действительности» (при  $p \leq 0,001$ ).

В структуре социально-психологических особенностей у пациентов с высокой и средней оценкой качества жизни значимые различия были выявлены по уровню социального интереса (при  $p \leq 0,05$ ), который оказался выше в группе 2, и ряду индивидуально-типологических характеристик. Так, в группе 1 достоверно преобладал импульсивный стиль реагирования (при  $p \leq 0,05$ ) с ведущими чертами спонтанности и лидерства. В группе 2 доминировал гипостенический тип с сензитивно-шизоидным радикалом: интровертированность (при

$p \leq 0,001$ ), сензитивность и тревожность (при  $p \leq 0,01$ ), выражаемым на социальном уровне свойствами зависимости и конформности (при  $p \leq 0,001$ ), компромиссности (при  $p \leq 0,01$ ) и индивидуалистичности (при  $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, более низкие оценки субъективной удовлетворенности социальными взаимодействиями, самоконтролем и саморегуляцией характерны для пациентов с тормозимым стилем реагирования и сохранной потенциальной способностью идентифицироваться с другими людьми – социального интереса. Для группы импульсивных пациентов присущи более высокие оценки качества жизни в сфере социальной коммуникации, возможно не всегда адекватными, поскольку она не является значимой в силу низкой мотивационной направленности на социальные взаимодействия. На втором этапе определена структура компонентов качества жизни, представленная наибольшей корреляционной сопряженностью с социально-перцептивными, аффективными и мотивационными характеристиками и разными осевыми сферами в исследуемых группах. В группе 1 – это психологическая сфера («эмоциональная неадекватность»), оценка которой преимущественно взаимосвязана с аффективно-личностным реагированием. Определяются два личностных типа, склонных к высокой оценке себя как эмоционально одаренных и адекватных либо гордящихся своей особостью и чрезвычайной чувствительностью: первый имеет тесные взаимосвязи с чертами лабильности, коммуникативности и зависимости (при  $p \leq 0,05$ ); второй – ригидности, сензитивности (при  $p \leq 0,001$ ).

В группе 2 в качестве осевой определилась сфера микросоциальных отношений (особенности сексуального общения, лидерство и зависимость), связанная не только с особенностями аффективно-личностного реагирования, но и ценностными ориентациями как высшими смысловыми регуляторами поведения. Положительная оценка удовлетворенности сексуальным общением наиболее связана с адекватной самооценкой ( $p \leq 0,01$ ), низкими показателями интровертированности ( $p \leq 0,001$ ), лабильности ( $p \leq 0,05$ ) и компромиссности ( $p \leq 0,05$ ), а также с восприятием себя как сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, и способностью контролировать свои действия (при  $p \leq 0,05$ ).

Наибольшее число взаимосвязей с регуляторными компонентами системы личностных смыслов отмечалось при оценке личностной позиции в социальном общении (лидерство-зависимость). Положительная оценка личностной позицией пациентов определяется «общей осмысленностью жизни» (при  $p \leq 0,01$ ), удовлетворенностью жизнью здесь и сейчас, ее эмоционально насыщенностью и наполненностью смыслом (при  $p \leq 0,05$ ), оценкой пройденного отрезка жизни, ощущением того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть (при  $p \leq 0,01$ ), а также интернальным локусом контроля (при  $p \leq 0,01$ ).

# КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Курбатова А.С., Темнова А.С., III курс, лечебный факультет.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней СГМУ.

Научный руководитель: проф. Оганезова И.А.

Актуальность: Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире; в 2008 году от ССЗ умерло 17,5 миллиона человек, что составило 30% всех случаев смерти в мире.

Введение в проблему: Одним из новых критериев эффективности лечения заболеваний, получивших в последние годы широкое распространение в странах с высоким уровнем развития медицины, является качество жизни (КЖ). Показатели КЖ в клинической медицине часто используют в качестве критерия определения эффективности лекарственных препаратов и реабилитационных программ, а также как показатель индивидуального мониторинга состояния больного

Цель: оценить основные показатели качества жизни кардиологических больных.

Нами было обследовано 19 пациентов кардиологического профиля в возрасте от 25 до 82 лет (средний возраст - 45 лет); из них 95% составили мужчины и 5% - женщины. Доминирующим клиническим диагнозом была ишемическая болезнь сердца (ИБС). Средняя продолжительность заболевания составила 7 лет. Исследование проводилось с помощью специальных опросников:

1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии;
2. Опросник SF-36 («Краткая форма оценки здоровья»);
3. Опросник «Тип отношения к болезни» ТОБ, ЛОБИ.

Также нами была составлена анкета, в которой фиксировались паспортные данные (возраст, семейное положение), профессия, клинический диагноз, давность заболевания, количество принимаемых лекарственных препаратов.

Результаты: При обследовании по методике ЛОБИ установлено, что преобладающим в профиле отношения к заболеванию у пациентов кардиологического отделения был эргопатический тип реагирования, характеризующийся стремлением, во что бы то ни стало, сохранить профессиональный статус. «Чистый» эргопатический тип отношения к болезни был выявлен у 52,6% пациентов (10 человек). Смешанный тип реагирования диагностировали у 42,1% обследованных (8 человек). При изучении профиля ТОБ и его структуры в зависимости от количества таблеток, которые пациент принимает за сутки, было установлено следующее. У пациентов, принимающих более 5 таблеток в сутки, преобладали реакции, отражающие состояние существенной личностной дезадаптации: ипохондрической, неврастенической, сенситивной

и эгоцентрической направленности. Для таких пациентов характерно сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, поведение по типу «раздражительной слабости», требование исключительной заботы со стороны окружающих, «уход в болезнь». Эти данные были подтверждены также при анализе корреляционных связей. В структуре типов реагирования также были выявлены существенные различия. Так, пациенты, принимающие не более 5 таблеток в сутки, в 73% случаев демонстрировали эргопатический тип реагирования, в то время как для группы больных, принимающих более 5 таблеток, было характерно неопределенное отношение к заболеванию – смешанный тип реагирования выявляли в 62% случаев. При исследовании КЖ по методике MOS SF-36 в общей группе пациентов выявлено значительное снижение качества жизни, связанное с выраженностью болевого синдрома (BP) и общего индекса здоровья (GH). Анализ показателей качества жизни в зависимости от количества принимаемых пациентами препаратов показал, что пациенты 1 группы (менее 5 таблеток в сутки) достоверно выше оценивали свое качество жизни, связанное с физическим статусом (PF, RF) и ролевым эмоциональным (RE) функционированием. При этом пациенты 2 группы (более старшей по возрасту) значительно выше оценивали фактор социального функционирования (SF) в структуре качества жизни. При анализе корреляционных связей установлено, что пациенты, высоко оценивающие свой физический статус (PF, RF) и эмоциональное состояние (RE), достоверно реже проявляли склонность к дезадаптивным реакциям на заболевание – тревожному, ипохондрическому, неврастеническому, эгоцентрическому типам реагирования.

Выводы по работе:

Высокие показатели физической работоспособности, энергичности, эмоционального состояния и относительно низкий показатель болевого синдрома можно объяснить достаточно молодым возрастом подавляющего большинства обследуемых (среднее значение 45 лет).

Основная часть пациентов - это военнослужащие трудоспособного возраста, что и определяет преобладание эргопатического типа отношения к болезни («уход от болезни в работу»).

Пациенты, принимающие большее количество препаратов хуже оценивают своё состояние, по сравнению с другими.

Для пациентов пожилого возраста и с продолжительным сроком заболевания характерно пре-

обладание ипохондрического и неврастенического типов отношения к болезни.

Признаки субклинической тревоги отмечались у

пациентов с давностью заболевания 10-15 лет, а у пациентов с длительностью заболевания более 20 лет – признаки субклинической депрессии.

## **ПРОФЕССОР ГЛЕБ ИОСИФОВИЧ КРАНОСЕЛЬСКИЙ – ОСНОВАТЕЛЬ КАФЕДРЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ АГМИ**

**Курочкина О.В., IV курс, факультет адаптивной физкультуры.**

**Кафедра истории медицины СГМУ**

**Научный руководитель: проф. Щуров Г.С., директор музейного комплекса СГМУ Андреева А.В.**



Глеб Иосифович Красносельский родился 11 июля 1900 году в городе Молога Ярославской губернии в семье служащего. В 1911 г. он окончил начальную школу и поступил в гимназию, где по неопределенности был освобожден от платы за обучение. В 1917 г. гимназия была преобразована в трудовую школу 2-й ступени, которую Красносельский окончил в 1920 г. Обучаясь в последнем классе школы, он работал в Мологской уездной Рабоче-Крестьянской инспекции делопроизводителем бюро жалоб.

В 1920 г. Г.И. Красносельский был призван в ряды РККА, но по состоянию здоровья (открылся туберкулез) его признали негодным к службе, он получил отсрочку на год. В 1921 г. Красносельский поступил во 2-ой Московский государственный университет на медицинский факультет. После окончания 2-ого МГУ он поступил на врачебное отделение Государственного Центрального Института физической культуры им. Сталина, где учился год и получил квалификацию врача - специалиста по физической культуре.

В ноябре 1928 г. Красносельский был командирован Наркомздравом в Архангельск для работы в Губздраве врачом - инспектором по физкультуре. Затем, в связи с ликвидацией должности, он был переведен на место городского врача по физкультуре и введен в штат Архангельской детской лечебной профилактической амбулатории. В 1929 г. Красносельский женился на Елене Ксенофоновне Кошель, работавшей инструктором по физкультуре в школах г. Архангельска. В 1930 г. в порядке совместительства Красносельский поступил на работу врачом в спортивное Общество «Динамо» г. Архангельска. В 1931 г. он прошел курсы в Ленинградском Институте усовершенствования врачей по циклу терапии.

7 августа 1935 г. Красносельский был назначен на должность заведующего кафедрой физического воспитания в Архангельский Государственный Медицинский Институт (АГМИ). С первых дней работы в институте он показал себя добросовестным

и исполнительным педагогом. В АГМИ он проводил интересную научно-исследовательскую работу на актуальную тему «Экспериментальное исследование по использованию ультрафиолетовых лучей при занятиях физической культурой школьников». Кроме административно-организационного и методического руководства на кафедре Красносельский был ответственным за врачебно-педагогический контроль по проведению практических занятий физкультурой.

В 1941-1942 учебном году в связи с разделением кафедры на два самостоятельных курса, Глеб Иосифович был назначен доцентом курса лечебной физкультуры при кафедре госпитальной терапии АГМИ. В 1943 г. Красносельский был переведен на должность старшего преподавателя кафедры военно-санитарной подготовки и физической подготовки. В течение военных лет он беспрерывно заведовал курсом лечебной физкультуры.

Г.И. Красносельский как до войны, так и в военное время проводил большую организационно-методическую работу в области лечебной физкультуры, подготовил большое количество врачей и инструкторов по этой специальности. Плодотворную работу он развернул во время ВОВ, активно организуя дело лечебной физкультуры в архангельских эвакогоспиталях. Его работа нашла положительную оценку в ряде благодарностей, вынесенных ему санитарным управлением Карельского фронта и ФЭП - 96, в награждении его тремя медалями и значком «Отличнику здравоохранения».

26 октября 1943 г. Глеб Иосифович Красносельский защитил диссертацию на тему: «Опыт оздоровления физически ослабленных школьников лечебной физкультурой в комбинации с облучением искусственными источниками света» на степень кандидата медицинских наук. В 1946 г. он был утвержден в ученом звании доцента. Красносельским написано 11 научно-исследовательских работ, из которых половина была доложена на научных сессиях АГМИ и на съездах в Москве. С 1 сентября 1949 года по 1 сентября 1951 г. Глеб Иосифович Красносельский был деканом АГМИ. Кроме работы в институте он являлся депутатом Октябрьского Райсовета города Архангельска 16 созыва.

13 апреля 1951 года кандидат медицинских наук Глеб Иосифович Красносельский был утвержден в должности заведующего кафедрой физического воспитания Воронежского медицинского института, где работал до 1957 года. В 1955-1956 гг. Г.И. Красносельский находился в Китайской Народной Республике, где читал лекции и проводил практические занятия. После командировки Красносельского в «Воронежском книжном издательстве» вышла книга «Древнекитайская гигиеническая гимнастика для лиц пожилого возраста», в которой был опубликован материал, полученный на кафедре лечебной физкультуры Пекинского медицинского института, а так же в результате изучения различных систем древнекитайской гимнастики, демонстрируемых народными врачами и инструкторами в гг. Пекине, Шанхае и Бейдахе.

Копия данной книги находится на хранении в фонде музейного комплекса СГМУ.

В 1957 г. Глеб Иосифович переехал в Киев, где им была защищена докторская диссертация и получено звание профессора. Глеб Иосифович стал одним из видных советских ученых по спортивной медицине, членом научно-методического комитета по физкультуре Министерства здравоохранения СССР. Научная студенческая и аспирантская работа в Воронеже под руководством профессора открыла большую дорогу многим его ученикам.

В Киеве Глеб Иосифович провел остаток своей жизни. Родственники Красносельского, проживающие в Архангельске, приняли активное участие в исследовании его жизненного пути. В настоящее время продолжается изучение трудов профессора Г.И. Красносельского.

## **ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК И ХПН В ДЕБЮТЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ**

**Кыркунова О.В., Иванова С.Н., Ленкина В.В., Канапышева О.Н.**

**Кафедра внутренних болезней, ФПК и ППС СГМУ**

**ГУЗ «Архангельская областная клиническая больница», г. Архангельск.**

**Научный руководитель: проф. Дворяшина И.В.**

**Главный врач ГУЗ «АОКБ»: к.м.н. Березин А.В.**

При наличии протеинурии в анализах мочи одним из дифференциальных диагнозов является миеломная нефропатия, которая составляет обязательную составную часть множественной миеломы (ММ) и часто протекает под маской первичного почечного заболевания. Протеинурия проявляется нередко первым симптомом ММ. Не менее чем у 40% больных функция почек обнаруживается уже сниженной при установлении гематологического диагноза. Поражение почек является наиболее частой висцеральной патологией при ММ и одной из основных причин сокращения продолжительности жизни больных. Установлено, что наиболее важное значение в развитии поражения почек и формировании хронической почечной недостаточности (ХПН) при ММ имеют: гиперпродукция патологических легких цепей иммуноглобулинов с их накоплением в дистальных канальцах, последовательное прогрессирование парапротеинемии и протеинурии, что приводит в итоге к развитию нефросклероза почек. Основное направление лечения больных ММ – полихимиотерапия – является патогенетическим и оказывает регрессивное влияние на миеломную нефропатию.

Цель: провести анализ поражения почек и развитие ХПН у пациентов в дебюте множественной миеломы.

Материалы и методы: нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов терапевтического отделения № 2 АОКБ за 2008 г.г.

Были отобраны и проанализированы 13 историй болезни пациентов с дебютом поражения почек и выявлении ММ. Средний возраст больных составил 59,2 лет (от 43 до 73), из них большинство было женщин (69,2%), неработающих – 61,5%. У 1 человека наследственность была отягощена по онкопатологии. В 2 случаях в анамнезе были отмечены заболевания почек (почечная колика - 1, МКБ – 1). Все пациенты обследовались у терапевта с патологией почек. Были зарегистрированы следующие жалобы пациентов: боли в позвоночнике (пояснично-крестцовом отделе) - 11, слабость - 10, одышка при нагрузке - 5, боли в грудной клетке (ребрах) - 4, головокружение - 4, снижение веса - 3, головная боль - 2, снижение аппетита - 2, сухость во рту - 2, дизурические расстройства (учащенное мочеиспускание) - 1. При объективном осмотре бледные кожные покровы - у 7 человек, повышение АД - у 9 (от 140/90 до 180/120), отеки нижних конечностей - у 2.

При лабораторном и инструментальном обследовании изменения в ОАК было отмечено у всех 13 пациентов (100%): снижение уровня Нв - 12 (анемия легкой степени - 2, анемия средней степени - 7, анемия тяжелой степени - 3), увеличение СОЭ - 13. Выявлено повышение в крови: мочевины - 10 (76,9%) от 8,0 до 35,1 ммоль/л, креатинина - 12 (92,3%) от 0,19 до 1,0 ммоль/л, гамма - фракция глобулина - 6 (46,15%). Обнаружен М - градиент у 5 человек (38,5%), белок Бенс – Джонса - у 5

(38,5 %). В ОАМ обнаружена протеинурия у 13 больных (100%), из них у 2 (15,4%) - массивная протеинурия от 3,0 до 7,0 г/л. В миелограмме выявлены плазматические клетки: более 10% - 2, 10-20% - 3, более 20% - 8.

Нами был проведен перерасчет скорости клубочковой фильтрации по формуле MDRD всем пациентам, и снижение ее средней степени (менее 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>) было у 2 человек (15,4%), выраженное снижение (30-59 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>) у 2 человек (15,4%), терминальная почечная недостаточность (СКФ менее 15 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>) у 7 человек (53,8%). В 11 случаях (84,6%) необходимо было диагностировать хроническую болезнь почек 3 стадии, миеломную нефропатию в дебюте множественной миеломы.

Все пациенты получали курс ПХТ по программе М2. Ни один пациент не получал нефропротекторы и

гемодиализ. На фоне лечения основного заболевания улучшилась функция почек (снижение креатинина и мочевины, снижение протеинурии, купирование отеочного синдрома) у всех больных.

Выводы: у всех пациентов ММ в дебюте имела миеломная нефропатия, проявляющаяся протеинурией, анемией, гиперазотемией и снижением скорости клубочковой фильтрации. Поражение почек в сочетании с ускоренным СОЭ, гипергаммапатией, отсутствием нефротического синдрома при повышенном или нормальном общем белке крови характерно для ММ, для подтверждения диагноза которой необходимо проведение стеральной пункции. Ни одному пациенту не считалась СКФ по формуле MDRD, не выставлялась ХБП 3 стадии и ХПН, хотя на фоне специфического лечения было отмечено улучшение показателей крови и мочи.

## **СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В Г. СЕВЕРОДВИНСКЕ. РОЛЬ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БРИГАДАМИ МУЗ «ССМП СЕВЕРОДВИНСКА»**

Лапина Л.Н.

МУЗ «ССМП Северодвинска»

Научный руководитель: Лизунова С.В.

Проблема острого инфаркта миокарда (ОИМ) приобретает большое социальное значение в связи с возрастанием заболеваемости за последние годы, поражением населения в наиболее активном возрасте от 45 до 60 лет с ранней инвалидизацией, высокой летальностью.

Цель работы заключалась в проведении статистического анализа ОИМ и оценке качества оказываемой помощи при ОИМ на догоспитальном этапе населению г. Северодвинска. Для достижения поставленной цели было обработано 1499 карт с диагнозом ОИМ за период с 2006 по 2008 гг.

В среднем доля ОИМ в структуре заболеваний системы кровообращения, обслуженных бригадами скорой медицинской помощи г. Северодвинска, составляет 2,6%, от общего количества вызовов - 0,7%.

Отмечается снижение заболеваемости ОИМ у мужчин, что может быть связано с меньшей продолжительностью жизни мужчин и преобладанием женского населения над мужским, особенно в старшей возрастной группе. В среднем в г. Северодвинске на 100 женщин приходится 85 мужчин.

Происходит рост заболеваемости ОИМ среди мужчин моложе 40 лет, что говорит об «омоложении» инфаркта миокарда. Увеличение случаев ОИМ среди женщин возрастной категории старше 60 лет и преобладание заболеваемости в этой группе, вероятно, за счет большей продолжительности жизни у данной категории населения.

Увеличение повторных инфарктов миокарда (ИМ) среди мужчин в возрасте от 40 до 60 лет, может быть следствием большего влияния факторов риска на данную группу населения, особенно курения, стрессов, алкоголизма.

Самое частое осложнение при ОИМ – нарушения сердечного ритма (НСР), которые возникают вследствие изменений рефрактерности и проводимости ишемизированного миокарда, снижения порога фибрилляции желудочков. Самым опасным из НСР является фибрилляция желудочков, самым часто встречающимся – фибрилляция предсердий (ФП), следует отметить, что постоянная форма ФП является предиктором ОИМ в 18,3% случаев.

Осложнения наиболее часто встречаются у женщин старше 60 лет при повторный ИМ и мужчин в возрасте от 40 до 60 при первичном ИМ.

92,8% всех госпитализированных с ОИМ в г. Северодвинске это больные обратившиеся за неотложной мед. помощью на станцию скорой медицинской помощи (ССМП), и лишь 7,2% больных с ОИМ направлены в стационар врачами поликлиник. Это говорит о том, что врачи ССМП чаще встречаются с данной патологией и от их квалификации зависит своевременная диагностика и оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Для более точной диагностики начинается использование бригадами тропонинового экспресс-тест.

Вызовы по поводу ОИМ обслуживаются линейными бригадами и специализированными бригадами (кардиологической и БИТ). Нагрузка на врача кардиологической бригады составляет от 8 до 12% от общего числа ОИМ.

Неотложная помощь при инфаркте миокарда оказывается согласно областным медико-технологическим стандартам оказания скорой и неотложной медицинской помощи при данной патологии и по стандарту рекомендованному в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». («Руководством по скорой медицинской помощи» под редакцией А.Л. Верткина .).

В результате анализа карт вызовов установлено, что морфина гидрохлорид не использовался при оказании неотложной помощи в 1,9% ОИМ в связи с сопутствующей хирургической патологией, при которой применение наркотических анальгетиков противопоказано. Остальные пункты для оказания

медицинской помощи при ОИМ были выполнены в полном объеме

Заключение: проведенный ретроспективный анализ карт вызовов за период с января 2006г. по декабрь 2008г. позволяет предположить необходимость:

- улучшить профилактику ОИМ на амбулаторном этапе и этапе ССМП посредством информирования населения.
- постоянное усовершенствование врачей ССМП по своевременности диагностики и оказанию качественной неотложной помощи пациентам с ОИМ.
- проведение новых диагностических мероприятий (тропониновый экспресс –тест), анализ эффективности его использования на догоспитальном этапе.
- настороженности врача первичного звена в плане возможного развития ОИМ у мужчин моложе 40 лет, более интенсивное наблюдение данной группы населения.

## **ПИВО В ПОДРОСТКОВО-МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ**

**Леонтьева М.В., к.б.н., доц.**

**Поморский государственный университет им. М.В.Ломоносова, г. Архангельск**

В настоящее время резко увеличилось производство пива. Этому способствовал тот факт, что пиво перестали считать алкогольным изделием, предоставив большие преимущества пивоварам. Пивоваренная индустрия развивается значительными темпами. Ежегодный прирост объемов производства пива в среднем составляет 25%.

От химического состава компонентов пива зависят особенности влияния пива на организм человека. В состав пива входят витамины группы В, содержание которых в 1 дм<sup>3</sup> составляет от 40 до 60% суточной потребности взрослого человека. Содержание витамина С в пиве - 20-50 мг/л; ее добавляют в процессе производства для предотвращения процессов спонтанного окисления других компонентов. Из других витаминов в пиве присутствует никотиновая (5-20 мг/л) и фолиевая кислоты (около 110 мкг/л), в малых количествах витамин В<sub>6</sub>, пантотеновая кислота и биотин.

В пиве содержатся органические кислоты. Из минеральных веществ в 1 л пива содержится 80 мг/л магния, до 80 мг/л кальция, 140 мг/л фосфора, медь, цинк, железо, кобальт, мышьяк и др. Содержание калия в пиве достигает 160-450 мг/л. Избыточное поступление в организм калия и воды с большим количеством пива приводит к усиленному выделению мочи и деминерализации организма. Пиво содержит 150-300 мг/л полифенолов, что в 10 раз ниже, чем в виноградном вине, простые сахара - фруктозу, сахарозу, глюкозу, мальтозу, легко усваиваемые организмом. Из хмеля в пиво попадают фитострогены, представляющие собой аналоги женских половых гормонов. Одним из основных

компонентов пива является хмель. У сборщиц хмеля отмечается нарушение менструального цикла, что свидетельствует о потенциальной эндокринной активности этого растения.

К сожалению, многие рассматривают пиво как совершенно безвредный «напиток». Однако, как и любое алкогольное изделие, пиво вызывает психическую и физическую зависимость и приводит к развитию различных соматических заболеваний. Медико-социальной проблемой является изучение физиологических аспектов негативного влияния пива на организм человека.

Биогенные амины при употреблении большого количества пива повышают артериальное давление, вызывают головную боль, могут привести к поражению почек. Экстрактивные вещества хмеля, в том числе и горькие вещества, относятся к категории психоактивных соединений и оказывают снотворное, седативное, а при употреблении больших количеств пива и галлюциногенное действие. Кроме этого, данные вещества оказывают бактериостатическое (приостанавливают рост бактерий) и бактерицидное (разрушают бактерии) действие, стимулируют секрецию желудочного сока, что может вызвать неприятные ощущения в области желудка и рефлюкс-реакцию у людей с повышенной чувствительностью к действию стимуляторов. Пиво вызывает мочегонный эффект, расслабляя сфинктер мочевого пузыря.

На гладкую мускулатуру желчного пузыря пиво также оказывает расслабляющее действие, вызывая дискинезию желчевыводящих путей, приводящую к застою желчи в желчном пузыре и ухудшению



пищеварения. В результате застоя в желчном пузыре повышается концентрация желчи, соли, содержащиеся в ней, могут выпадать в осадок с образованием кристаллов или так называемого «песка», с течением времени образуя более крупные конкременты – камни. При полной закупорке желчевыводящих путей требуется хирургическое вмешательство. Угольная кислота, содержащаяся в пиве, повышает кислотность желудочного сока, вызывая раздражение и воспаление слизистой желудка. Развивается гастрит, который может привести к язвенной болезни желудка.

Фитоэстрогены являются аналогами женских половых гормонов. В пиве фитоэстрогенов немного, тем не менее, этого количества достаточно для изменения гормонального состояния человека. Бельгийские исследователи (Possemiers S., Heyerick A. Robbens V., 2005) полагают, что даже умеренное потребление пива может вызвать нежелательные гормональные изменения в организме человека. При употреблении большого количества пива в организме мужчины происходят выраженные изменения: появляются жировые отложения по женскому типу (в области живота и бедер), мышцы живота ослабевают, и появляется «пивной живот», увеличиваются молочные железы, голос становится более тонким, изменяется и характер – мужчина становится безвольным, раздражительным. Выполнение своих «мужских обязанностей» становится все более сложно – развивается импотенция, влечение к женщине заменяется влечением к пиву.

Нарушение гормонального фона не проходит бесследно и для женского организма. Дополнительное количество женского полового гормона приводит к увеличению матки, нарушению менструального цикла, бесплодию и другим патологическим изменениям, к которым приводит употребление алкоголя. Пропорционально количеству выпитого пива растет вероятность заболевания раком молочной железы.

Резкие колебания гормонального фона (особенно в сочетании с курением) могут спровоцировать появление онкологических заболеваний. Употребление больших количеств пива нарушает водно-солевой обмен, вымывает соли из организма, вызывает сердечную декомпенсацию. Кобальт и мышьяк, содержащиеся в пиве, являются одним из факторов возникновения кардиомиопатий у людей, употребляющих пиво. При употреблении большого количества пива в течение небольшого промежутка времени происходит переполнение кровеносных сосудов и увеличение объема крови, что заставляет сердце усиленно работать, сердечная мышца ослабевает, стенки сердца истончаются и сердце увеличивается в объеме. Развивается баварское «пивное сердце» (по определению немецкого профессора Болингера).

Главным компонентом, обеспечивающим калорийность пива (400-450 ккал/л), наряду с углеводами, является этиловый спирт. Даже умеренное потребление пива повышает аппетит и приводит к избыточному потреблению пищи. Одновременно

с этим высокая калорийность пива способствует развитию ожирения. Потребление пива повышает риск развития воспалительных и злокачественных образований.

Пиво является алкогольным изделием. Бутылка пива по крепости равноценна 50-100 г водки. Потребители пива, как правило, редко обходятся одной бутылкой пива, поэтому последствия употребления пива такие же, как при употреблении других алкогольных изделий, приводящих к физической, умственной и нравственной деградации личности.

В настоящее время наблюдается «пивной бум». Чрезмерное употребление пива способствует развитию пивного алкоголизма, развивающегося в 3-4 раза быстрее, чем при злоупотреблении крепких алкогольных изделий.

Особо следует обратить внимание на употребление пива подростками и молодежью, т.к. среди этой возрастной категории высокими темпами растет пивной алкоголизм. Появилось «пивное поколение». Таким образом, употребление пива – проблема не только медицинская, но и педагогическая.

Мониторинг употребления алкоголя, в том числе пива, в образовательной среде. Основной задачей мониторинга наркоситуации в образовательной среде является своевременное выявление и устранение негативных явлений и факторов, способствующих дальнейшему росту наркопотребления среди учащихся и студентов в возрасте 12–24 лет, мальчиков и девочек; сохранение и укрепление здоровья подростков и молодежи, социальное укрепление общества в целом, что будет способствовать сохранению будущего нашего государства.

По результатам многочисленных исследований, проведенных в нашей стране, в 70-80-х годах начало систематического употребления алкогольных изделий девушками приходилось на 15-16 лет (Малиновская В.К., 1981). Количество употребляющих алкоголь в конце 60-х – начале 70-х годов среди девушек в возрасте 15-17 лет составляла 65-70%, в 80-е годы – 80-85%, а доля злоупотребляющих алкоголем несовершеннолетних девушек составляла 17% (Гарбуз Б.И., 1981). По данным исследования, проведенного в 1993 г. в Тамбовском государственном университете путем анонимного анкетирования среди выпускников общеобразовательных школ по предпочтению вида алкогольного изделия среди студенток на первом месте стояло шампанское (54,8%), на втором месте – вино (19,1%), и на третьем месте – пиво (12,3%). Среди студентов первое место занимала водка (6,9%), второе место – пиво (23,3%) и на третье место – вино (15,4%). Наибольшее количество девушек начали употреблять алкоголь в возрасте 13-15 лет, юноши – в 14-15 лет.

В 2005 г. было проведено социологическое исследование употребления подростками и молодежью г. Архангельска психоактивных веществ (табака, алкоголя, летучих растворителей и наркотиков). Состав обследованных: учащиеся 8–11 классов общеобразовательных школ, 1–3 курсов средних

специальных учебных заведений, студенты 1–5 курсов вузов в возрасте 12-24 лет путем анонимного анкетирования. Всего было опрошено 2319 человек. В 2006 г. мониторинг проведен по репрезентативной пропорциональной выборке в 25 муниципальных образованиях (19 районов и 6 городов) на территории Архангельской области. Всего в анкетировании принимали участие 12912 человек.

В данной возрастной группе становится все более массовым употребление алкогольных изделий. На основании результатов проведенного исследования можно сделать вывод, что распространенность употребления алкоголя выше среди девочек, чем среди мальчиков, во всех образовательных учебных заведениях. Отмечается рост употребления алкоголя школьниками в 2006 г. по сравнению с 2005 г. – с 48% до 53% среди мальчиков и с 59% до 63% среди девочек. В ССузах и ВУЗах количество студентов, употребляющих алкоголь, снизилось с 84% до 76-77% среди мальчиков и с 87-88% до 80-82% среди девочек. В 2005 г. пиво употребляли 90,5% школьников и 78,5% школьников среди всех употребляющих алкоголь, в ССУЗах - 96% юношей и 86,1% девушек, в ВУЗах - 92,8% юношей и 66,4% девушек.

Таким образом, употребление пива становится массовым явлением. Пиво доступно в любое время и приводит к тому, что его широко употребляют молодые люди, подростки и даже школьники, чья нервная система чрезвычайно чувствительна к действию любых ядов, и пивной алкоголизм формируется не за несколько лет злоупотребления, как у взрослых, а за несколько месяцев.

Список литературы:

1. Коробкина З.В, Попова В.А. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр Академия, 2002. – 192 с.
2. Леонтьева М.В. Поговорим о пиве. - Архангельск, 2008. – 14 стр.
3. Османов Э.М. О некоторых социально-психологических аспектах употребления алкоголя среди студенческой молодежи // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. - № 3. – С. 47–48.
4. Possemiers S., Heyerick A. Robbens V. Activation of proestrogens from hops (*Humulus lupulus* L.) by intestinal microbiota; conversion of isoxanthohumol into 8-prenylnaringenin // J. Agric. Food Chem. – 2005. - Vol. 53, № 16. – P. 6281-6288.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БИЛИАРНЫМ СЛАДЖЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТОВ УРСОСАН И ГЕПАБЕНЕ.**

**Леонтьева Н.И.**

**Кафедра поликлинической терапии СГМУ.**

**МУЗ городская поликлиника №2, г. Архангельск.,**

**Научный руководитель: доц. Маркова О.В.**

Цель исследования - оценка клинической эффективности комбинированной терапии препаратами урсосан и гепабене в профилактике камнеобразования в желчном пузыре при билиарном сладже на фоне 3-х месячного курса лечения.

Под наблюдением находилось 66 женщин с диагнозом билиарный сладж, в возрасте от 35 до 60 лет.

В группу наблюдения вошли 34 человека, средний возраст которых составил 49 лет, в группу контроля - 32 человека, средний возраст - 46 лет. В обеих группах преобладали женщины с избыточной массой тела (82,3% и 81%) и с вариантом билиарного сладжа в виде неоднородной желчи со сгустками (64,7% и 59,4%).

Пациенты основной группы получали препараты урсосан и гепабене, по показаниям - ферментные препараты. В группе контроля лечение проводилось желчегонными, спазмолитиками, прокинетиками и ферментативными препаратами.

Урсосан назначали однократно через 1 час после ужина в дозе 10 мг на кг массы тела, в течение 3-х месяцев. Препарат гепабене назначали по 1 капсуле

3 раза в день, во время еды в течение 1 месяца, затем повторяли через 1 месяц.

Программа обследования больных включала биохимическое исследование липидного спектра крови, дуоденальное зондирование, УЗИ желчного пузыря. Исследование проводили до лечения и через 3 месяца после лечения

Основными критериями оценки эффективности терапии являлись динамика клинических симптомов, показатели липидного спектра крови, данные анализа желчи (кристаллограмма), УЗИ желчного пузыря (макроскопическая картина).

Клиническая эффективность лечения осуществлялась через 7 и 14 дней наблюдения. В результате 2-недельного курса комбинированной терапии урсосаном и гепабене болевой и диспептический синдромы у большей части больных были купированы. Горечь во рту отмечалась лишь в 8,8% случаев, тошнота и запоры сохранялись у 2,9% больных, метеоризм и урчание у 6% пациентов.

При проведении традиционного лечения результаты терапии были несколько хуже; боли сохранялись

у 6 % пациентов, тяжесть в правом подреберье – у 25% больных, диспептический синдром отмечался у в 30 % случаев. наблюдалась элиминация билиарного сладж. Больные жаловались на горечь во рту, тошноту, запоры, метеоризм, урчание в животе.

Положительное влияние на липидные показатели крови заключалось после 3-х месячного курса лечения урсосаном и гепабене в уменьшении дислипидемии. Отмечен подъем ЛПВП на 22,5%, снижение уровня ЛПНП на 15% и общего холестерина на 14,1%. У пациентов 2-ой группы показатели липидного спектра крови существенно не изменились.

Проведенная у пациентов обеих групп микроскопия пузырной желчи, полученная при дуоденальном зондировании до лечения, свидетельствовала о нарушении литогенности желчи. В таблице № 1 отражена динамика спектра кристаллообразования желчи.

В результате курсового лечения более выраженный эффект наблюдался у пациентов, получавших урсосан и гепабене. Исчезли песок и микролиты, уменьшилось количество кристаллов холестерина, билирубината кальция и желчных кислот. Мониторинг УЗИ до и после лечения позволил оценить изменения макроскопической картины желчного пузыря. После 3-х месячного курса лечения урсосаном и гепабене наблюдалась элиминация билиарного

сладжа у больных 1 группы в 44,1% случаев. у 41,2% больных имела место положительная динамика, лишь у пяти пациентов при контрольном исследовании сохранялась эхогенная желчь с множественными участками повышенной эхогенности. В то время как у пациентов 2 группы сохранялись первоначальные изменения в желчном пузыре (53,1%) и у 25% отрицательная динамика - образование конкрементов. Таким образом, комбинированная терапия препаратами урсосан и гепабене показала эффективность в коррекции билиарного сладжа у обследуемых больных. Данная методика может быть использована для проведения мероприятий по первичной профилактике камнеобразования в желчном пузыре.

Таблица №1  
Динамика кристаллограммы пузырной желчи.

Показатели	1 группа n = 34				2 группа n = 32			
	До лечения		Через 3 месяца		До лечения		Через 3 месяца	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Кристаллы холестерина	31	91,2	17	50	29	90,6	20	62,5
Кристаллы билирубината	113	38,2	3	8,8	12	37,5	8	25
Кристаллы желчных	11	32,4	3	8,8	11	34,4	6	18,8
Песок	34	100	-	-	32	100	19	59,4
Микролиты	32	94,1	-	-	30	93,8	26	81,3

## ИСКУССТВЕННОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА КЛАПАНАХ СЕРДЦА – НОРМОТЕРМИЯ ИЛИ УМЕРЕННАЯ ГИПОТЕРМИЯ

Лёнькин А.И., Паромов К.В., Смёткин А.А., Кузьков В.В., Киров М.Ю.

Северный государственный медицинский университет,

МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич», г. Архангельск.

Архангельск, Россия

Цель исследования: Сравнить два режима перфузии при хирургической коррекции комбинированной клапанной патологии на основании комплексного мониторинга гемодинамики и транспорта кислорода

Материалы и методы: В исследование включено 18 взрослых пациентов с приобретенными пороками сердца, требующих комплексной хирургической коррекции двух и более клапанов. Все пациенты были рандомизированы на две равные группы. В первой группе пациентов искусственное кровообращение (ИК) проводилось в условиях нормотермии (36,6°C), во второй – умеренной гипотермии (32°C). Использовали аппарат Jostra HL 20 (Maquet, Швеция) в непульсирующем режиме с индексом перфузии 3 л/мин/м<sup>2</sup>. Остановку сердечной деятельности и защиту миокарда осуществляли холодным (4–6°C) кардиopleгическим раствором Бретшнайдера (Кустодиол, Др. Франц Кёлер Хеми ГмбХ, Германия).

Кардиopleгический раствор доставлялся антеградно, однократно, в объеме 3 л.

В обеих группах осуществлялся общепринятый мониторинг гемодинамики (ЭКГ, ЧСС, пульсоксиметрия, инвазивное АД). Для оценки адекватности коррекции порока у всех больных в ходе операции проводилась чреспищеводная эхокардиография. Гемодинамический мониторинг и алгоритм лечебных мероприятий основывались на показателях, полученных при катетеризации легочной артерии (монитор LifeScope, Nihon Kohden, Япония) или на проведении транспульмональной термодилуции, анализа пульсовой волны и непрерывного мониторинга центральной венозной сатурации (монитор PiCCO2, Pulsion Medical Systems, Германия). Оценка гемодинамических параметров осуществлялась на этапе индукции в анестезию, в конце операции и в течение 24 ч послеоперационного периода. У всех пациентов учитывали расход препаратов для

анестезии, гемодинамически активных препаратов и инфузионных сред, продолжительность пребывания в отделении реанимации и в стационаре.

Статистический анализ проведен при помощи пакета программы SPSS 17.0. с использованием t-теста Стьюдента, U-теста Манна-Уитни и теста хи-квадрат.

Результаты: Группы не различались по основным демографическим данным, преморбидному фону, тяжести исходной сердечной патологии, риску вмешательства (шкала Euroscore), длительности ИК, ишемии миокарда и операции. После ИК в группе умеренной гипотермии отмечалось преходящее снижение индекса системного сосудистого сопротивления, который достиг исходных значений лишь к 6 ч послеоперационного периода; это не сопровождалось статистически значимыми изменениями остальных показателей гемодинамики, доставки и потребления кислорода, а также лабораторных дан-

ных. Время ИВЛ, частота использования и продолжительность инотропной поддержки, инфузионная терапия, а также длительность пребывания в ОРИТ и в стационаре также достоверно не различались. За период исследования (28 дней после операции) летальных исходов в исследуемых группах не отмечалось.

Заключение: При хирургической коррекции комбинированной клапанной патологии на фоне согревания больного после ИК в режиме умеренной гипотермии наблюдается преходящая системная вазодилатация. Анализ показателей мониторинга гемодинамики и транспорта кислорода продемонстрировал схожую эффективность ИК в условиях нормотермии и умеренной гипотермии. Использование протокола целенаправленной терапии позволило проводить своевременную коррекцию гомеостаза, что обеспечило благоприятный клинический исход данных вмешательств.

## **ФАКТОРЫ РИСКА ГАСТРОПАТИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ПРИЕМОМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Лишенко О.А., Рогозина А.С.**

**Кафедра внутренних болезней ФПК и ППС СГМУ**

**МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е.Волосевич», г. Архангельск.**

**Научный руководитель: к.м.н. Поляруш Н.А.**

Цель работы: оценить наличие и особенности факторов риска развития гастропатии, индуцированной приемом аспирина (НПВС – гастропатии), у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и изучить методы профилактики НПВС - гастропатии у лиц, относящихся к группам среднего и высокого риска развития данной патологии. Проведено анкетирование 60 пациентов кардиологического профиля (24 мужчины (40%) и 36 (60%) женщин), находившихся на лечении в первом и четвертом терапевтических отделениях МУЗ «ПГКБ СМП им. Е.Е.Волосевич» в период с декабря 2008 по май 2009 года. Анкеты были составлены самостоятельно согласно цели исследования. Выполнялась фиброгастродуоденоскопия. Использован метод описательной статистики с применением программы «SPSS 10.0.2». Полученные результаты представлены в %, абсолютных числах, ряд данных - в виде средних арифметических значений и ошибки среднего ( $M \pm m$ ).

Результаты: средний возраст опрошенных составил  $63,16 \pm 9,61$  года и достоверно не отличался в группах женщин ( $64,82 \pm 10,12$ ) и мужчин ( $61,07 \pm 8,68$ ). Средний стаж ИБС составил в группе мужчин  $6,66 \pm 8,62$ , в группе женщин -  $10,43 \pm 10,77$  лет. В структуре ИБС доминировала стабильная стено-

кардия (71,7%). Несмотря на то, что показания к приему ацетилсалициловой кислоты (АСК) были у всех пациентов, вошедших в исследование, она была назначена лишь 44 (73%) больным. Из них 20 пациентов (44,7%) получали аспирин, 17 (39,5%) – кардиомагнил, 7 (15,8%) – тромбо-АСС. Факторы риска развития НПВС-гастропатии выявлены у 40 из 44 (90,9%) больных ИБС, принимающих АСК, и представлены в таблице. Согласно, существующим рекомендациям, большинство больных – 34 (77%) имели высокий, а 6 (13%) - средний риск развития НПВС-гастропатии. ФГДС выполнена лишь 3 пациентам из группы среднего, и 12 – из группы высокого риска. В 8 случаях (18%) выявлен атрофический гастрит, у двоих диагностирован эрозивный гастрит и у одного пациента – полипоз желудка. Тестирование на геликобактерную инфекцию проведено только двоим больным, тест оказался положительным. В настоящее время наиболее эффективными средствами лечения и профилактики НПВС-гастропатии являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). В нашем исследовании ИПП были рекомендованы лишь 18 (30%) пациентам, а принимали их только 11 (25%) больных. Среди других препаратов назначались ранитидин, антациды, средства альтернативной медицины и

диетические рекомендации. При этом 28 из 44 больных (46,7%) предъявляли жалобы со стороны органов пищеварения, ведущими из которых были изжога - 18 (41%) и эпигастральная боль - 5 (11,4%). Мы оценили информированность пациентов о вредном воздействии АСК на слизистую оболочку пищеварительного тракта. Оказалось, что об этом знает 21 (35%) опрошенных, и только трое (5%) знают как правильно защитить себя от развития НПВС-гастропатии.

Выводы: Факторы риска развития НПВС-гастропатии выявлены большинством больных ИБС, принимающих АСК (90, 9%). Среди них доминировали: возраст старше 60 лет (72,2%), комбинированное назначение АСК с антикоагулянтами (25%), сочетание АСК с другими НПВС (54,5%), курение (32%). Среди пациентов принимающих аспирин или

его аналоги ФГДС выполнена лишь у 34% больных и в 29,5% выявлена патология. Адекватная профилактика НПВС – индуцированной гастропатии проводилась у 25% больных.

Таблица  
Факторы риска развития НПВС-гастропатии у больных ИБС, принимающих АСК

Факторы риска	n	%
Язвенный анамнез	7	16
Возраст старше 60 лет	32	72,2
Прием глюкокортикостероидов	6	13,6
Прием варфарина	11	25
Прием других НПВС	24	54,5
Инфекция <i>Helicobacter pylori</i>	2	4,5
Курение	14	32
Алкоголь	4	9

## АНАЛИЗ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМ КОНЕЧНОСТЕЙ У НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2004Г. ПО 2008Г.

Лозовицкий Д.В., Ушничкова Г.И. \*\*, Вязьмин А.М. \*

\*- Северный государственный медицинский университет, г.Архангельск

\*\* -Главное Бюро медико-социальной экспертизы по Архангельской области, г.Архангельск

В последние 10 лет в нашей стране отмечается рост общего контингента инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты населения. Так, если общая численность инвалидов в 2000-2001 гг. достигла 10,4-10,5 млн. человек в год, то и в последующие годы тенденции к снижению не отмечено. В общем контингенте около 40% (или около 4 млн.) инвалидов - лица трудоспособного возраста и 60% (или 6 млн.) – лица пенсионного возраста. Кроме того, с 2005 г. наблюдается тенденция к увеличению удельного веса инвалидов пенсионного возраста [1].

Первичная инвалидность является одним из основных показателей здоровья населения, особенно у лиц молодого возраста.

Уровень первичной инвалидности среди лиц молодого возраста в РФ и ее субъектах за период с 2003г. по 2006г. представлен в табл.1. [2].

Таблица 1.

Уровень первичной инвалидности среди лиц молодого возраста в разных субъектах РФ (на 10 тыс. соответствующего населения)

	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.
Российская Федерация	42,4	40,0	39,9	32,0
СЗФО	41,1	38,7	37,6	27,6
Архангельская область	49,2	48,7	47,5	27,8

Из представленной таблицы следует, что если уровень первичной инвалидности среди лиц молодого возраста в СЗФО за период с 2003г. по 2005г. мало отличался от показателя по РФ (исключение

составляет 2006г.), то в Архангельской области данный показатель значительно превышал общероссийский.

Травмы нижних конечностей являются частой причиной, приводящей к инвалидности. Эти повреждения влекут за собой ограничение таких основных категорий жизнедеятельности, как самостоятельное передвижение, трудовая деятельность, нередко страдает и способность к самообслуживанию.

Инвалидность от травм в Архангельской области стабильно занимает 4-5-е место в общей структуре инвалидности. Травмы ОДА как причина первичной инвалидности составляли 54% от всех травм в 2004 г., 61% в 2008 г. В области наблюдается четкая тенденция к росту инвалидности от травм, в частности от травм ОДА.

Кроме того, рост числа больных с сосудистой патологией, сахарным диабетом, увеличение количества травм в связи с имеющимися место военными конфликтами, транспортными катастрофами приводят к увеличению количества ампутаций конечностей (Пирожкова Т.А. и соавт., Соколович А.Г., 2006).

Следует отметить, что общее количество больных впервые признанных инвалидами вследствие травм ОДА уменьшилось в Архангельской области с 447 в 2004г. до 286 в 2008г. (т.е. в 1,5 раза).

Общее число инвалидов с культиями нижних конечностей уменьшилось в Архангельской области с 114 человек в 2004г. до 88 - в 2008г. Среднее

количество больных впервые признаны инвалидами вследствие травм с культей одной конечности за период с 2004г. по 2008г. составило по области 101,6±9,6 человек, из них 28,4±7,1 (или 27,7%) составили инвалиды с культями обеих конечностей.

Распределение количества инвалидов с культями одной и двух конечностей за исследуемый период времени представлено на рис.1.

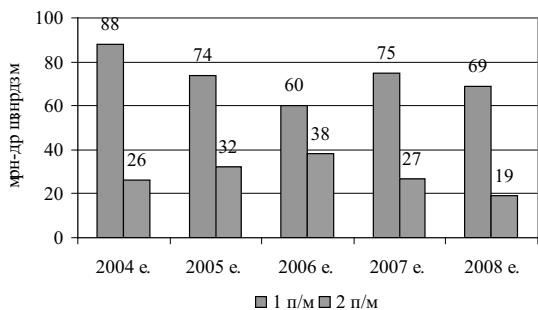


Рис.1. Динамика количества инвалидов с культями конечностей за период с 2004г. по 2008г. по Архангельской области (абс.ч.)

Из представленного рисунка следует, что за весь период наблюдения количество инвалидов с культей одной нижней конечности уменьшилось с 88 в 2004г. до 69 человек в 2008г. (обеих конечностей с 26 до 19 соответственно).

Темп прироста или убыли количества инвалидов с культями конечностей представлен в табл. 1.

Из представленной таблицы следует, что за период с 2004 г. по 2008 г. общее количество инвалидов с культями нижних конечностей уменьшилось на 26 человек (т.е. в 0,7 раза или на 22,8%); количество инвалидов с 1 культей уменьшилось за исследуемый период времени на 22%, с 2 культями - на 27%.

Таблица 1.

Темп прироста или убыли количества инвалидов с культями конечностей за период с 2004г. по 2008 г.

Год	Всего инвалидов	Δ(абс. прирост)	Коэффициент прироста или убыли	Темп прироста/убыли, в %
2004 г.	114	-	-	-
2005 г.	106	-8	0,93	-7,0
2006 г.	98	-8	0,92	-7,5
2007 г.	102	+4	1,04	+4,1
2008 г.	88	-14	0,86	-13,7
среднее	101,6±9,6	-6,5	0,94	-6,1

Распределение инвалидов по половому признаку показало, что доля мужчин инвалидов за период с 2004г. по 2008г. оказалась достоверно большей (79,0 ± 1,8%), чем женщин – (21,0±1,6 %) - P < 0,001.

Следует отметить, что доля мужчин-инвалидов увеличилась за исследуемый период времени незначительно с 75,4±4,0% в 2004г. до 77,3±4,5% в 2008г., а женщин – уменьшилась соответственно с 24,6±4,0% до 22,7± 4,5%.

Средний возраст инвалидов составил 53,3±16,3 лет, для мужчин – 50,2±14,5 лет, для женщин –

достоверно больший (64,6±18,0 соответственно) - P≤0,05. Необходимо отметить, что средний возраст мужчин-инвалидов увеличился за исследуемый период времени с 48,8±15,3 лет в 2004г. до 50,2±14,5 лет в 2008г., а женщин с 61,3±20,0 до 64,6±18,0 соответственно.

На рис.2. представлена возрастная структура инвалидов с культями конечностей за исследуемый период времени.

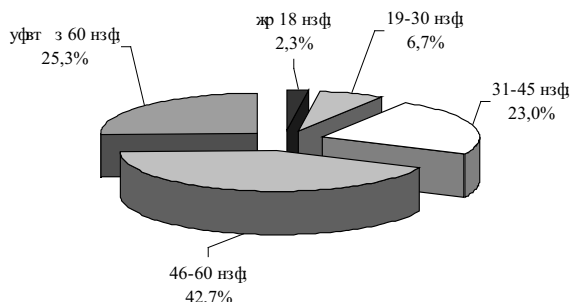


Рис. 2. Возрастная структура инвалидов с культями конечностей за период с 2004г. по 2008г.

В возрастной группе от 46 до 60 лет оказалось достоверно больше инвалидов (42,7±5,0%), чем в других возрастных группах (P≤0,05).

Вызывает определенную настороженность тот факт, что доля инвалидов молодого возраста оказалась за исследуемый период времени равной 42,5±2,2%, удельный вес лиц среднего возраста оказался достоверно меньшим 23,4±1,9%, доля лиц- инвалидов пенсионного возраста оказалась равной – 34,1±2,1% соответственно (P≤0,05).

За исследуемый период времени наибольший удельный вес в социальной структуре инвалидов был достоверно представлен рабочими (58,3±2,8%), на втором месте оказались пенсионеры (25,7± 2,5%), затем – безработные (9,4±1,7%) - P≤0,01.

Распределение инвалидов по проживанию в городах или районах Архангельской области за период с 2004г. по 2008г. показало, что наибольшая доля инвалидов с культями конечностей проживала в г.Архангельске (26,0%), Плесеком районе (11,3%) и г.Северодвинске (8,3%), меньше всего инвалидов оказалось из Лешуконского района области (0,3%).

Характер повреждений нижних конечностей, приводящих к инвалидности, среди разных социальных категорий инвалидов различен. Так, подавляющее большинство причин, приводящих к инвалидности среди служащих (77,8±13,8%) и пенсионеров (77,0±4,9%) составляют заболевания сосудов конечностей, отморожения (59,3±9,5%) чаще встречаются среди безработных, производственные и бытовые травмы – среди рабочих (17,3±2,9%), переломы различных сегментов встречаются значительно реже (табл.2.).

Как следует из представленной таблицы, достоверно больший удельный вес инвалидов, подвергшихся ампутации вследствие отморожения конечностей, был представлен жителями Няндома

Таблица 2.

Структура причин, приводящих к инвалидности у различных социальных категорий инвалидов с культями нижних конечностей (в %)

Социальная категория	отморожение	травма	пр.травма	заболевание	прочие
рабочий	34,5±3,7*	17,3±2,9*	4,2±1,5	42,8±3,8*	1,2±0,1
служащий	-	11,1±0,3	11,1±0,3	77,8±13,8*	-
безработный	59,3±9,5*	14,8±6,8	7,4±5,0	18,5±7,5	-
пенсионер	16,2±4,3	6,8±2,9	-	77,0±4,9*	-

\* ( $P \leq 0,05$ )

района Архангельской области (76,9%), а также Красноборского и Мезенского районов (по 66,7% соответственно).

Наименьшая доля инвалидов с ампутациями конечностей вследствие отморожений была из г.Новодвинска и Коношского района (11,8%).

Причиной инвалидности является в основном бытовой травматизм (падения, дорожно-транспортные происшествия).

На рис.3. представлена структура пациентов по уровню ампутации нижних конечностей.

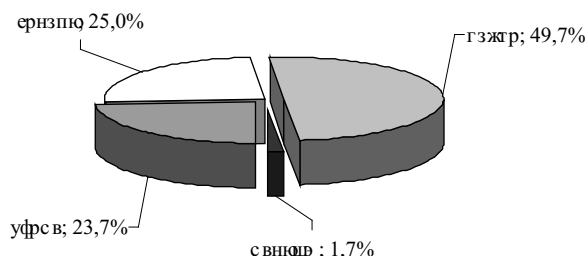


Рис.3. Распределение пациентов по уровню ампутации за период с 2004г. по 2008г. (в %)

Как следует из представленного рисунка, наивысший средний удельный вес ампутаций среди всех инвалидов за исследуемый период времени был представлен иссечением бедра на разных уровнях (48,4±2,2%), на втором месте были ампутации голени (25,2± 1,9%), затем - стопы (24,6 ± 1,9%), ампутация пальцев стопы была представлена наименьшей долей (1,8±0,6%) ( $P \leq 0,001$ ).

Необходимо отметить, что удельный вес ампутированных бедер за исследуемый период времени вырос с 44,7±4,6% в 2004г. до 63,6±5,1% в 2008г. (т.е. на 18,9% или в 1,4 раза); доля ампутаций стоп и голени снизилась с 24,6±4,0% до 18,2±4,1% (на 6,4% или в 1,4 раза), и с 30,7±4,3% до 18,2±4,1% (на 12,5% или в 1,7 раза) соответственно ( $P \leq 0,001$ ).

Что касается удельного веса ампутированных на стопе пальцев, этот показатель был равен 3,8±0,1% в 2004г., 5,1±2,2% в 2006, в то время как в 2007г. и в 2008г. не было отмечено ни одного случая подобных ампутаций.

Необходимо отметить, что доля ампутаций бедра среди лиц женского пола возросла с 50,0±9,4% в 2004г. до 80,0±8,9% в 2008г. (на 30,0% или в 1,6 раза) ( $P \leq 0,05$ ). Средний удельный вес ампутаций бедра среди женщин за исследуемый период времени составил 61,9±%, что достоверно превышало значения

удельного веса ампутаций других локализаций. Кроме того, значительно снизился процент ампутированных голени (с 32,1±8,8% до 5,0±0,2% соответственно), т.е. в 6,4 раза, или на 27% ( $P \leq 0,05$ ).

Анализ распределения уровней ампутаций нижних конечностей среди мужчин выявил следующие закономерности:

- доля ампутаций стоп за исследуемый период времени снизилась с 26,7±4,8% до 19,1±4,8% (составила в среднем 25,3±%);

- удельный вес ампутаций голени также снизился (с 30,2±4,9% до 22,1±5,0%) т.е. на 8,1% или в 1,4 раза, процент ампутаций бедра вырос за исследуемый период времени с 43,0±5,3% до 58,8±6,0% т.е. на 15,8% , или в 1,4 раза ( $P \leq 0,05$ ).

Таблица 3.

Распределение различных социальных категорий инвалидов по локализации ампутации (в %)

Социальная категория	стопа	голень	бедро	пальцы
рабочий	23,8±3,3*	25,6±3,4*	47,6±3,9*	3,0±1,3
служащий	44,4±16,6	11,1±0,3	44,4±16,6	-
безработный	44,4±9,6*	33,3±9,1	22,2±8,0	-
пенсионер	10,8±3,6	12,2±3,8	77,0±4,9*	-

\* $P \leq 0,05$

В результате проведенного анализа распределения различных социальных категорий инвалидов по уровню ампутации среди рабочих достоверно чаще встречались ампутации бедра 47,6±3,9%, в то время как ампутации стопы и голени были практически на одном уровне (23,8±3,3% и 25,6±3,4% соответственно). Среди служащих достоверно чаще выявлялись ампутации стопы и бедра (по 44,4±16,6%), тогда как ампутации голени встречались в 4 раза реже (11,1±0,3%).

В группе безработных инвалидов ампутации стопы встречались в 44,4±9,6% случаев, т.е. достоверно чаще, чем ампутации голени (33,3±9,1%) и бедра (22,2±8,0%). Среди инвалидов-пенсионеров доля лиц с ампутированным бедром была представлена в 77,0±4,9%, что было значительно больше, чем доля лиц с ампутированной голенью (12,2±3,8%) или стопой (10,8±3,6%) -  $P \leq 0,05$

Что касается удельного веса ампутированных пальцев стоп, то такая нозология достоверно чаще была представлена в группе рабочих (3,0±1,3%), среди других социальных категорий инвалидов ампутации с такой локализацией выявить не удалось.

Таким образом, удельный вес лиц с ампутированным бедром достоверно чаще встречался среди инвалидов пенсионеров, доля лиц с ампутированной голенью в большинстве своем была представлена безработными инвалидами, процент инвалидов с ампутированной стопой оказался одинаковым среди безработных и служащих.

Интересно отметить, что удельный вес инвалидов с ампутированной стопой (29,4±4,1%) и голенью (39,7±4,4%) достоверно чаще был представлен лицами молодого возраста ( $P \leq 0,05$ ). Среди инвалидов среднего возраста достоверно чаще встречались лица с ампутацией бедра (47,5±6,4%). Доля лиц пенсионного возраста достоверно чаще была представлена инвалидами с ампутированным бедром (74,3±4,1%)

На рис. 4. представлена структура причин, приведших к ампутации.

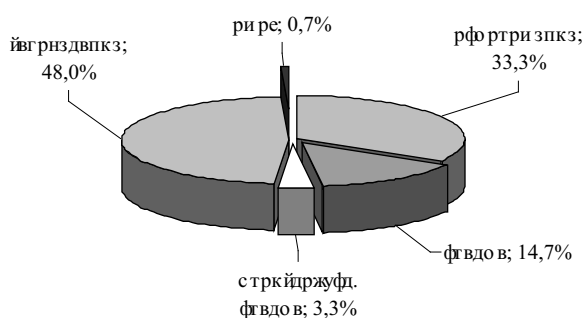


Рис.4. Структура диагнозов, предшествующих ампутации

Как следует из представленного рисунка, в подавляющем большинстве причиной ампутации среди инвалидов являлись заболевания (48,0±2,2%), на втором месте были отморожения (33,3±2,1%), на третьем месте среди причин ампутации были бытовые травмы (14,7±1,5%), в 3,3±0,7% случаев – бытовые травмы, а в 0,7±0,1% случаев – ожоги.

Следует отметить, что удельный вес отморожений, явившихся причиной ампутации, снизился за исследуемый период времени с 31,6±4,3% в 2004г. до 19,3±4,0% в 2008г.; одновременно возросла доля заболеваний, ставших причиной ампутации (с 36,8±4,5% до 67,0±4,7%) соответственно; в 1,5 раза снизился удельный вес ожогов (с 1,1±0,1% в 2004г. до 0,67±% в 2008г.)

Доля травм, после которых пациентам было выполнено усечение конечностей, также значи-

тельно снизилась (с 29,8±4,3% до 6,9±2,6%), т.е. в 4,3 раза. Однако вызывает определенную настороженность тот факт, что практически в 2 раза в области возрос процент ампутаций в результате производственной травмы (с 1,8±0,1% в 2004г. до 5,7±2,3% в 2008г.).

Удельный вес отморожений, явившихся причиной ампутации среди инвалидов-женщин, снизился за исследуемый период времени практически в 2 раза (с 28,6±4,2% в 2004г. до 15,0±3,8% в 2008г.)- ( $P \leq 0,05$ ).

Следует отметить отсутствие бытовых и производственных травм, которые могли бы повлечь за собой ампутацию конечностей (начиная с 2006г. таких травм и ожогов зарегистрировано не было). Кроме того, обращает на себя внимание некоторое увеличение доли заболеваний, явившихся причиной ампутации у женского контингента инвалидов (с 50,0±4,7% в 2004г. до 61,9±6,1% в 2008г.).

Что касается среднего удельного веса причин ампутаций среди женского контингента инвалидов, нам удалось выявить достоверно больший удельный вес заболеваний (61,9±6,1%), а также отморожений (28,6±5,7%).

Удельный вес отморожений, явившихся причиной ампутации среди инвалидов-мужчин, снизился за исследуемый период времени незначительно (с 32,6±4,4% в 2004г. до 20,6±4,3% в 2008г.); в то же время в 4,5 раза снизился удельный вес бытовых травм (с 33,7±4,4% в 2004г. до 7,3±2,8% в 2008г.). Однако доля производственных травм возросла с 1,2±0,0% до 7,4±2,8% соответственно; вырос также процент ожогов, явившихся причиной ампутации конечностей среди мужчин (с 0% в 2004г. до 2,9±1,0% в 2008г.). Значительно снизился удельный вес заболеваний, явившихся причиной ампутаций конечностей среди мужского контингента (с 32,5±4,4% в 2004г. до 63,2±5,1% в 2008г.), т.е. практически в 2 раза.

Следует отметить, что средний удельный вес заболеваний (44,3±2,9%) и отморожений (34,6±2,%) достоверно превалировал в структуре других причин, предшествовавших ампутации среди мужского контингента ( $P \leq 0,05$ ).

Инвалидность вследствие травм нижних конечностей имеет большую социальную значимость, так как наиболее часто от этих повреждений становятся инвалидами лица трудоспособного возраста (табл. 4.).

Таблица 4

Структура причин ампутаций среди инвалидов разных возрастных групп за период с 2004 г. по 2008 г. (в %)

Возраст	Причина ампутации				
	отморожение	травма	пр. травма	заболевание	ожог
молодой	58,0±4,9*	68,2±7,0*	90,0±9,5	18,8±3,3*	100±0*
средний	23,0±4,2*	18,2±5,8	10,0±0,3	20,1±3,3*	-
пенсионный	19,0±3,9*	13,6±5,2	-	61,1±4,1*	-
Итого	100	100	100	100	100

\*  $P \leq 0,05$



Из представленной таблицы следует, что достоверно чаще в качестве причины ампутаций среди лиц молодого возраста регистрировались отморожения (в среднем в  $58,0 \pm 4,9\%$  случаев), и достоверно реже среди лиц среднего и пенсионного возраста. Травмы, как причины ампутаций достоверно чаще встречались также среди лиц молодого возраста ( $68,2 \pm 7,0\%$ ), такая же ситуация прослеживалась и в отношении бытовых и производственных травм. Что касается заблеваний, повлекших за собой ампутации, то удельный вес последних достоверно чаще фиксировался у инвалидов пенсионного возраста ( $61,1 \pm 4,1\%$ ), у лиц среднего возраста в  $20,1 \pm 3,3\%$ , и у лиц молодого возраста в  $18,7 \pm 3,3\%$ .

Таким образом, анализ инвалидности вследствие травм конечностей у населения Архангельской области за период с 2004г. по 2008г. выявил следующие закономерности:

- общее количество инвалидов с культями нижних конечностей уменьшилось за исследуемый период времени на  $22,8\%$ , (с 1 культей на  $21,6\%$ , с 2 культями - на  $26,9\%$ );

- доля мужчин инвалидов за период с 2004г. по 2008г. оказалась достоверно большей ( $79,0 \pm 1,8\%$ ), чем женщин – ( $21,0 \pm 1,6\%$ ) -  $P < 0,001$ ;

- доля инвалидов молодого возраста оказалась за исследуемый период времени равной  $42,5 \pm 2,2\%$ , удельный вес лиц среднего возраста оказался достоверно меньшим  $23,4 \pm 1,9\%$ , доля лиц- инвалидов пенсионного возраста оказалась равной –  $34,1 \pm 2,1\%$  соответственно ( $P \leq 0,05$ );

- наибольший удельный вес в социальной структуре инвалидов был достоверно представлен рабочими ( $58,3 \pm 2,8\%$ ), на втором месте оказались

пенсионеры ( $25,7 \pm 2,5\%$ ), затем – безработные ( $9,4 \pm 1,7\%$ ) -  $P \leq 0,01$ .

- подавляющее большинство причин, приводящих к инвалидности среди служащих ( $77,8 \pm 13,8\%$ ) и пенсионеров ( $77,0 \pm 4,9\%$ ) составляют заболевания сосудов конечностей, отморожения ( $59,3 \pm 9,5\%$ ) чаще встречаются среди безработных, производственные и бытовые травмы – среди рабочих ( $17,3 \pm 2,9\%$ );

- наивысший средний удельный вес ампутаций среди всех инвалидов за исследуемый период времени был представлен иссечением бедра на разных уровнях ( $48,4 \pm 2,2\%$ ), на втором месте были ампутации голени ( $25,2 \pm 1,9\%$ ), затем - стопы ( $24,6 \pm 1,9\%$ ), ампутация пальцев стопы была представлена наименьшей долей ( $1,8 \pm 0,6\%$ ) ( $P \leq 0,001$ ).

Комплексная реабилитация инвалидов с культями нижних конечностей, проводимая бригадой специалистов (хирург, врач-протезист, инженер-протезист, инструктор ЛФК, массажист, физиотерапевт, психолог, реабилитолог бюро МСЭ, социальный работник), позволяет инвалидам восстановить свою работоспособность, сохраняя прежний юридический и социальный статус, дает возможность адекватно трудоустроиться, что повышает их материальный уровень и качество жизни.

Список литературы:

- 1.Сытин Л. В. II Комплексная реабилитация инвалидов. Проблемы. Поиск. Перспективы: Материалы межрегиональной науч.-практ. конф. — Новосибирск, 2002. -Ч. 2. - С. 88-91.

2. Пугиев Л.И. Динамика первичной инвалидности у лиц молодого возраста в РФ и ее субъектах/ Л.И.Пугиев //Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. - 2008. -N 12. - С. 20-22.

## **АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ У НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2004 Г. ПО 2008 Г.**

**Лозовицкий Д.В. \*, Ушничкова Г.И.\*\* , Вязьмин А.М. \***

**\*- Северный государственный медицинский университет, г.Архангельск.**

**\*\* -Главное Бюро медико-социальной экспертизы по Архангельской области, г.Архангельск.**

Ключевые слова: первичная инвалидность, ампутации, травмы опорно-двигательного аппарата.

Резюме:

В статье представлены данные, касающиеся структуры первичной инвалидности населения Архангельской области вследствие травм опорно-двигательного аппарата (ОДА). Проанализирована динамика количества инвалидов с культями конечностей за период с 2004г. по 2008г.; их социальный статус и возрастно-половой состав, а также причины, приведшие к усечению конечности.

Рост числа больных с сосудистой патологией, сахарным диабетом, увеличение количества травм в связи с имеющими место военными конфликта-

ми, транспортными катастрофами приводят к увеличению количества ампутаций конечностей [2,4]. Инвалидность вследствие патологии сосудов нижних конечностей является актуальной проблемой, как для здравоохранения, так и для органов социальной защиты.

В общей структуре сердечно-сосудистых заболеваний 20% составляют атеросклеротические окклюзии артерий нижних конечностей [1].

Особенностью этой патологии является неуклонное прогрессирование процесса с высоким риском потери конечности и ее сегментов, что значительно снижает трудоспособность, качество жизни пациентов и пополняет контингент потенциальных инвалидов [3,5].

В настоящее время в структуре первичной инвалидности среди взрослого населения преобладают инвалиды вследствие болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований и болезней костно-мышечной системы, которые составляют 73-74% от общего числа [3].

В структуре первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения, заболевания сосудов нижних конечностей в Архангельской области занимают 3-е место, в 2004г. их удельный вес составил 4,6%, а в 2008 г. возрос до 5,6%. Средний показатель удельного веса сосудистой патологии, приведшей к инвалидности за период с 2004г. по 2008г. составил 82,9±2,4%.

Следует отметить, что доля инвалидов вследствие атеросклероза сосудов нижних конечностей увеличилась с 73,7±7,1% в 2004г. до 86,4±4,5% в 2008г. В структуре заболеваний, приведших к инвалидности, удельный вес атеросклероза сосудов нижних конечностей встречался достоверно чаще (83,7±2,4%), чем сахарный диабет (14,2±2,2%) и заболевания опорно-двигательного аппарата (2,1±1,0.%)-  $P \leq 0,05$ .

Что касается заболеваний сахарным диабетом, то их доля среди инвалидов значительно уменьшилась за период с 2004г. по 2008г. с 23,7±6,9.% до 11,9±4,2% соответственно (т.е. практически в 2 раза). Между тем уменьшился удельный вес заболеваний ОДА, приведших к установлению инвалидности. Так доля пациентов с таким диагнозом уменьшилась с 2,6%±0,2.% в 2004г. до 1,7±0,1% в 2008г. (т.е. в 1,5 раза) - рис.1.

В табл.1. представлена структура диагнозов, явившихся причиной инвалидности среди женского населения Архангельской области за период с 2004г. по 2008г.

Из представленной таблицы следует, что инвалидность вследствие атеросклероза сосудов нижней конечности возросла среди женского населения Архангельской области с 30,8±12,8% в 2004г. до 81,3±9,7% в 2008г. (т.е. в 1,5 раза).

Доля сахарного диабета, как причины установления инвалидности уменьшилась с 69,2±12,8% в

2004г. до 18,7±9,7% в 2008г. (т.е. в 3,5 раза). Заболевание опорно-двигательного аппарата среди женского населения области не являлись существенной причиной установления инвалидности (не регистрировались за исследуемый период времени).

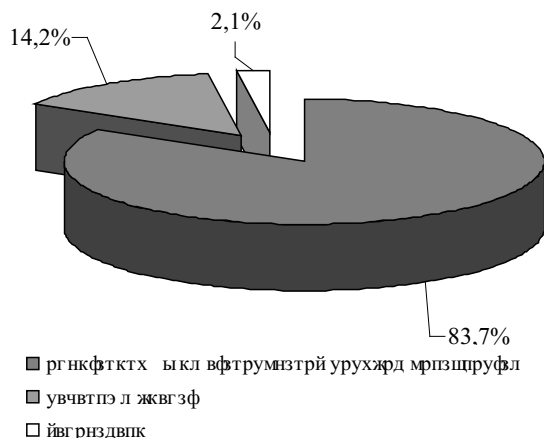


Рис.1. Структура патологии нижних конечностей, явившаяся причиной инвалидности среди населения Архангельской области за период с 2004г. по 2008г.

Средний удельный вес заболеваний вследствие атеросклероза сосудов нижних конечностей оказался достоверно большим (86,4±4,5%), чем удельный вес установления инвалидности вследствие сахарного диабета (43,2±8,1%) -  $P \leq 0,05$ .

В табл. 2. представлена структура диагнозов, явившихся причиной инвалидности среди мужского населения Архангельской области за период с 2004г. по 2008г.

Из представленной таблицы следует, что удельный вес инвалидности вследствие атеросклероза сосудов нижней конечности уменьшился среди мужского населения Архангельской области незначительно с 96,0±3,9% в 2004г. до 88,4±4,9% в 2008г.

Доля сахарного диабета, как причины установления инвалидности не регистрировалась с 2004г. (0%) до 2008г. (9,3±4,4%), т.е. возросла в 9,3 раза.

Таблица 1

Структура диагнозов, явившихся причиной инвалидности среди женского населения Архангельской области за период с 2004 г. по 2008 г. (в %)

Диагноз	2004 г.	2006 г.	2008 г.	P±s
Атеросклероз сосудов	30,8±12,8	50,0±17,7	81,3±9,7	56,8±8,1*
Сахарный диабет*	69,2±12,8	50,0±17,7	18,7±9,7	43,2±8,1*
Заболевания ОДА	-	-	-	-

\* $P \leq 0,05$

Таблица 2

Структура диагнозов, явившихся причиной инвалидности среди мужского населения Архангельской области за период с 2004г. по 2008г. (в%)

Диагноз	2004 г.	2006 г.	2008 г.	P±s
Атеросклероз сосудов*	96,0±3,9	97,2±2,7	88,4±4,9	93,3±2,5*
Сахарный диабет	-	-	9,3±4,4	3,8±0,1
Заболевания ОДА	4,0±3,9	2,8±2,7	2,3±0,1	2,9±0,1

\* $P \leq 0,05$ .

Структура заболеваний, приведших к инвалидности, среди разных социальных категорий пациентов за период с 2004г. по 2008г.

Социальная категория	с/диабет	атеросклероз	ОДА
рабочий	19,2±4,7*	79,5±4,8*	1,3±0,1
служащий	14,3±0,4	71,4±17,1*	14,3±0,4
безработный	-	100	-
пенсионер	8,6±3,7	91,4±3,7*	-

\* P≤0,05

Удельный вес заболеваний опорно-двигательного аппарата среди мужского населения области снизился за исследуемый период времени с 4,0±3,9% в 2004г. до 2,3±0,1% в 2008г. (т.е. в 1,5 раза).

Средний удельный вес заболеваний вследствие атеросклероза сосудов нижних конечностей оказался достоверно большим (93,3±2,5%), чем удельный вес установления инвалидности вследствие сахарного диабета (3,8±0,1%), а также вследствие заболеваний ОДА (2,9 ±0,1%)- P≤0,05.

Структура диагнозов, явившихся причиной инвалидности среди различных социальных групп инвалидов представлена в табл. 3.

Из представленной таблицы следует, что среди рабочих достоверно чаще причиной назначения инвалидности являлись атеросклероз сосудов конечностей (79,5±4,8%) и сахарный диабет (19,2±4,7%); заболевания ОДА явились причиной инвалидности в 1,3±0,1% случаев (P≤0,05). Среди служащих также достоверно чаще причиной назначения группы инвалидности регистрировались атеросклеротические заболевания сосудов (71,4±17,1%), однако сахарный диабет и заболевания ОДА оказались в этой группе инвалидов в равных долях (по 14,3±0,4% соответственно).

Среди пенсионеров доля заболеваний сосудов оказалась намного больше (91,4±3,7%), чем сахарного диабета (8,6±3,7%); заболевания сосудов

явились причиной развития инвалидности у 100% безработных.

В табл. 4. представлено распределение заболеваний, ставших причиной инвалидности по разным возрастным группам инвалидов.

Из таблицы следует, что атеросклероз сосудов в 89,7±5,6% случаев явился достаточной причиной для установления инвалидности у лиц среднего возраста, и в 87,5%±6,8 у лиц молодого возраста, но не регистрировался среди лиц пенсионного возраста (P≤0,05).

Сахарный диабет не являлся значимой причиной для установления группы инвалидности среди лиц молодого возраста, хотя среди лиц среднего возраста он встречался в 10,3% случаев, а у лиц пенсионного возраста еще чаще (19,3±4,2%).

Что касается заболеваний опорно-двигательного аппарата, то последние явились значимой причиной для назначения групп инвалидности у лиц пенсионного возраста (80,7±4,2%) и в 12,5±6,7% у лиц молодого возраста; среди группы лиц среднего возраста такие заболевания не регистрировались.

В табл. 5. представлено распределение инвалидов вследствие заболеваний нижней конечности по месту проживания.

Из таблицы следует, что большая часть пациентов, ставшая инвалидами вследствие заболеваний, проживала в Онежском (72,7%) и Верхнетоемском

Таблица 4

Структура заболеваний, ставших причиной инвалидности среди разных возрастных групп инвалидов за период с 2004г. по 2008г.

Возраст	с/диабет	атеросклероз	ОДА
молодой	-	87,5±6,8*	12,5±6,7
средний	10,3±5,6	89,7±5,6*	-
пенсионный	19,3±4,2*	-	80,7±4,2*

\*P ≤ 0,05

Таблица 5

Распределение инвалидов вследствие заболеваний нижней конечности по месту проживания (в%)

Район	Доля	Район	Доля
Архангельск	64,1*	Устьянский р-н	70,0
Плесецкий р-н	35,3	Вельский р-н	33,3
Северодвинск	52,0*	Красноборский р-н	11,1
Котласский р-н	55,0*	Новодвинск	42,9
Коношский р-н	58,8	Пинежский р-н	33,3
Коряжемский р-н	41,2	Каргопольский р-н	33,3
Виноградовский р-н	42,9	Шенкурский р-н	16,7
Няндомский р-н	15,4	Мезенский р-н	33,3
Онежский р-н	72,7	Верхнетоемский р-н	66,7
Холмогорский р-н	-	Лешуконский р-н	9,0

\*P ≤ 0,05

районах (66,7%), в г.Архангельске (64,1%), Котласском районе области (55,0%) и г.Северодвинске (52,0%); меньшая доля пациентов оказалась из Красноборского (11,1%) и Лешуконского (9,0%) районов ( $P \leq 0,05$ ).

За исследуемый период времени было выявлено, что инвалидов с одной ампутированной конечностью в Архангельской области насчитывается 217 человек, с двумя ампутированными нижними конечностями - 83 человека (всего 300 человек).

Распределение инвалидов с культями конечностей по полу представлено в табл. 6.

Таблица 6.

Распределение инвалидов с одной и двумя культями конечностей по половому признаку за период с 2004г. по 2008г. (в%)

Пол	Одна н/к (n = 217)	Две н/к (n=83)
Мужчины	77,4±2,8*	83,1±4,1*
Женщины	22,6±2,8	16,7±4,1
Итого:	100	100

$P \leq 0,001$

Из представленной таблицы следует, что инвалидов-мужчин с одной ампутированной конечностью выявлено достоверно больше (77,4±2,8%), чем женщин (22,6±2,8%). Также достоверно чаще встречались инвалиды-мужчины с двумя ампутированными конечностями (83,1±4,1\*%), по сравнению с женщинами с двумя культями (16,7±4,1%)-  $P \leq 0,001$ .

Распределение инвалидов с культями одной или двух конечностей по возрасту показало, что инвалиды с двумя ампутированными конечностями оказались достоверно младше (47,1±13,6), чем инвалиды с одной ампутированной конечностью (55,6±16,7) -  $P \leq 0,05$ .

Кроме того, инвалиды-женщины с одной ампутированной конечностью оказались достоверно старше (67,6±16,4), чем мужчины (52,1±15,1); одновременно женщины с двумя ампутированными конечностями оказались также достоверно старше (53,9±19,7), чем мужчины (45,7±11,7) - ( $P \leq 0,05$ ).

Таблица 7

Распределение инвалидов с культями конечностей по возрастным категориям (в %)

Возрастная категория	Одна н/к	Две н/к
молодой	35,0±3,2	60,2±5,4*
средний	19,8±2,7	21,7±4,5
пенсионный	45,2±3,4*	18,1±4,2
Итого	100	100

\*  $P \leq 0,05$

Следует отметить, что достоверно большая доля инвалидов с двумя ампутированными конечностями была представлена лицами молодого возраста (60,2±5,4%), лица среднего возраста среди этой категории инвалидов встречались в 21,7±4,5% случаев, а пенсионного возраста – в 18,1±4,2% случаев ( $P \leq 0,05$ ).

Удельный вес лиц пенсионного возраста с одной ампутированной нижней конечностью был достоверно выше (45,2±3,4%), по сравнению с лицами молодого (35,0±3,2%) и среднего возраста (19,8±2,7%) - ( $P \leq 0,05$ ).

В 36,1±5,3% случаев две конечности были ампутированы у лиц в возрасте от 31-45 лет, в 32,5±5,1% в возрастной группе от 46-60 лет. В более молодом возрасте (19-30 лет) инвалиды с двумя культями встречались лишь в 8,4±3,1% случаев.

Одна конечность была ампутирована чаще у инвалидов в возрастной категории старше 60 лет (41,1±3,3%), у лиц в возрастной группе 46-60 лет в 33,6±3,2% случаев, в возрасте от 19-30 лет – в 6,0±1,6% случаев.

Распределение ампутаций по причинам (табл.8.) выявило, что диагноз отморожение достоверно чаще стал причиной ампутации обеих конечностей (в 68,7±5,1% случаев); а заболевания сосудов стали достаточной причиной для ампутации одной конечности (60,4±3,3%) - ( $P \leq 0,05$ ).

Таблица 8

Распределение по причинам ампутации (в %)

Причина	Одна н/к	Две н/к
отморожение	19,8±2,7	68,7±5,1*
травма	15,2±2,4	13,2±3,7
производственная травма	4,1±1,3	1,2±0,1
заболевание	60,4±3,3*	15,7±4,0
ожог	0,5±0,1	1,2±0,1
Итого:	100	100

\*-  $P \leq 0,05$

В табл.9. представлено распределение инвалидов с культями одной и двух конечностей по заболеваниям, явившихся причиной ампутации.

Таблица 9

Распределение инвалидов с культями конечностей по диагнозам (в %)

Диагноз	Одна н/к	Две н/к
Атеросклероз сосудов	82,8±2,6*	92,3±2,9*
Сахарный диабет	15,6±2,5	-
Заболевания ОДА	1,6±0,1	7,7±2,9
Итого:	100	100

\*-  $P \leq 0,05$

Из таблицы следует, что достоверно чаще причиной установления группы инвалидности у людей с одной культей явился атеросклероз сосудов (82,8±2,6%), сахарный диабет был причиной назначения группы инвалидности в 15,6%, заболевания ОДА – в 1,6±0,1% ( $P \leq 0,05$ ).

Среди инвалидов с двумя ампутированными конечностями сахарный диабет в качестве причины заболевания зарегистрирован не был, заболевания ОДА встречались в 7,7±2,9% случаев, в подавляющем большинстве причиной определения инвалидности явились заболевания сосудов (92,3±2,9%) ( $P \leq 0,05$ ).

Таким образом, анализ первичной инвалидности вследствие заболеваний сосудов конечностей у населения Архангельской области за период с 2004г. по 2008г. показал, что:

- доля инвалидов вследствие атеросклероза сосудов нижних конечностей увеличилась с 73,7±7,1% в 2004г. до 86,4±4,5% в 2008г.

-в структуре заболеваний, приведших к инвалидности, удельный вес атеросклероза сосудов нижних конечностей встречался в 6 раз чаще (83,7±2,4%), чем сахарный диабет (14,2±2,2%) и в 40 раз чаще, чем заболевания опорно-двигательного аппарата (2,1 ±1,0.%)- P≤0,05;

- инвалидность вследствие атеросклероза сосудов нижней конечности возросла среди женского населения Архангельской области с 30,8±12,8% в 2004г. до 81,3±9,7% в 2008г. (т.е. в 1,5 раза);

- доля сахарного диабета, как причины установления инвалидности уменьшилась среди женского населения с 69,2±12,8% в 2004г. до 18,7±9,7% в 2008г. (т.е. в 3,5 раза);

-средний удельный вес заболеваний вследствие атеросклероза сосудов нижних конечностей среди мужского населения оказался достоверно большим (93,3±2,5%), чем удельный вес установления инвалидности вследствие сахарного диабета (3,8±0,1%), а также вследствие заболеваний ОДА (2,9 ±0,1%)- P≤0,05;

-среди различных социальных категорий достоверно чаще причиной назначения инвалидности у мужского населения являлся атеросклероз сосудов конечностей.

#### Список литературы:

1. Абалмасов К. Г., Бузиашвили Ю. И., Морозов К. М., Папоян С. А. Ц Ангиол. и сосуд, хир. - 2004. - Т. 10, № 2. -С. 8-13.

2. Пирожкова Т. А. Анализ первичной инвалидности среди больных с последствиями поврежденных нижних конечностей / Т. А. Пирожкова, Л. А. Макеева, Л. М. Колосова //Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. - 2000. - N 3. - С. 36-38.

3. Пугиев Л.И. Динамика первичной инвалидности у лиц молодого возраста в РФ и ее субъектах/ Л.И.Пугиев //Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. - 2008. -N 12. - С. 20-22.

4. Соколов А. Г., Чооду Ш. В. // Стандартизация медицинских технологий, реабилитация в ангиологии и сосудистой хирургии: Материалы всероссийской науч.-практ. конф. 12—13 окт., 2006 г., г. Новокузнецк. -Новокузнецк, 2006. - С. 100-101.

5. Черненко В. Ф., Гончаренко А. Г., Шувалов А. Ю. и др. // Ангиол. и сосуд, хир. - 2005. - Т. 11, № 2. - С. 21-26.

## ВЛИЯНИЕ ПРИРОДНО-КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ВИТАМИННЫЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННОГО

Ломакина А. Н., Титова О. Е

Кафедра неонатологии и перинатологии СГМУ

Научный руководитель: проф. Чумакова Г. Н.

Актуальность настоящей работы обусловлена недостаточным отражением в современной литературе сведений о состоянии гомеостаза витаминов у новорожденных.

Цель настоящего исследования- определить влияние сезона рождения и фотопериодичности, проживания в условиях Крайнего Севера на витаминный статус новорожденных.

На базе МУЗ «Родильный дом» г. Северодвинска Архангельской области в период с февраля 2006 по февраль 2008 гг было проведено поперечное обследование 148 новорожденных детей. Критерии включения: одноплодная беременность; возраст матери 19-35 лет; срочные роды сроком 37 – 41 неделя гестации; роды через естественные родовые пути. Критерии невключения: наличие у беременной алкогольной и наркотической зависимости; наличие декомпенсированных хронических заболеваний беременных; тяжелое состояние новорождённого при рождении.

Определены уровни витаминов А, Е, В1, В2 пуповинной крови, забор крови для исследования проводился сразу после рождения ребёнка из материнской части пуповины в объёме 5 – 10 мл, исследование уровня витаминов проведено в лаборатории Института физиологии природных адаптаций УрО РАН, г. Архангельска.

Статистический анализ данных проводился в программном пакете «SPSS for windows», версия 15,0.

Уровни витаминов А и Е определены у 105 новорожденных, уровни витаминов В1 и В2 у 148 новорождённых.

Уровень витамина А в пуповинной крови (N=105): Md=1,0 (0,72-1,44), мкмоль/л.

Уровень витамина Е в пуповинной крови (N=105): Md=7,77 (4,19-14,23), мкмоль/л.

Уровень витамина В1 в пуповинной крови (N=148) :Md=1,03 (0,95-1,11), усл. ед.

Уровень витамина В2 в пуповинной крови (N=148) :Md=217,5 (140,9-300,8), нгр/мл.

Выявлена достоверная разница в содержании уровней витаминов В1 ( $p < 0,001$ ), А ( $p < 0,001$ ), Е ( $p=0,005$ ) в зависимости от сезона рождения. При этом по витамину В1 достоверная разница выявлена в сезонах: зима- весна ( $p < 0,001$ ) и зима-лето ( $p=0,05$ ), по витамину А в сезонах зима-весна ( $p < 0,001$ ) и зима-лето ( $p < 0,001$ ), по витамину Е в сезонах зима-весна ( $p=0,046$ ) и зима-лето ( $p=0,002$ ).

Для определения влияния фактора фотопериодичности были выделены следующие периоды: спада и подъёма, максимального и минимального светового дня, выявлены достоверные различия в содержании витаминов А ( $p < 0,001$ ), Е ( $p = 0,019$ ), В1 ( $p=0,047$ ) в зависимости от фотопериода. При этом различия имели место по витамину В1 в парах: период подъёма -период максимального светового дня ( $p = 0,047$ ), период подъёма- период минимального светового дня ( $p = 0,036$ ); по витамину А: период подъёма- период минимального светового дня ( $p < 0,001$ ); период максимального светового дня- период минимального светового дня

( $p < 0,001$ ); по витамину Е период максимального светового дня- период минимального светового дня ( $p = 0,006$ ).

Для определения влияния фактора проживания в районе Крайнего Севера с точки зрения географической широты были выделены две группы: постоянно проживающие в условиях Крайнего Севера и приезжие, выявлены достоверные различия содержания витамина А ( $p=0,008$ ) в зависимости от длительности проживания на Севере (таблица 8).

#### Выводы

Содержание витамина А в пуповинной крови новорожденного выше в весенне- летний период, а витаминов В1 и Е - в зимний.

Фактор фотопериодичности влияет на содержание жирорастворимых витаминов и не оказывает влияния на уровень витамина В2.

У постоянно проживающих в условиях Крайнего Севера содержание витамина А выше, чем у приезжих.

## **ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

**Ляшенко А.А.**

**Челябинская Государственная медицинская академия**

**Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии ГОУ ВПО**

**ОАО “Уралтрак”, поликлиника №8, г. Челябинск**

**Научный руководитель: д.м.н., проф. Шадрина И.В.**

В РФ курят табак 65% мужчин, 30 % женщин, при этом около 400 тыс. человек ежегодно умирают от болезней, вызываемых курением (1).

Одной из актуальных проблем современной медицины является изучение влияния табакокурения на развитие дыхательной патологии и подбор терапии для лечения табачной зависимости лиц, работающих в условиях промышленных предприятий.

В настоящее время происходит рост числа больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ), являющейся важной проблемой здравоохранения в связи с возрастающей распространённостью, инвалидностью и смертностью от этого заболевания. ХОБЛ - развивается преимущественно в 40–45 лет, поэтому главной задачей оказания помощи больным является стремление к замедлению прогрессирования заболевания, уменьшению снижения функции лёгких. Табакокурение при этом является ключевым анamnестическим фактором развития заболевания (2).

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния терапии табачной зависимости на показатели основных параметров функции легких у больных с ХОБЛ.

Объекты исследования – 107 мужчин с табачной зависимостью и ХОБЛ, работающие на крупном машиностроительном комплексе ОАО “Уралтрак”, где основным производственным процессом является обработка металла, при этом постоянно действующими вредными факторами, влияющими на организм обследованных, являлись высокие концентрации металлического аэрозоля и кремниевой пыли (3).

В лечении табакокурения в последние годы активно применяются никотин-замещающая терапия (НЗТ) и психотерапия (4). В нашем исследовании пациенты были разделены на две группы: I - 56 чел. (ср. возраст  $45,2 \pm 7,6$  лет), получавшие лечение препаратами НЗТ, II - 51 чел. ( $45,8 \pm 9,7$  лет), получавшие лечение в виде сочетанной психо- и

фармакотерапии. Для пациентов I гр. использовался “Никоретте” в виде жевательной резинки (2 и 4 мг.) и пластыря. Пациентам II гр. назначался “Табекс” в дозировке 0,0015 мг, плёнки с анабазином гидрохлоридом по 0,003 мг; применялись различные виды психотерапии. Выбор терапии осуществлялся в связи с индивидуальными пожеланиями пациентов. Лечение табакокурения осуществлялось в течение 1 месяца.

Характерные для ХОБЛ симптомы: кашель, наличие мокроты, интенсивность одышки оценивались в баллах (3). Оценка клинических параметров проводилась в начале терапии (I этап), через 3 месяца (II этап) и через 1 год (III этап) на фоне клинической ремиссии.

Динамика основных параметров дыхательной системы представлена в таблице 1.

На III этапе в I гр. по сравнению с исходными данными отмечено уменьшение кашля, выделения мокроты и одышки ( $p \leq 0,05$ ).

Динамика клинических симптомов во II гр. проявлялась достоверным снижением одышки, уменьшением кашля и выделения мокроты на II и III этапах по сравнению с исходными данными ( $p \leq 0,05$ ).

При сравнительном анализе обследованных мужчин I и II групп выявлено, что интенсивность кашля снизилась статистически достоверно у мужчин II гр. уже через 3 месяца; данная тенденция наблюдалась по этому признаку и через 1 год ( $p \leq 0,05$ ).

Выделение мокроты при сравнении лиц I и II групп выявило статистически достоверные различия только на III этапе обследования ( $p=0,034$ ). Интенсивность одышки также имела статистически достоверные различия среди мужчин I и II групп на II этапе ( $p=0,033$ ).

Таким образом, сочетанная терапия пациентам II гр. выявила более значимые результаты редукции основных параметров дыхательной системы в сравнении с мужчинами I группы. В I группе отказ от лечения с рецидивом табакокурения по сравнению с лицами II группы наблюдался в 5 раз чаще.

Список литературы:

Герасименко, Н.Ф. Здоровье или табак. Цифры и факты / Н.Ф. Герасименко, Д.Г. Заридзе, Г.М. Сахарова. – М., 2007.- 80 с.

Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь лёгких / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Атмосфера, 2003. – 168 с.

Степанищева, Л.А. Хроническая обструктивная болезнь лёгких. Программа реабилитации для рабочих машиностроительного предприятия / Л.А. Степанищева. – Челябинск: Изд-во ЧелГМА, 2005. – 119.

Чучалин, А.Г. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни лёгких, вызванной курением табака: метод. рекомендации №2002/ 154 / А.Г. Чучалин, Г.М. Сахарова и др. – М., 2003. – 48 с.

Таблица 1

Динамика показателей дыхательной системы мужчин I и II групп

Симптоматика дыхательной сферы	Группы					
	I группа			II группа		
	I этап	II этап	III этап	I этап	II этап	III этап
Кашель (баллы)	1,9±0,4	1,7 ±0,7	1,3± 0,5	1,8± 0,5	0,9± 0,4	0,5± 0,6
Мокрота (баллы)	1 ± 0,2	0,8± 0,4	0,6± 0,5	0,9 ±0,3	0,7± 0,4	0,4 ±0,5
Одышка (баллы)	1,3± 0,4	0,9± 0,3	0,6± 0,5	1,2± 0,6	0,7± 0,6	0,5± 0,5

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ДОО Г.ВЛАДИВОСТОКА

Макаренко Т.А.

Владивостокский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии № 1 с курсом ДИБ

Научный руководитель: проф. Осин А.Я.

Актуальность настоящего исследования заключается в недостаточной изученности медико-социальной характеристики детей, посещающих муниципальные дошкольные образовательные учреждения (МДОУ) г. Владивостока.

Цель настоящего исследования направлена на установление ведущих медико-социальных показателей для дальнейшего выявления возможных

причин детской заболеваемости, а также ее адекватной профилактики и коррекции.

Под наблюдением находилось 196 детей 5-6 лет, посещающих МДОУ № 5 и № 157 г. Владивостока. Исследования выполнялись на основе медицинской карты ребенка для образовательных учреждений (ф.26/у – 2000).

Исследованию подлежали следующие медико-

социальные особенности: распределение детей по группам здоровья; уровень острой респираторной и хронической заболеваемости; наличие или отсутствие хронических заболеваний у обоих родителей; наличие риска во время беременности и родов; возраст матери и отца при рождении детей; образование и профессия обоих родителей; качественный и количественный состав семьи; качество жилищных условий, на которой проживает ребенок.

Показатели медико-социальной характеристики оценивались по абсолютным и относительным величинам с применением таких методов, как нахождение средней величины и ее ошибки, определение доверительных интервалов и достоверности исследований. Все нижеприведенные величины верны с достоверностью 95% для генеральной совокупности.

Изучение здоровья детей, посещающих МДОУ г. Владивостока выявило следующие показатели: наибольшее количество детей – 139 (70,9%+6,48%) имеют II группу здоровья; затем следуют дети, имеющие III группу здоровья - 38 (19,4% +5,64%); наименьшее количество детей имеют I группу здоровья - 19 детей (9,7% + 4,22%).

Острая респираторная заболеваемость (ОРЗ) детей составила 565 случаев или 2885,5 на 1000 человек за год. Распределение детей по уровням ОРЗ осуществлялось методом определения доверительных границ. При этом ОРЗ от 0 до 1 случая в год отнесено к низкому уровню заболеваемости, от 2 до 3 случаев в год – к среднему уровню заболеваемости; 4 и выше случаев в год (в нашем исследовании 4-9 случаев в год) – к высокому уровню заболеваемости. При этом высокий уровень ОРЗ (о-1 случай в год) зарегистрирован у 76 детей (38,7%+6,96%); низкий уровень ОРЗ (4-9 случаев в год) отмечен у 65 детей (33,2%+6,72%); средний уровень ОРЗ (2-3 случая в год) у 55 детей (28,1%+6,42%).

Хронические заболевания зарегистрированы у 147 детей (75%+6,18%); у 49 детей (25%+6,18%) хронических заболеваний не обнаружено.

Изучение здоровья родителей выявило, что хронические заболевания имеют 114 матерей (58,5%+7,06%) и 53 отца (30,3%+6,94%).

Анализ риска беременности и родов выявил наличие данного риска в 130 случаях (66,3%+6,76%), соответственно в 66 (36,7%+6,88%) случаях указанный риск отсутствовал.

В результате исследования возраста родителей при рождении детей установлено: наибольшее количество матерей находилось в возрасте от 21 до 35 лет – 180 человек (91,8% + 3,92%); количество матерей в возрасте от 36 лет и старше составило 10 человек (5,1% + 3,14%); наименьшее количество матерей находилось в возрасте до 20 лет – 6 человек (3,1%+2,46%). Наибольшее количество отцов также имело возраст от 21 до 35 лет -158 человек (80,6% + 5,64%); возраст от 36 лет и старше имели 36 отцов (18,4%+5,52%); в возрасте до 20 лет находились 2 отцов (1,0% +1,98%).

Анализ уровня образования обоих родителей выявил следующие показатели: наибольшее число матерей имеет высшее образование – 95 человек (48,7%+7,16%); несколько меньшую группу составляют матери со средним специальным образованием – 67 человек (34,3%+6,78%); далее следуют матери со средним образованием -21 человек (10,8%+4,44%) и неполным высшим образованием - 12 человек (6,2%+ 3,44%). Наибольшее количество отцов также имеют высшее образование- 95 человек (54,3%+7,52%); далее следуют отцы со средне-специальным образованием – 53 человека (30,3%+3,694%); среднее образование имеют 16 отцов (9,1%+4,34%); неполное высшее образование выявлено у 11 отцов (6,3%+6,74%).

Профессиональный статус родителей выявил следующие особенности: служащие составляют наибольшую профессиональную группу среди матерей – 83 человека (42,6% +7,08%); далее следуют по убыванию домохозяйки – 56 человек (22,7%+6,48%); средний технический и средний специальный персонал – 26 (13,3%+4,86%); рабочие – 25 человек (12,9% + 4,80%); предприниматели – 3 (1,5%+0,87) и студенты – 2 человека (1,0%+0,71). Среди отцов также наибольшее количество служащих – 73 (41,7% + 7,44%); далее по убыванию – предприниматели – 36 человек (20,6% + 6,12%); средний технический и средний специальный персонал – 26 (14,9% +5,38%); рабочие -30 человек (17,1% +5,68%); неработающие – 10 человек (5,7%+ 3,50%).

По составу семьи выявлены следующие характеристики: в полных семьях проживают 171 ребенок (87,3% + 4,78%); в неполных семьях – 25 детей (12,7% + 4,64%). Большинство семей имеют 2 детей – 93 семьи (47,4%+7,12%); несколько меньшее количество семей имеют 1 ребенка – 85 семей (43,4%+7,08%); наименьшее количество семей имеют 3 и более детей – 18 семей (9,2%+4,12%).

Исследование качества жилья выявило следующие данные: наибольшее количество семей проживают в отдельных благоустроенных квартирах – 148 семей (75,5%+ 6,14%); с родственниками проживают 34 семьи (17,3%+5,40%); в квартирах гостиного и коммунального типа – 14 семей (7,2% + 3,70%).

Таким образом, медико-социальная характеристика детей в возрасте 5-6 лет, посещающих МДОУ г. Владивостока выявила преобладание следующих показателей: наибольшее количество детей имеют II группу здоровья, средний уровень острой респираторной заболеваемости, а также одно или более хронических заболеваний. Преобладающее количество матерей имеют хронические заболевания, тогда как отцы в большинстве своем хронических заболеваний не имеют. Наибольшее количество детей родилось в ситуации риска беременности у родов у матерей. Преобладающее количество матерей и отцов находилось при рождении детей в возрасте от 21 до 35 лет. Наибольшее количество как матерей, так и отцов имеют высшее и среднее специальное образование. Среди профессий у матерей преобладают служащие и домохозяйки, у отцов – служащие и предприниматели.



Большинство детей проживают в полных семьях, имеющих одного или двоих детей. Подавляющее количество детей живут вместе с родителями в отдельных благоустроенных квартирах.

Исследования медико-социальной характеристики детей, посещающих МДОУ г. Владивостока

позволяют не только составить четкое представление о состоянии здоровья детей и условиях, в которых они находятся, но и создать предпосылку дальнейшего изучения разнообразных причин и механизмов возникновения заболеваемости детей, посещающих МДОУ.

## **АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В МУЗ «СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №2 Г.ВОЛОГДА».**

**Матвеевкова Е.А. , 5 курс, стоматологический факультет**

**Кафедра терапевтической стоматологии. СГМУ**

**Научный руководитель: к.м.н. Гагарина Т.Ю.**

Успех лечения поражений твердых тканей зубов во многом зависит от умения правильно выбрать необходимый пломбировочный материал.

Следует отметить, что за последнее время достигнуты значительные успехи в разработке материалов, применяемых для пломбирования зубов. В то же время, возросли требования пациентов к качеству реставраций. Среди стоматологов наиболее популярны стеклоиономерные цементы; «традиционные» универсальные композиты; микронаполненные композиты, обладающие отличными эстетическими свойствами; плотные конденсируемые композиты для пломбирования жевательных зубов; жидкотекучие композиты; а также компомеры. Именно материалы этих групп составляют реставрационную систему, обеспечивающую решение большинства задач в практической терапевтической стоматологии на самом высоком уровне.

Актуален вопрос: насколько активно внедряют в повседневную практику врачей-стоматологов муниципальных предприятий (на платном и бесплатном приеме) современные реставрационные материалы и их доступность для пациентов.

Цель исследования: провести сравнительный анализ применения постоянных пломбировочных материалов на платном и бесплатном приеме на базе МУЗ «Стоматологической поликлиники №2 г. Вологды».

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось на основании данных 100 медицинских карт стоматологических больных (мужского и женского пола в возрасте от 18 до 70 лет в период с 2003 по 2007 год включительно). Следует отметить, что с 1997 года поликлиника работает в системе обязательного медицинского страхования, а также ведет платный приём. На бесплатном приеме всех поликлиник города Вологды должны применяться следующие пломбировочные материалы («Информационный бюллетень 2008-№1. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Вологодской области»): 1) Цемент для постановки пломб (силицин); 2) Эвикрол, призма.

В настоящее время в лечебных кабинетах МУЗ «Стоматологическая поликлиника №2 г.Вологды» в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) применяют «Силицин» и «Эвикрол». На платном приеме - «Composait» и «Filtek supreme XT».

Результаты исследования:

Ретроспективный анализ частоты использования пломбировочных материалов: «Силицин», «Эвикрол» (по программе ОМС), «Composait», «Filtek supreme XT» (на платном приеме) позволяет сделать вывод, что с 2003 по 2005 год отмечается тенденция уменьшения использования композитного материала химического отверждения «Эвикрол» (с 35 до 12%). Однако, начиная с 2005 по 2007 год (с 12 до 39%), применение данного материала увеличивается, тогда как процент пломб из силикатного цемента «Силицин» с каждым годом становится меньше (с 19 до 10%). Это можно объяснить тем, что «Эвикрол» - по-прежнему, единственный пломбировочный материал химического отверждения, предложенный системой ОМС.

На платном приеме с 2003 по 2007 год возрастает применение композитного материала химического отверждения «Composait» (с 12 до 65%). В 2007 году этот материал занимает лидирующую позицию по количеству запломбированных им зубов, что объясняется невысокой стоимостью пломб из этого материала, простотой в работе по сравнению с композитами светового отверждения.

Среди пломбировочных материалов, применяемых с 2003 по 2007 год, меньше всего используется композитный материал светового отверждения «Filtek supreme XT», но если сопоставить количество запломбированных зубов этим материалом в 2003 году с 2007 годом, то выяснится, что наблюдается значительная тенденция к увеличению использования данного пломбировочного материала (с 3 до 16%).

Вывод: Система обязательного медицинского страхования в данный период времени предпосылает использование в муниципальных стоматологических поликлиниках определенные группы пломбировочных материалов. Это ограничивает возможности врачей при выполнении реставраций достичь желаемого результата.

# ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА АДГЕЗИВНЫМ МОСТОВИДНЫМ ПРОТЕЗОМ С ФИКСАЦИЕЙ НА ВКЛАДКАХ

Матвеевкова Е.А., Бабаева Э.Ю., Юрьев Ю. Ю., V курс, стоматологический факультет.

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ВПО СГМУ

Научный руководитель: к.м.н. Поливаная Е.А.

Актуальность. Традиционные несъемные мостовидные протезы, особенно металлокерамические, могут оказывать существенное побочное действие на опорные зубы в связи со значительным сошлифовыванием твердых тканей, что ограничивает показания к их применению. Появление композиционных материалов, обладающих хорошей адгезией к зубной эмали, увеличило возможности консервативного протезирования несъемными конструкциями - адгезивными мостовидными протезами (АМП). АМП имеют ряд преимуществ в сравнении с другими протезами, применяемыми для замещения дефектов зубных рядов: высокий эстетический эффект, отсутствие значительного препарирования зубов, возможность повторного наложения протеза, нет необходимости во временных коронках, отсутствие контакта с десной, простота изготовления, сокращение числа клинических посещений, снижение стоимости протеза (Юшманова Т.Н., 1995; Петрикас О.А., 2004).

Цель исследования: выбор оптимальной конструкции протеза для замещения небольшого дефекта зубного ряда верхней челюсти у пациента К., протезирование.

Пациент К., 38 лет обратился в I городскую стоматологическую поликлинику г. Архангельска с жалобами на отсутствие зуба в боковом отделе верхней челюсти слева. Из анамнеза заболевания установлено, что 25 зуб удален вследствие обострения хронического периодонтита 3 месяца назад. Объективно: 25 зуб отсутствует, слизистая в проекции удаленного зуба без видимых патологических изменений. На 24 и 26 зубах имеются пломбы, замещающие полости 2 класса по Блеку. На внутриротовой контактной рентгенограмме удовлетворительного качества определяется: 24, 26 - коронки зубов сохранены, на дистально-апроксимальной поверхности 24 зуба и медиально-апроксимальной поверхности 26 зуба тень пломбирочного материала в пределах дентина, корневые каналы свободные, периодонтальная щель не расширена, в периапикальных тканях изменений нет, кортикальная пластинка и межзубные перегородки сохранены.

Диагноз: частичная вторичная адентия зубного ряда верхней челюсти, 3 класс по Кеннеди. Функциональная недостаточность (жевательная эффективность по Агапову 92 %). Диагноз соматический: хронический гастрит.

При составлении плана протезирования были рассмотрены все возможные ортопедические конструкции замещения дефекта зубного ряда (металло-

керамические, штампованно-паянные мостовидные протезы, АМП, частичные съемные пластиночные протезы, имплантаты, малые седловидные протезы). Совместно с пациентом был сделан выбор в пользу АМП с фиксацией на вкладках, как самого рационального способа решения проблемы включенного частичного дефекта зубного ряда в данной конкретной ситуации.

Адгезивные мостовидные протезы с фиксирующими элементами - вкладками применяются при небольших дефектах зубного ряда (частичное отсутствие одного зуба), расположенных в пределах одной функциональной группы. При расположении вкладок, например, на премоляре и резце протез не будет устойчивым, так как физиологическая подвижность этих зубов находится в пересекающихся плоскостях (Аболмасов Н.Г., 2003; Щербаков А.С., Мишнев Л.М., 2005). Таким образом, при замещении дефекта, образовавшегося после удаления одного зуба в боковом отделе, мостовидные протезы можно укреплять на вкладках. Для этой цели создаются полости типа МО и ДО. Удобна для фиксации мостовидного протеза вкладка, заполняющая полость, типа МОД (Трезубов В.Н., 2005).

Нами были выполнены следующие клинические этапы:

1. Получение рабочих анатомических оттисков с обеих челюстей альгинатной оттисковой массой «Phase» для изготовления и изучения диагностических моделей.

2. Препарирование полостей под вкладки начинаем с сепарации дистальной поверхности 24 и мезиальной поверхности 26 зуба алмазным сепарационным диском. Цилиндрическим бором придаем незначительный наклон стенкам полостей, создавая небольшую дивергенцию от 3° до 6°, чтобы мостовидный протез на вкладках было легче наложить и зафиксировать. На контактной поверхности полость расширяем вестибулярно и орально, а в придесневой части формируем ступеньку в виде прямого широкого уступа (1,5-2 мм), который не доходит до десны на 1-1,5 мм. (рис.1). Затем фиссурным бором на окклюзионных поверхностях зубов полости придаем грушевидную форму или ласточкиного хвоста. Устойчивость может быть достигнута оптимальным соотношением глубины, длины и ширины дополнительной полости. Если вкладка не имеет достаточной длины, это может вызвать неравномерное распределение нагрузки на опорный зуб, расцементировку протеза или развитие кариеса в оставшейся части фиссуры (Арутюнов С.И., Лебеденко А.И., 2007).

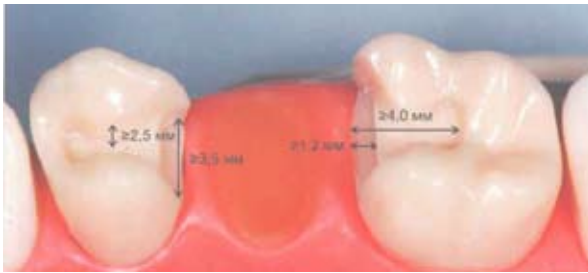


Рис.1 Размеры опорной вкладки АМП.

3. Получение рабочего анатомического оттиска К-силиконовой массой «Speedex» с верхней челюсти и вспомогательного оттиска альгинатной массой «Phase» с нижней челюсти для изготовления АМП.

4. Припасовка цельнолитой металлической конструкции в полости рта с опорой на 24 и 26 зубы. Определение цвета керамической массы АЗ с помощью расцветки «Vita».

5. Проверка конструкции АМП в полости рта. Коррекция окклюзионных отношений. Работа от-

дается в зуботехническую лабораторию на этап глазуровки.

6. Перед фиксацией поверхность конструкции АМП обрабатывается 4% раствором плавиковой кислоты в течение 5 минут, промывается большим количеством воды, высушивается воздухом. Затем протравленная поверхность АМП обрабатывается силианом «Porcelain Primer» фирмы Visco .

Этап непосредственной фиксации АМП с фиксирующими элементами-вкладками начинается с обработки сформированной полости под вкладку 37% раствором фосфорной кислоты в течение 15 секунд, тщательно промывается водой, подсушивается и наносится «All – bond 3» фирмы Visco. Фиксация конструкции производится композиционным пломбирочным материалом химического отверждения «Crystalline».

Вывод: выбор АМП, как самого рационального метода лечения в данном клиническом случае, позволяет при небольших временных и материальных затратах достичь оптимального функционального и эстетического результата.

## ЗАКОНОМЕРНОСТИ КОНСТРУКТИВНОГО ПРОФЕССИОГЕНЕЗА У ЛИЦ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ

Маруняк С.В.

Институт ментальной медицины СГМУ

Ключевые слова

конструктивный профессиогенез, лица экстремальных профессий, психологические и психофизиологические составляющие

Различные условия труда с высокими психоэмоциональными нагрузками приводят к истощению функциональных резервов организма, повышая риск нарушения психического и физического здоровья, преждевременной утраты профессии и общественно-трудовой активности, способствуют ранней инвалидизации [3]. Центр тяжести перспективных исследований в нашей стране и за рубежом нацелен на раннюю диагностику профессиональной деформации личности и на поиск тончайших первичных составляющих сохранения и восстановления психофизиологических, психологических резервов организма. Для этого необходимо установить ранние признаки нарушений экологии человека, их связь с особенностями формирования состояния истощения[4].

Целью нашего исследования является установление роли психологических и социальных факторов при формировании конструктивного профессиогенеза.

На протяжении 2005 – 2009 г.г. были обследованы индивидуумы (n=628, средний возраст 33,47±8,57) в профессиональной деятельности которых есть экстремальная составляющая (диспетчера; летчики

палубной, транспортной, палубной авиации; подводники, специалисты, занимающиеся утилизацией радиоактивных веществ; моряки тралового флота; пожарные; комбатанты; врачи).

Из общего количества обследуемых были выделены 2 группы:

Контрольная группа, представители которой имели сформированные стадии напряжения, резистентности и истощения (n=37, средний возраст 32,84±6,93);

Экспериментальная группа, индивидуумы которой не имели наличия синдромов выгорания (n=163, средний возраст 32,06±7,18).

Обследование проводилось следующими методами:

Социологическая анкета;

Методика диагностики межличностных отношений Л. Собчик [5];

Методика определения акцентуаций характера К. Леонгарда [2];

Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко [2];

Обработка результатов проведена на ПЭВМ с использованием стандартных методов статистики Windows Millennium Edition; Excel 1997 для Microsoft Office; SSPS 13.0 [1].

В результате проведенного анализа статистически достоверные различия ( $p \leq 0,05$ ) по критерию

Манна – Уитни были обнаружены по шкалам: профессиональная группа, удовлетворенность отношениями в коллективе и оценка нагрузки. Индивидуумы экспериментальной группы вполне удовлетворены отношениями в трудовом сообществе, профессиональную нагрузку оценивают как обычную. Сходство в причинах избрания профессии у представителей контрольной и экспериментальной групп были выявлены по окладу, условиям работы, а статус и льготы не являлись приоритетными для предпочтений при выборе деятельности. Отношения в коллективе занимают промежуточное положение. Различия контрольной и экспериментальной групп определялось по значимости семейных традиций, отношение к работе как любимой и отношениями в коллективе.

По данным критерия Манна-Уитни в межличностных отношениях у представителей экспериментальной группы тип взаимодействия смешанный (рис. 1). Индивидуумы контрольной группы предпочитают властно-лидирующий тип отношений.

Лица экспериментальной группы обладают более низкими: уровнем притязаний, дистантностью, эгоцентричностью, чувством соперничества, ригидностью установок, спонтанностью, упорством в достижении цели, обособленностью, замкнутостью, менее застенчивы, интровертированы и чувствительны к средовым воздействиям.

По методике Акцентуации характера К. Леонгарда значимы различия установлены по шкалам тревожности, возбудимости и дистимичности (рис. 2)

Представители как контрольной, так и экспериментальной группы склонны к повышенному фону настроения, выражена тенденция к самореализации и сверхактивность. Однако статистически значимо ниже значения у экспериментальной группы по параметрам робости, покорности, приниженности, сосредоточенности на мрачных сторонах жизни, а также импульсивности реакций.

По данным Методики эмоционального выгорания В.В. Бойко у представителей контрольной группы статистически значимо сложившимися симптомами, формирующими сформировавшуюся стадию напряжения является переживание психотравмирующих обстоятельств, ощущение «загнанности в клетку». Фазу резистентности образуют неадекватное эмоциональное избирательное реагирование, расширение сферы экономии эмоций и редукция профессиональных обязанностей. Эмоциональная и личностная отстраненность, эмоциональный дефицит и наличие сложившихся психосоматических и психовегетативных нарушений создают фазу истощения.

Выводы:

Индивидуумы экспериментальной группы подходят к выбору профессии более рационально, лица знакомы со «внутренней» оставляющей выбранного вида деятельности и более к нему адаптированы.

В межличностных отношениях тип взаимодействия у представителей экспериментальной группы

смешанный, с преобладанием более низких значений по уровню притязаний, дистантности, эгоцентричности, чувству соперничества, ригидности установок, спонтанности, упорству в достижении цели, обособленности, замкнутости. Данные индивидуумы менее застенчивы, интровертированы и чувствительны к средовым воздействиям.

К психологическим особенностям индивидуумы экспериментальной группы относятся меньшая робость, покорность, приниженность, сосредоточенность на мрачных сторонах жизни, а также импульсивность реакций.

Литература:

1. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных / А.Д. Наследов. – СПб.: Речь, 2005. – 389 с.
2. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика / Д.Я. Райгородский. – Самара: Бахрах, 1998. – 672 с.
3. Сидоров П.И. Психология катастроф / П.И. Сидоров, И.Г. Мосягин, С.В. Маруняк. – М.: Аспект Пресс, 2008. – 414 с.
4. Сидоров П.И. Синдром эмоционального выгорания / П.И. Сидоров // Медицинская газета. – 8 июня 2005. - № 43.
5. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности / Л.Н. Собчик. – М.: Ин-т прикладной психологии, 1998. – 511 с.

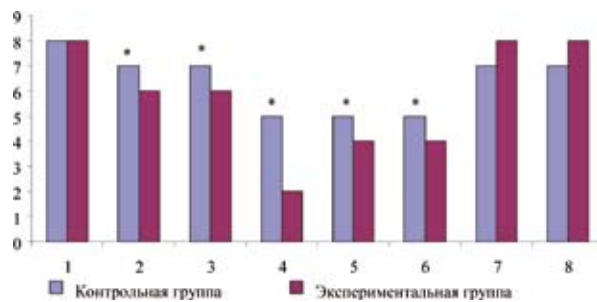


Рис. 1. Преобладающие типы межличностных отношений у представителей контрольной и экспериментальной групп (где \* -  $p \leq 0,05$ ; 1- властно – лидирующий тип, 2 - независимодоминирующий тип, 3 - прямолинейно-агрессивный тип, 4 - недоверчиво-скептический тип, 5 - покорнозастенчивый тип, 6 - зависимый-послушный тип, 7 - сотрудничающий-конвенциональный тип, 8 - ответственно-великодушный тип).

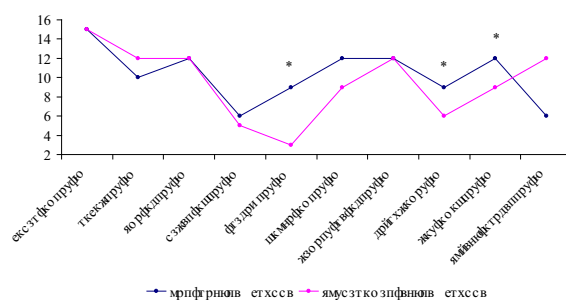


Рис. 2. Акцентуации характера контрольной и экспериментальной групп (где \* -  $p \leq 0,05$ ).

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМБАТАНТОВ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Маруняк С.В., к.б.н., доц. Зелянина А.Н.

Института ментальной медицины СГМУ

Кафедра менеджмента и маркетинга Института менеджмента СГМУ

Исследование выполнено при поддержке гранда 03-06 конкурс «Молодые ученые Поморья 2009».

Боевые задачи, которые ставятся перед военнослужащими, характеризуются сильным, разноплановым психотравмирующим воздействием, что приводит к развитию посттравматического стресса, определенным личностным трансформациям, формированию аддиктивного поведения [2]. Изучение суицидального риска у комбатантов в отечественной психологии мало изучено [4], что является важным в практическом плане для разработки комплексных мероприятий по реабилитации комбатантов.

Изложенное выше обусловило выбор темы и определило основную цель работы, заключающуюся в изучении сопряженности суицидального риска комбатантов с личностными характеристиками и с выраженностью посттравматического стресса.

В течение 2009 года были обследованы военнослужащие, участвующие в боевых действиях ( $n=60$ , средний возраст  $36,85 \pm 2,35$ ), на добровольной основе, с подписанием информированного согласия на проведение изучения. Все комбатанты были разделены в зависимости от выявленного уровня суицидального риска на 2 группы:

Экспериментальную группу составили комбатанты с высоким уровнем суицидального риска ( $n=27$ , средний возраст  $37,44 \pm 2,07$ );

В контрольную группу вошли комбатанты с низким уровнем суицида ( $n=33$ , средний возраст  $36,36 \pm 2,54$ ).

Обследование проводилось следующими методами:

- Социологическая анкета;
- Опросник Мини-Мульт (сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня ММРП, адаптированный Ф.Б. Березиной и М.П. Мирошниковой);
- Методика диагностики межличностных отношений Л. Собчик;
- Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко;
- Миссисипская шкала, предложенная Кенэ [4];
- Методика диагностики риска суицида П.П. Юнацкевича.

Обработка результатов проведена на ПЭВМ с использованием стандартных методов статистики Windows Millennium Edition; Excel 1997 для Microsoft Office; SSPS 13.0 [1].

В результате анализа полученных результатов выявлены статистически значимые различия ( $p \leq 0,05$ ) по методике мини-мульт (рис. 1). Комбатанты с

высоким суицидальным риском более агрессивны, конфликтны, склонны к формированию сверхценных идей. Они более чувствительны, менее контактны, активны и энергичны.

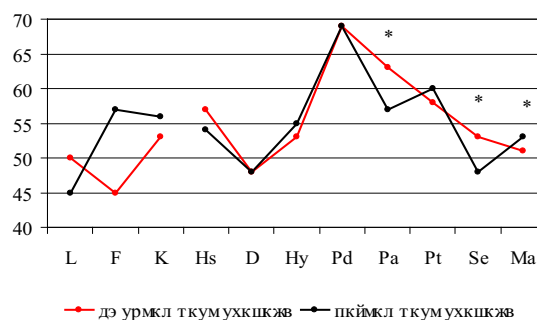


Рис. 1 Профиль личности комбатантов с различным уровнем суицидального риска (где \* -  $p \leq 0,05$ ; Hs – ипохондрия, D – депрессия, Hy – истерия, Pd – психопатия, Pa – паранойяльность, Pt – психастения, Se – шизоидность, Ma – гипомания).

Выраженность посттравматического стресса у участников боевых действий с высоким уровнем суицидального риска достоверно выше, чем у респондентов контрольной группы ( $p \leq 0,05$ ).

Тип межличностных отношений у военнослужащих контрольной и экспериментальной групп ориентирован на собственное мнение и минимальный конформизм (рис. 2).

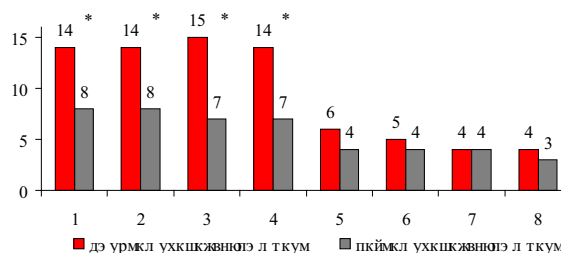


Рис.2. Тип межличностных отношений у комбатантов с различным уровнем суицидального риска (где \* -  $p \leq 0,05$ ; 1- властно – лидирующий тип, 2 - независимо-доминирующий тип, 3 - прямолинейно-агрессивный тип, 4 - недоверчиво-скептический тип, 5 - покорно-застенчивый тип, 6 - зависимый-послушный тип, 7 - сотрудничающий-конвенциональный тип, 8 - ответственно-великодушный тип)

Военнослужащие экспериментальной группы проявляют чрезмерное упорство, недружелюбие, несдержанность и вспыльчивость. Комбатанты контрольной группы характеризуется оптимистичностью, быстротой реакции, высокой активностью, выраженной мотивацией достижения, тенденцией к доминированию, повышенным уровнем притязаний, легкостью и быстротой в принятии решений, экстравертированностью.

По данным методики эмоционального выгорания В.В. Бойко, статистически ниже показатели у военнослужащих с низким суицидальным риском по шкалам напряжения, фазы резистентности, фазы истощения и эмоционального выгорания. Показатели симптомов эмоционально-нравственной дезориентации, редукции профессиональных обязанностей, эмоционального дефицита, эмоциональной и личностной отстраненности, а также наличие психосоматических и психовегетативных нарушений статистически выше у лиц экспериментальной группы. Следует отметить, что фазы и симптомы эмоционального выгорания не сформированы.

**Выводы:**

Удовлетворенность работой, выполняемыми обязанностями и уровнем жизни у комбатантов с высоким уровнем суицидального риска ниже.

Военнослужащие контрольной и эксперимен-

тальной групп ориентированы на собственное мнение и минимальный конформизм, но комбатанты экспериментальной группы проявляют чрезмерное упорство, недружелюбие, несдержанность и вспыльчивость, более агрессивны, конфликтны, склонны к формированию сверхценных идей, они более чувствительны, менее контактны, активны и энергичны.

Состояние эмоционального выгорания у военнослужащих контрольной и экспериментальной групп не сформировано и не зависит от уровня суицидального риска.

**Список литературы:**

1. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных / А.Д. Наследов. – СПб.: Речь, 2005. – 389 с.
2. Сидоров П.И. Психическое здоровье ветеранов афганской войны / П.И. Сидоров, С.В. Литвинцев, М.Ф. Лукманов. – Архангельск: Издат. центр СГМУ, 1999. – 378 с.
3. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности / Л.Н. Собчик. – М.: Ин-т прикладной психологии, 1998. – 511 с.
4. Тарабрина Н.В. Психология. Современные направления междисциплинарных исследований / Н.В. Тарабрина. – М.: Изд-во Ин-та психологии РАН, 2003. – 487 с.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ СКОЛИОЗА**

**Медников Г.Н., Березина Е.Л.**

**Кафедра поликлинической и социальной педиатрии с курсом детской кардиологии ФПК и ППС СГМУ.**

**Научный руководитель : доц. Ефимова Н.В.**

Высокая частота сочетания диспластических изменений в позвоночнике и других внутренних органах и системах объясняется дифференцировкой перечисленных структур в одни и те же сроки фетального развития. В последнее время внимание большинства ученых привлекает сочетание симптомов дисплазии соединительной ткани с патологией мочевой системы. Однако мы не обнаружили достаточного количества данных о распространенности, клинических особенностях заболеваний мочевой системы у детей с начальными стадиями сколиоза.

Цель: изучить клинические особенности течения патологии мочевой системы детей с начальными стадиями сколиоза.

**Задачи:**

Изучить распространенность и структуру заболеваний мочевыделительной системы у детей со сколиозом начальной степени.

Выявить факторы риска развития патологии мочевой системы у больных сколиозом.

Разработать практические рекомендации по профилактике развития патологии мочевой системы у детей и подростков с начальными стадиями сколиоза.

Ретроспективно нами были проанализированы 53 амбулаторных карты детей, наблюдаемых в МУЗ «Северодвинская детская клиническая городская больница» с диагнозом сколиоз 1-2 степени. Оценены амбулаторные карты детей в возрасте от 6 до 18 лет, средний возраст которых составил  $13,6 \pm 0,36$  лет. Соотношение мальчиков и девочек составило 22,6% (12 человек) и 77,4% (41 человек) соответственно. Обследуемые дети были разделены на две группы детей: 1-ая группа (n=34) - дети, у которых диагностирован сколиоз и не выявлена патология мочевыделительной системы и 2-ая группа (n=19) – пациентов со сколиозом, у которых верифицирована патология мочевыделительной системы.

Все обследуемые дети находились на диспансерном наблюдении у ортопеда. Диагноз сколиоза был выставлен врачом-ортопедом на основании

данных клинического осмотра и дополнительно обследования (рентгенографии позвоночника). Патологический мочевого синдром расценивали по наличию в общем анализе мочи: лейкоцитурии, гематурии, протеинурии, салурии, бактериурии. Для уточнения диагноза анализировали лабораторные данные и результаты дополнительного инструментального обследования. В лабораторной диагностике оценивали показатели азотистого, электролитного, белкового обмена. В дополнительном инструментальном обследовании учитывали данные ультразвукового исследования (УЗИ) почек в сочетании с доплерографией сосудов почек; данные микционной цистографии и экскреторной урографии.

Структура сколиотических деформаций у обследованных детей представлена в таблице №1.

Патология мочевого выделительной системы у обследованных детей была в виде:

инфекции мочевыводящих путей 12 детей (из них без уточнения локализации патологического процесса у 10 пациентов (52,6%) и у 2-х - хронический пиелонефрит, без НФП)

врожденных позиционных аномалий почек (дистопия почек, удвоения почек, повышенная подвижность почек) – 4 детей

дисметаболической нефропатии - 3 ребенка (15,8%).

Нарушения функции почек у наших пациентов выявлено не было. При анализе перинатальных данных мы выявили, что у матерей, родивших детей с патологией ОМС, достоверно чаще встречалась патология 2-ой половины беременности (гестоз, отеки, давление, изменения в анализах мочи,

многоводие) / $p < 0,05$ /. По остальным признакам достоверной разницы выявлено не было.

При оценке физического развития обследуемых детей было установлено, что среди детей 1-ой группы дисгармоничное развитие зарегистрировано у 14,7% детей (5 человек), а во второй группе у 26,3% (5 человек).

Выводы:

Заболевания мочевого выделительной системы диагностируется у трети (35,85%) больных с начальными стадиями сколиозом.

Структура патологии мочевого выделительной системы у детей с начальными признаками сколиоза представлена в виде: инфекции мочевыводящих путей 63,15% детей, позиционных аномалий развития почек (21,05%) и обменной патологией в виде дисметаболической нефропатии (15,8%).

Значимым фактором риска развития патологии мочевого выделительной системы у детей является патология 2-ой половины беременности (гестоз, отеки, давление, изменения в анализах мочи, многоводие) / $p < 0,05$ /.

Практические рекомендации:

1). У детей со сколиозом 1-2 степени необходимо проводить контроль общего анализа мочи (не менее 1 раза в год) для своевременной диагностики отклонений со стороны мочевого выделительной системы.

2). При наличии изменений в микроскопии осадка и начальных признаков сколиоза показано проведение скринингового обследования – УЗИ органов МВС, для исключения патологии со стороны мочевого выделительной системы; при стойком патологическом мочевом синдроме – углубленное рентген-урологическое обследование.

Таблица №1

Структура сколиотических деформаций у обследованных детей

	1 группа (n=34)	2 группа (n=19)
Локализация сколиотической деформации	грудной отдел – 24 комбинированный сколиоз – 7 поясничный отдел - 3	грудной отдел- 13 комбинированный сколиоз – 5 поясничный отдел -1
Дуга искривления	левосторонняя - 11 правосторонняя - 23	левосторонняя - 10 правосторонняя - 9
Степень искривления	1 степень - 29 2 степень - 5	1 степень – 19
Этиология сколиоза	Идиопатический - 22 Диспластический - 5 Приобретенный - 7	Идиопатический - 14 Приобретенный - 5
Болевой синдром	4 (11,8%)	2 (10,5%)

## ЗОЛОТАЯ МАСКА» В ОРТОДОНТИИ

Меньшиков М.Е.

Кафедра стоматологии детского возраста

Научный руководитель: доц. Ларионов С.Н.

Исследование лица человека охватывает широкий круг вопросов, касающихся не только анатомии и физиологии, но и физиогномики, психологии, антропологии. Лицо всегда и во все времена являлось предметом постоянного внимания и изучения. Лицо

является первичной чертой тела, по которой люди узнают друг друга. Даже новорожденные младенцы имеют естественную способность узнавать лица. В настоящее время все больше молодых людей обращают внимание на собственную внешность и

пытаются изменить ее, прибегая к помощи хирургов-стоматологов и ортодонт.

Однако, не смотря на все современные методики, улучшенные инструменты и материалы, ни художники, хирурги, ни ортоднты не в состоянии понять, почему определенные лица воспринимаются как привлекательные. И при этом не могут точно описать физические параметры, из-за которых лицо воспринимается привлекательным.

Но специалисты не в состоянии понять, почему определенные лица воспринимаются привлекательными и не могут точно описать физические параметры, из-за которых лицо воспринимается привлекательным. Поэтому и необходимы объективные методы определения гармонии и красоты лица. «Золотая маска» позволяет определить гармонию лица пациентов.

Мы поставили перед собой цель изучить метод «Золотая маска» и определить гармоничность лица пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью.

Для достижения данной цели, мы поставили перед собой задачи: научиться методике ориентирования и построения «Золотой маски» лица, выделить компоненты «золотой маски», оценить объективность данной методики.

«Красота есть строгая соразмерная гармония всех его частей...»,- утверждали древние римляне и определяли красоту мерой и гармонией, симметрией и пропорциями. Это позволило им открыть в строении человеческого лица и тела «принцип золотого сечения», названного ими «божественной пропорцией». Они обнаружили, что отношения между двумя линейными расстояниями можно описать следующей математической пропорцией. Расстояние между точками P и Q в сравнении с расстоянием от Q до R имеет такие отношения, как сравнение расстояний от Q до R и от P до R. Эта пропорция действительна только в том случае, когда расстояние между точками Q и R и точками P и Q равняется 1.61818 или приблизительно 89/55. Отмечались уникальные свойства этой пропорции, где отношение между большей частью пропорции и меньшей равно расстоянию между большей частью и всей остальной пропорцией.

Было выявлено, что параметры лица и расположение его особенностей, которые в целом признаются, как привлекательное лицо могут быть описаны при помощи линий и точек, отобранные из соединений пятиугольников, чьи размеры связаны пропорцией и математической формулой, описанной выше. Основанное на открытии о том, что определённые линии и точки пятиугольного соединения обычны для лиц, которые воспринимаются, как привлекательные, «Золотая маска» использует отобранные точки и линии, которые покажут главные и незначительные особенности, присущие красивым лицам. В ортодонтической практике она может быть использована для: диагностики, планирования лечения, оценки динамики и результатов лечения.

Использование «Золотой маски» для анализа лица

предполагает получение изображения естественного и расслабленного человеческого лица, установление антропометрических точек на изображении, размещение «золотой маски» поверх фотографии с антропометрическими точками, соединения точек между собой, измерение «золотой маски», ориентация и коррекция таким образом, чтобы иметь возможность сравнить «золотую маску» и изображение лица.

Мы провели исследования пациентов с дистальной окклюзией в возрасте 20-25 лет. Были получены фотографии согласно технике получения изображения для «золотой маски». Затем снимки были доработаны и откорректированы на компьютере с помощью программы CorelDraw.

На фотографиях были отмечены первичные и вторичные антропометрические точки. (Рис. 1 и 2)

Нами был выбран компьютерный метод построения «Золотой маски» в программе CorelDraw. (Рис. 1 и 2)

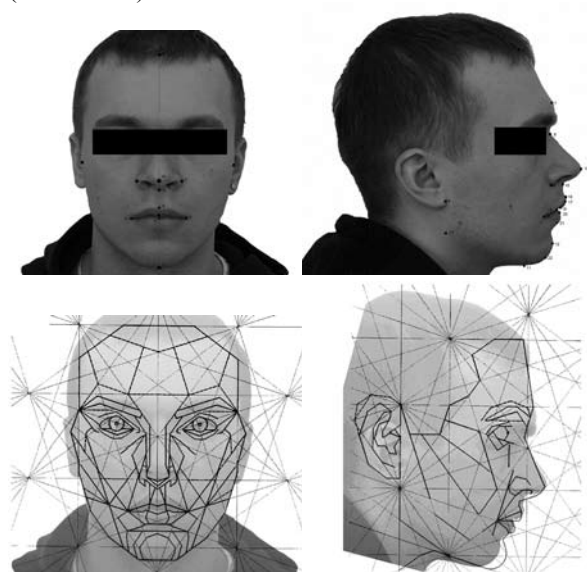


Рис. 1

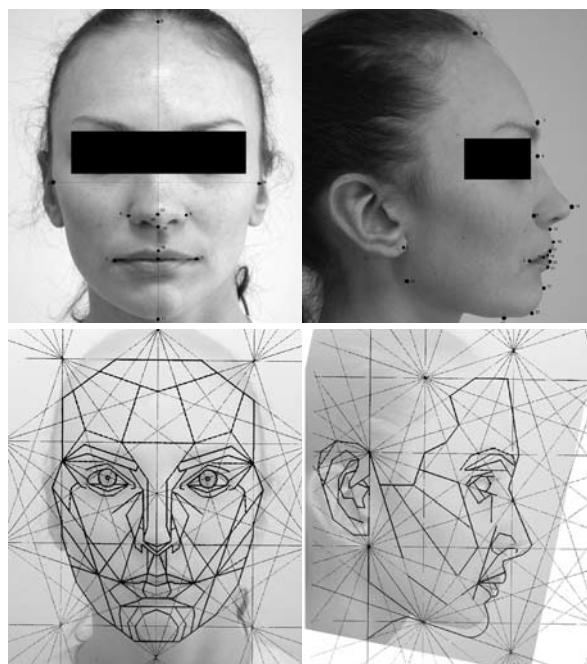


Рис. 2



Изучение фотографий молодого человека позволило нам установить, что при прямой проекции комплекса нижней трети лица, определялось смещение верхней губы и расхождение комплекса «нос-рот» в пределах 2мм. В остальных комплексах расхождения были незначительными.

Выраженные изменения определялись в боковой проекции комплекса нижней трети лица, а именно комплекс «точка подбородка», комплекс «нос-рот», комплекс «рот-подбородок», комплекс «боковой комплекс подбородка», комплекс «сторона нос-рот», комплекс «сторона подбородка»

Изучение фотографий девушки показало, что в прямой проекции комплекса нижней трети лица не отмечались расхождения в изображении лица и «Золотой маской», что свидетельствует о гармонич-

ности лица. Тогда как, изучение боковой проекции комплекса нижней трети лица показало расхождение в комплексе «точка подбородка», комплексе «внутренний комплекс губ», комплексе «нос-рот», комплексе «рот-подбородок», комплексе «боковой комплекс подбородка», комплексе «сторона нос-рот», комплексе «сторона подбородка» в пределах от 2 до 5мм.

Использованный нами метод позволяет изучить и объективно оценить гармонию лица пациентов, определиться с планами ортодонтического лечения, ознакомить пациентов с предполагаемыми результатами исправления зубочелюстных аномалий. Исследуя гармонию лица с помощью «золотой маски», можно отметить, что данная методика является хорошим дополнительным методом обследования в ортодонтической практике.

## ВЛИЯНИЕ ФУКОИДАНА НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА

Незгоров Д.В.

Северный государственный медицинский университет.

Северный филиал ГНЦ РАМН, г. Архангельск.

Научный руководитель: Воробьева Н.А.

Актуальность темы. В настоящее время нарушения гемостаза выявляются всё в более раннем возрасте. Для коррекции нарушений необходимы новые вещества, обладающие более выраженными эффектами и сниженными побочным действием. Как известно фукоиданы обладают антикоагуляционным действием, но возможно выделить фракции фукоидана с различным молекулярным весом и разной степенью сульфатирования. Такие фракции обладают различными свойствами, а значит и биологическими эффектами.

Цель работы. Выявить различия в антикоагуляционных свойствах полученных нами фракциях фукоидана.

Материалы и методы. Полученный нами фукоидан из водоросли был разделён на фракции: низкомолекулярную (23 кД) и высокомолекулярную (68 кД) фракции. Получали богатую тромбоцитами плазму центрифугированием при 1500 об/мин в течение 5 минут. Обеднённую плазму получали путём центрифугирования при 3000 об/мин в течение 7 минут. В богатую тромбоцитами плазму добавляли по 5 мкг различной фракции фукоидана на анализ и инкубировали при 37 °С и считывали агрегатораммы через 5, 15, 30, 45 и 60 минут на агрегометре Биола. Индуктором агрегации является адреналин в концентрации 10 мкг/мл.

Обсуждение результатов. В результате введения высокомолекулярной фракции фукоидана происходило значительное увеличение радиуса агрегатов через 5 минут после введения с  $2,67 \pm 0,09$  у.е до  $5,54 \pm 0,12$  у.е. В это же время коэффициент светопропускания увеличивается в 9 раз с  $9,5 \pm 0,24$  до  $78,67 \pm 9,6$ . Средний

наклон кривой радиуса агрегатов в этот промежуток времени увеличивается с  $2,82 \pm 0,02$  до  $8,94 \pm 0,23$ , а средний наклон кривой светопропускания увеличивается с  $7,94 \pm 0,13$  до  $46,99 \pm 1,25$ . Дальнейшее изменение агрегатограмм характеризуется повышением размера радиуса агрегатов и коэффициентом светопропускания через 15 и 30 минут, но при этом средний наклон кривой радиуса агрегатов не изменяется и остаётся на уровне 9 у.е., а наклон кривой светопропускания снижается с  $46,99 \pm 1,25$  до  $23,36 \pm 1,09$ . Дальнейшее изменение агрегатограмм характеризуется снижением радиуса агрегатов и коэффициента светопропускания через 45 и 60 минут соответственно 45 минут: до  $3,38 \pm 0,25$  у.е и  $23,26 \pm 1,04$  у.е, 60 минут:  $3,89 \pm 0,36$  и  $24,61 \pm 1,67$  и при этом находятся на повышенном уровне относительно агрегатограммы образца без фукоидана.

Низкомолекулярная фракция фукоидана повышает размер агрегатов и светопропускание через 5 минут. Размер агрегатов увеличивается с  $3,89 \pm 0,14$  до  $9,52 \pm 0,34$ , а светопропускание возрастает с  $5,54 \pm 0,16$  до  $35,5 \pm 1,58$ . Изменение кривых размера агрегатов и светопропускания характеризуется увеличением наклона соответственно с  $3,06 \pm 0,17$  до  $24,65 \pm 0,99$  и с  $4,01 \pm 0,23$  до  $28,48 \pm 1,67$ , и в это период показатели находятся в максимальной области значений. Незначительное снижение размеров агрегатов и светопропускание достигается через 15 минут и составляет  $5,59 \pm 0,85$ , а светопропускания  $27,65 \pm 1,83$ , при этом значительных изменений в наклоне кривых не выявляется и сохраняется, как и через 5 минут инкубации. При дальнейшем инкубации через 30, 45 и 60 минут не происходит заметных изменений.

Размер агрегатов и светопропускание остаётся повышенным относительно агрегатограммы без введения низкомолекулярного фукоидана и находится на уровне 6 у.е. светопропускание 30 у.е. Изменение наклона кривой размера агрегатов уменьшается с  $24,64 \pm 0,99$  до  $9,70 \pm 0,78$ , в то время как наклон кривой светопропускания остаётся неизменным (30 – 40 у.е)

Выводы. Антикоагуляционные свойства фукоидана зависят от его молекулярного веса. Высокомолекулярный фукоидан имеет максимум активности через 15 – 30 минут с последующим снижением активности. Низкомолекулярный фукоидан обладает максимумом активности через 5 минут после введения и сохраняется до конца эксперимента.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

**Непомилуева А. А., VI курс, факультет медицинской биологии и фармации (медико-биологическое отделение).**

**Иммунологическая лаборатория ЦНИЛ СГМУ.**

**Научный руководитель: д.м.н. проф. Воробьева Н. А.**

Актуальность. Развитие системного воспаления в организме с активацией иммунной системы запускает каскад нарушений в системе гемостаза, то есть развивается дисбаланс между свертывающими и противосвертывающими свойствами крови. А данные нарушения непосредственно приводят к возникновению ишемической болезни сердца с тяжелыми осложнениями, вплоть до смерти больного.

В здоровом организме все процессы иммунной системы и гемостаза находятся в стабильном состоянии, тромбоциты и каскад коагуляции пребывают в состоянии инактивации.

Как только в крови появляются экзогенные или эндогенные антигены (Аг) чужеродные для организма, происходит активация иммунной системы, которая начинает вырабатывать соответствующие антитела (АТ). При этом Аг образуют с АТ иммунные комплексы, которые, циркулируя в крови, повреждают стенку сосудов, что способствует увеличению продукции факторов адгезии и активации агрегационной функции тромбоцитов. В результате этого в крови возрастает количество и размеры циркулирующих агрегатов тромбоцитов, увеличивается содержание крупных гиперактивных тромбоцитов, происходит образование тромбов и закупорка как мелких, так и более крупных коронарных сосудов, вследствие чего развивается ишемическая болезнь сердца.

Цель – мониторинг уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в крови и функциональной активности тромбоцитов у больных с ИБС.

В исследование было включено 52 пациента с ИБС.

У каждого пациента была взята кровь на определение ЦИК и функциональной активности тромбоцитов сразу же после поступления их в кардиореанимацию.

Определение иммунных комплексов в сыворотке крови осуществлялось с помощью преципитации полиэтиленгликолем 6000 (ПЭГ 6000). Результаты регистрировались при помощи микропланшетного ридера «Anthos 2020» Version 1.8.

Определение функциональной активности тромбоцитов проводилось с использованием индуктора агрегации – адреналин в концентрации 10 мкг/мл, на полуавтоматическом приборе - агрегометр «Биола-230» двух канальный.

Результаты.

При определении ЦИК было обнаружено, что у 55,8 % пациентов наблюдаются высокие концентрации ЦИК, которые являются диагностическим показателем наличия в организме системного воспаления.

Максимальный уровень иммунных комплексов в крови соответствовал – 219,00 у.е., а средний показатель – 68,40 у.е.

Определение функциональной активности тромбоцитов проводилось на фоне антикоагулянтной терапии, так как большинство пациентов принимали антикоагулянты (гепарин, аспирин).

У 15,4 % пациентов, которым не проводилась антикоагулянтная терапия, наблюдалась повышенная коагуляционная способность тромбоцитов и образование агрегатов тромбоцитов больших размеров.

Максимальные значения: процент пропускания – 148,0 % и размер агрегатов тромбоцитов – 8,88 у.е. У данной группы больных также был повышенный уровень в крови ЦИК.

У 78,8 % пациентов, принимавших антикоагулянты, выявили гипокоагуляцию, но уровень ЦИК у 44% из данной группы больных был также повышен, как и у первой группы.

Минимальные значения: процент пропускания – 1,75% и размер агрегатов тромбоцитов – 1,32 у.е.

Выводы. На основании полученных результатов данного исследования можно сделать вывод, что у пациентов с ишемической болезнью сердца, развитие системного воспаления в организме, характеризующееся высоким уровнем в крови циркулирующих иммунных комплексов, способствовало нарушениям в системе гемостаза, в частности гиперкоагуляции тромбоцитов. Поэтому можно говорить о прямой связи системного воспаления и нарушения гемостаза при ишемической болезни сердца.

# СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПИВО

Новикова Л.А.

Поморский государственный университет имени М.В.Ломоносова

Научный руководитель: проф. Ишеков Н.С.

В последние годы в Российской Федерации сложилась напряженная ситуация связанная с резким ростом злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) среди несовершеннолетних и, в первую очередь, за счет алкоголизации (Анохина И.П., 2005; Сирота Н.А., 2005; Спектор Ш.И., 2006; Козловский А.В., 2007; Леонтьева М.В., 2008). В связи с этим, проблема алкоголизации подростков и молодежи является одной из наиболее актуальных не только для здравоохранения, но и для общества в целом, так как ранняя алкоголизация в значительной мере отражается на нервно-психическом, соматическом и репродуктивном здоровье молодого поколения (Иванов А.Г., 2004; Ваганова Э.О., 2008).

Согласно литературным данным (Буркин М.М., 2002; Дорофеева Р.Д., 2007; Новикова Г.А., 2007; Леонтьева М.В., 2008), среди несовершеннолетних наиболее распространенным алкогольным напитком является пиво. Около 10% несовершеннолетних ежедневно употребляют пиво, 89% - пробовали этот напиток в возрасте до 16 лет. Имеется тенденция к снижению возраста первого опыта приема пива до 10-12 лет, а иногда и с 6 лет (Соловов А.В., 1999; Бортновский В.Н., Зинович В.Н. СПб., 2009; Глебов В.В., 2009).

Несмотря на значительное количество исследовательских работ, посвященных изучению центральной гемодинамики и механизмов воздействия психоактивных веществ на организм, до сих пор отсутствуют сведения, касающиеся вопросов изменения параметров центральной гемодинамики подрастающего организма при воздействии на него такого алкогольного напитка как пиво.

Целью данного исследования явилось выявление состояния центральной гемодинамики несовершеннолетних употребляющих пиво от времени последнего дня приема пива.

Было обследовано 274 несовершеннолетних в возрасте от 12 до 17 лет, обучающихся в средних общеобразовательных школах, колледжах и высших учебных заведениях г. Архангельска. Все обследуемые относились к 1 и 2 группам здоровья; родились и постоянно проживали на территории Европейского

Севера России. Из обследования исключались несовершеннолетние, имеющие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Обследуемые были разделены на две группы по отношению к приему пива: группа употребляющих пиво составила 140 человек, среди них мальчиков 65 человек (46%), девочек - 75 (54%) и группа не употребляющих пиво - 120 человек, мальчиков - 54 (45%) и девочек - 66 (55%), выступала в качестве контрольной. Средний возраст детей контрольной и группы, употребляющих пиво между собой достоверно не различался ( $p > 0,05$ ). К группе употребляющих были отнесены несовершеннолетние, принимающие пиво с частотой в среднем 2 и более раз в месяц, без признаков зависимости и явного роста толерантности, в соответствии с Международной классификации болезней (МКБ-10) (2000).

Для изучения центральной гемодинамики использовался метод интегральной реографии тела по Тищенко (ИРГТ по Тищенко), который проводился с помощью современного аппаратно-программного комплекса «Валента +» (Россия, СПб).

Данные, полученные в ходе обследования центральной гемодинамики несовершеннолетних, употребляющих пиво, нами были проанализированы по времени от последнего дня приема пива. Были выделены следующие группы: I - 1 день после момента употребления пива, II - два дня, III - три дня, IV - 4 и более дней.

Установлено, что в первые дни от момента употребления пива наблюдалось увеличение минутного и ударного объема крови, сердечного и ударного индексов, как у мальчиков, так и у девочек в сравнении с несовершеннолетними контрольной группы. При чем эти показатели были максимально увеличены у мальчиков, употребляющих пиво в течение первых двух дней от последнего момента употребления, у девочек - в течение трех дней.

Таким образом, в первые дни от момента употребления пива наблюдались самые высокие показатели центральной гемодинамики несовершеннолетних, что может свидетельствовать о негативном влиянии пива на подрастающий организм.

# АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ ПО МУЗ «КОТЛАССКАЯ ЦГБ» ЗА 2006 – 2008Г.

Огорельцева Ю.В.

МУЗ «Котласская центральная городская больница имени Святителя Луки Войно – Ясенецкого»

Научный руководитель: Ситникова В.А.

Артериальная гипертония (АГ) в Архангельской области, как и во всех областях России, является одной из актуальных медико-социальных проблем. Это обусловлено высоким риском осложнений, широкой распространенностью и недостаточным контролем в масштабе популяции. Польза от снижения артериального давления (АД) доказана не только в целом ряде крупных многоцентровых исследований, но и реальным увеличением продолжительности жизни в странах Западной Европы, крупных городах России. Обращает на себя внимание малое количество исследований на периферии. По материалам обследования, проведенного в рамках целевой Федеральной программы «Профилактика и лечение АГ в Российской Федерации», распространенность АГ среди населения за последние 10 лет практически не изменилась и составляет 39,5%. Осведомленность больных АГ о наличии заболевания выросла до 77,9%. Принимают антигипертензивные препараты 59,4% больных АГ, из них эффективно лечится 21,5% пациентов.

Цель исследования – отразить особенности течения АГ в Котласской Центральной Городской больнице за 2006-2008 года, оптимизировать тактику ведения пациентов с АГ и оценить результаты лечения.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач было проанализировано 186 карт стационарных больных, которые находились на лечении в кардиологическом отделении КЦГБ с диагнозом артериальная гипертония за 2006-2008 года (73% пациентов госпитализированы планово, а 27% по экстренным показаниям). Также было исследовано 40 карт амбулаторных больных, наблюдаемых за этот же период в поликлинике КЦГБ.

Все исследуемые были разделены на 2 группы. К первой группе отнесены пациенты, пролеченные в стационаре, ко второй группе пациенты, наблюдаемые амбулаторно.

Обследуемую группу составили больные в возрасте от 18 до 80 лет, в том числе 89 (39%) мужчин и 137 (61%) женщин. Средний возраст пациентов составил 55,7 лет. По социальному уровню основной группой, получающей лечение, были пенсионеры (41%), стаж повышения артериального давления у исследуемых составлял в основном более 10 лет, уровень повышения АД соответствовал II -III степени повышения артериального давления, а по степени поражения органов-мишеней II -III стадии.

Среднее количество койко-дней у госпитализируемых пациентов трудоспособного возраста составило 12-14, при амбулаторном лечении среднее

количество дней нетрудоспособности – 10.

Сравнение получаемого лечения пациентов в стационаре и в амбулаторных условиях:

Сопоставляя результаты амбулаторного лечения и лечения в стационаре нами проанализировано: количество принимаемых препаратов (рис № 1 и 2), характер комбинаций гипотензивных препаратов (таблицы № 1 и 2), эффективность проводимого лечения (рис № 3).

## Количество препаратов, применяемых для лечения в стационаре

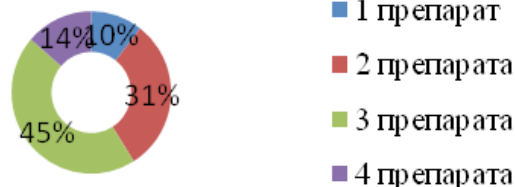


Рис.1

## Количество препаратов применяемых для лечения амбулаторно

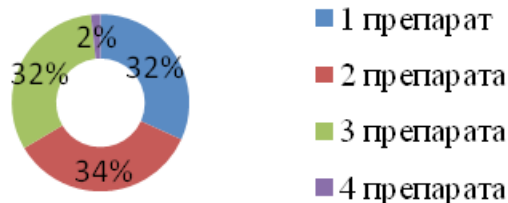


Рис.2

В результате данного исследования стало известно, что до стационарного лечения гипотензивную терапию получало только 76,6% пациентов, остальные пациенты от приема препаратов отказывались.

Выводы по лечению на амбулаторном этапе:

Преимущество монотерапии у препаратов группы ингибиторы АПФ;

При использовании комбинации из двух препаратов предпочтение отдавалось сочетанию ингибиторов АПФ с диуретиками, β-адреноблокаторами или блокаторами кальциевых каналов;

Совместное применение трех препаратов использовалось реже и в этом случае применялось сочетание ингибиторов АПФ, диуретиков (в основном тиазидных) и β-адреноблокаторов;

Приоритетные комбинации препаратов применяемые в стационаре

Монотерапия	2 препарата	3 препарата	4 препарата
Ингибиторы АПФ-45%	ИнгАПФ+Диуретик-36%	ИнгАПФ+β-АБ +Диуретик-50%	ИнгАПФ+Диуретик+ БКК+β-АБ-82%
В-адреноблокаторы-35%	ИнгАПФ+β-АБ-36%	ИнгАПФ+Диуретик+БКК-17%	
Блокаторы кальциевых каналов-15%	В-АБ+БКК-22%	ИнгАПФ+БКК+β-АБ-13%	
Диуретик-5%	ИнгАПФ+БКК-3%	БКК+Диуретик+β-АБ-9%	

Табл.2.

Приоритетные комбинации препаратов применяемые амбулаторно

Монотерапия	2 препарата	3 препарата	4 препарата
ИнгАПФ-64%	ИнгАПФ+ Диуретик-33%	ИнгАПФ+β-АБ+Диуретик-54%	ИнгАПФ+Диуретик+БКК+β-АБ-90%
В-АБ-18%	ИнгАПФ+β-АБ-31%	ИнгАПФ+Диуретик+БКК-6%	
БКК-9%	БКК+β-АБ-13%	ИнгАПФ+БКК+β-АБ-5%	
Диуретик-7%			

Комбинацию из четырех препаратов для лечения артериальной гипертензии применяли всего 2% пациентов;

Нормализация АД наблюдалась у 45% пациентов Выводы по стационарному лечению:

При лечении в стационаре в качестве монотерапии широко использовались помимо ингибиторов АПФ также и β-адреноблокаторы;

В комбинации из двух препаратов преимущество у ингибиторов АПФ и диуретиков;

Три наиболее часто совместно используемых препарата: ингибитор АПФ, диуретик и β-адреноблокатор;

Четыре препарата, которым отдавалось предпочтение – ингибитор АПФ, диуретик, β-адреноблокатор

и блокатор кальциевых каналов (50% пациентов принимающих четыре препарата).

В результате стационарного лечения и подбора комбинации гипотензивных препаратов АД нормализовалось у 70% пациентов

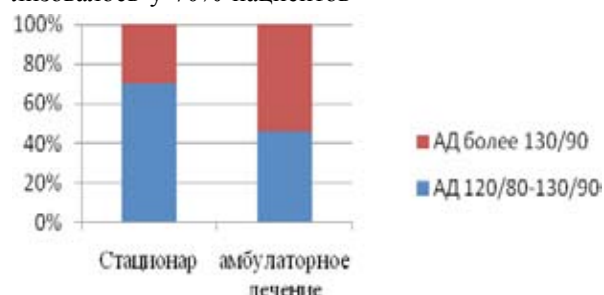


Рис.3

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Павлова А.Н., клинический интерн

Ккафедра поликлинической и социальной педиатрии с курсом кардиологии ФПК и ППС СГМУ

Северный медицинский центр им. Н. А. Семашко, детское отделение, г. Архангельск

Научный руководитель: проф., д.м.н., Макарова В.И., к.м.н., доц. Избенко Н.Л.

В последние годы все чаще обсуждается правомерность диагноза метаболический синдром (МС) у детей и подростков, поэтому этот вопрос становится актуальным и для педиатров. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в шести Федеральных российских округах, в настоящее время 11,8% российских подростков в возрасте от 12 до 17 лет имеют избыточную массу тела. Из них 2,3% пациентов уже страдают ожирением, а каждый третий подросток с ожирением имеет признаки МС (Е.В. Доскина). Это означает, что при сегодняшнем положении дел будут «молодеть» и те заболевания, которые включаются в понятие «Метаболический синдром», а именно — сердечно-сосудистая патология и сахарный диабет 2 типа (СД2).

МС - это комплекс нарушений обмена веществ в сочетании с дисрегуляцией артериального давления (АД) и функции эндотелия.

Международная диабетическая федерация разработала определение для выявления групп риска МС среди детей и подростков, где все дети делятся на три возрастных группы: дети 6-9 лет, 10-15, 16 и старше (Международный эндокринологический журнал 2(14) 2008 / Методические рекомендации /Methodical Recommendations/). Дети 6-9 лет относятся в группу риска при окружности талии более 90 перцентилей, но МС у них не диагностируется. Однако необходимо дальнейшее обследование, если семейный анамнез отягощён по МС, СД2, дислипидемии, сердечно-сосудистым заболеваниям, артериальной

гипертензии (АГ), ожирению. В возрастной группе 10-15 лет факторами риска МС являются: окружность талии более 90 перцентилей для данного возраста, уровень триглицеридов (ТГ) более 1,7 ммоль/л, уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) менее 1,03 ммоль/л, АД более 130/85 мм рт. ст., уровень глюкозы более 5,6 ммоль/л или диагностированный сахарный диабет. У детей 16 лет и старше для постановки диагноза применяются критерии, разработанные для взрослых. Это «большие» критерии (ВОЗ, 1999): СД2 и другие нарушения обмена глюкозы (нарушенная гликемия натощак, нарушение толерантности к глюкозе), инсулинорезистентность (ИР). И «малые» критерии: АГ с АД выше 140/90 мм. рт. ст.; дислипидемия с повышением уровней холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) и ТГ с одновременным снижением уровня ЛПВП; абдоминальное ожирение и/или индекс массы тела (ИМТ) >30 кг/м<sup>2</sup> при окружности талии (ОТ) у мужчин >94 см и женщин >80 см; гиперурикемия и микроальбуминурия (важные, но непостоянные признаки МС).

Правомерность постановки диагноза МС у детей и подростков можно продемонстрировать на следующем клиническом примере.

Пациент П., 16 лет 8 мес, пол мужской, поступил в детское отделение планово с диагнозом: нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу, нарушение ритма сердца по типу желудочковой экстрасистолии, функциональный систолический шум. При поступлении жаловался: на головные боли, ощущение сердцебиения, боли в сердце, излишний вес. Из анамнеза заболевания известно, что с 2003г. наблюдается у эндокринолога по поводу ожирения 2 ст., гиперплазии щитовидной железы, эутиреоз. В течение последнего месяца регистрируется повышение АД до 140/90 мм рт. ст. Из анамнеза жизни: ребенок от 2 беременности на фоне ожирения, 2 родов, масса

при рождении 3490г, рост 54 см. Наследственность отягощена по сахарному диабету, ожирению. При осмотре: гиперстенический тип телосложения, угревая сыпь на теле, множественные стрии кожи, избыточное развитие подкожно-жирового слоя на животе, бедрах, АД 140/90 мм рт. ст.

Проведено следующее обследование: антропометрия: рост 170 см, вес 95 кг, ИМТ 32,9, ОТ 106см, окружность бедра (ОБ) 70см, ОТ/ОБ 1,51.

Липидные фракции крови:

Исследование (сыворотка)	Результаты анализа	Норма	
		мин.	макс.
Холестерин, ммоль/л	5,4	-	5,20
ЛПВП, ммоль/л	0,99	0,91	1,90
Триглицериды, ммоль/л	2,34	-	1,70
ЛПНП, ммоль/л	3,67	1,3	5,4

Глюкоза крови 5,3 ммоль/л, гликоНб 3,9% (норма до 4,2%), фибриноген 5,5 г/л, мочевины 3,96 ммоль/л, мочевая кислота 496 ммоль/л (норма 200-400), электролиты – норма, проба Зимницкого, проба Реберга – без патологии, УЗИ: единичные расширенные фолликулы в щитовидной железе, подковообразная почка; МРТ головного мозга: норма, ЭКГ: ритм синусовый.

Анамнестические, клинические данные и результаты дополнительных исследований позволяют поставить пациенту диагноз метаболический синдром, т. к. в соответствии с рекомендациями ВОЗ у пациента выявлены четыре «малых» критерия, достаточных для постановки диагноза: артериальная гипертензия, дислипидемия, абдоминальное ожирение, гиперурикемия.

Таким образом, первоначальный диагноз при поступлении изменен на диагноз: Метаболический синдром. Абдоминальное ожирение. Дислипидемия: гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия. Гиперурикемия. Артериальная гипертензия 2 степени.

## ПЕРВЫЕ ДАННЫЕ РЕГИСТРА ОПУХОЛЕЙ ГИПОФИЗА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.

Павлова Л.С.

Кафедра факультетской терапии с курсом эндокринологии СГМУ.

Научный руководитель: проф. Зыкова Т.А.

Опухоли гипофиза делятся на эпителиальные новообразования передней доли придатка мозга (аденогипофиза) – аденома и рак гипофиза, и опухоли задней доли и воронки (нейрогипофиза). 95% опухолей гипофиза представляют собой доброкачественные новообразования.

Истинную распространенность опухолей гипофиза установить трудно, так как многие из них долгое время протекают бессимптомно. Вследствие этого выявляемость опухолей гипофиза варьирует

по разным данным: от 2 случаев на 100 000 до 50-70 случаев на 1 млн населения. Стоит отметить, что по данным аутопсий частота находок аденом гипофиза доходит до 25%. В Архангельской области отмечается относительно высокая частота встречаемости опухолей гипофиза, однако достоверные статистические данные по их распространению отсутствуют.

Целью работы является создание регистра больных с аденомами гипофиза в Архангельской области

и всесторонний анализ данной патологии, а именно изучить особенности клинико-морфологических форм аденом гипофиза, их течение, особенности терапевтической тактики и качество жизни пациентов с опухолями гипофиза.

Пациенты и методы. Был составлен регистр аденом гипофиза, в который занесены данные о 37-ми пациентах. При численности населения Архангельской области 1,3 млн человек это меньшая распространенность, чем в общей популяции. Однако стоит учитывать, что в регистр были включены, за редким исключением, только данные о жителях гг. Архангельска, Новодвинска и Северодвинска. Регистр в ближайшее время планируется дополнить сведениями о пациентах из Архангельской области.

Распространенность аденом по городам: 5 случаев в Новодвинске, 3 - в Северодвинске, 2 - в Вельске. Остальные пациенты проживают на территории Архангельска. В регистре 15 мужчин и 22 женщины. Средний возраст больных – 52 года. Средний возраст первичного выявления диагноза – 38 лет, что подтверждает высокую распространенность данного заболевания среди лиц молодого возраста. Микроаденомы гипофиза составляют 30 % выявленных опухолей, тогда как макроаденомы -70%. Преобладание макроаденом связано, вероятно, с поздней диагностикой заболевания и развитием более яркой клинической картины при увеличении размеров опухоли. Смещение перекреста зрительных нервов наблюдалось в 6 случаях макроаденомы гипофиза. Средний объем опухолей по данным МРТ составил 6,3 см<sup>3</sup>. Распределение опухолей по функциональной активности характеризовалось преобладанием соматотропином - 11 и в 3-х случаях были подозрения на соматотропиному (опухоли гипофиза с клиникой акромегалии, при которых не было возможности провести исследование СТГ и ИФР). У 9-ти пациентов были пролактиномы, у 2 - краниофарингиомы. Остальные аденомы гипофиза (22 случая) не имели клинических и гормональных показателей активности. Данные регистра опухолей гипофиза в Архангельской области соответствуют литературным данным: 60 % приходится на функционально активные опухоли и 40 % - на функционально неактивные. Хирургическому лечению подвергались 10 пациентов, лучевому – 2 (в одном

случае лучевое лечение комбинировалось с оперативным). Одна пациентка была прооперирована экстренно транскраниальным доступом в связи с острым нарушением зрительных функций. Средний рост больных акромегалией составил 175 см, в то время как укрупнение черт лица, увеличение кистей, стоп наблюдалось в 100 % случаев. Наиболее частой жалобой пациентов с опухолями гипофиза была головная боль разнообразного характера (у 43% больных). Различные нарушения зрения имели место в 21% случаев. При осмотре офтальмолога частичная атрофия дисков зрительных нервов была выявлена в 2-х случаях, а сужение полей зрения – в 7-ми. Лакторея наблюдалась у 3 –х женщин и 1 –го мужчины. Нарушения менструального цикла по типу олигоменореи и опсоменореи отмечались у 4 –х женщин, у 2 – х наблюдалась аменорея. Активная фаза акромегалии была выявлена у 3 –х пациентов (по уровню СТГ и ИФР) и у 1 –го пациента клинически, однако только один из них получает патогенетическую терапию препаратами сандостатина. Гипотиреоз наблюдался у 4-х пациентов, у 2 –х из которых он был манифестным (1 пациент не получал заместительной терапии и у 1-го заместительная терапия была неадекватной относительно компенсации гипотиреоза). Уровень пролактина был повышен у 8-ми пациентов. Гипокортицизм был выявлен в 4 –х случаях. У пятерых мужчин определялся уровень общего тестостерона, и в 5 случаях из 5 он был ниже нормы, однако только один из них получает заместительную терапию андрогенами.

Заключение: создание регистра пациентов с опухолями гипофиза позволит оценить распространенность и социальную значимость данной патологии на территории Архангельской области; выяснить особенности течения различных клинико-морфологических форм заболевания; получить данные о результатах и эффективности лечения. Создание регистра будет способствовать раннему выявлению рецидивов заболевания и осуществлять регулярный контроль за адекватностью терапии, формировать потребность в дорогостоящих препаратах на объективной основе, особенно заместительного лечения гипопитуитаризма, что в конечном итоге улучшит прогноз и качество жизни пациентов.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Парамонов А.А., Смирнов С.А., II курс, лечебный факультет;**

**Федяева К.Н., III курс, лечебный факультет**

**Институт клинической анатомии СГМУ**

**Научный руководитель: к.м.н., доц. Краснова В.А.**

Варикозное расширение вен часто встречаемое заболевание людей среднего и пожилого возраста, затрагивает как мужчин, так и женщин. Актуаль-

ность изучения проблемы высока: варикоз вен нижних конечностей, наиболее широко распространенное заболевание, которое встречается у 20-40%

населения развитых стран мира. Долгое время это заболевание проявляется только косметическим дефектом, однако прогрессирование его приводит к появлению болезненных ощущений, отеков стоп и голеней, а в запущенных стадиях к потемнению кожи в нижней трети голени, воспалительным изменениям и трофическим язвам.

Варикозное расширение вен издавна известно человечеству. Это подтверждают, в частности, раскопки захоронений в Египте (1595—1580 гг. до н.э.), где была найдена мумия с признаками варикозно-расширенных вен и леченной венозной трофической язвы голени. Варикозная болезнь явилась «платой человечества за возможность прямохождения». «Варикоз» происходит от лат. «varix, varicis» – вздутие. При этой болезни происходит варикозное расширение подкожных вен, нарушение оттока крови по ним с развитием застойных изменений в нижних конечностях.

Варикозной болезнью страдает до 80 процентов женщин и 30 процентов мужчин (Войт А. Н., Гуменников В.Г., 2008). Варикоз – не смертельно, однако в запущенной форме это заболевание может значительно ухудшать качество жизни и даже приводить к инвалидности, не говоря уже об эстетической стороне вопроса.

Целью нашей работы явилось изучение поверхностных кожных вен нижних конечностей.

Методом тонкого анатомического препарирования было изучено 2 препарата подкожных вен нижних конечностей, на которых выявлен магистральный тип формирования подкожных вен, притоки их впадали под острым углом в основной сосуд: большую подкожную вену, а малая подкожная вена располагалась на задней поверхности голени и впадала одним стволом в подколенную вену. Кроме того, проанализированы 7 историй болезни с варикозным расширением вен пациентов одной из больниц Мурманской области. Приведем пример: на прием к врачу-хирургу обратилась пациентка З. 62 лет, с жалобами на наличие варикозно расширенных вен голеней, отмечала боль при ходьбе, отеки ног в вечернее время. Данные жалобы беспокоили в течение трех лет, к врачу не обращалась. При осмотре врачом выявлены расширенные, извитые подкожные вены голеней, болезненные при пальпировании, отечность голеностопных суставов. Была проведена функциональная проба, и врачом был поставлен диагноз: варикозное расширение вен нижних конечностей, ХВН 1 степени, стадия субкомпенсации. Больной назначено консервативное лечение.

Варикозное расширение вен нижних конечностей – это самостоятельное заболевание, которое может сочетаться с другими заболеваниями вен или являться их следствием. Заболевание имеет прогрессирующее течение, вызывает необратимые изменения в подкожных венах, коже, мышцах и костях. Проанализировав истории болезней, мы можем отметить, что основными способствующими

факторами для развития варикозного расширения вен и симптомокомплекса варикозной болезни, являются повышенная нагрузка на вены с генетически слабой стенкой, а так же длительное стояние на ногах или сидячая работа, подъем и перенос тяжестей, ношение обуви с высоким каблуком, недостаток движения мышц голени, а так же резкое физическое перенапряжение, беременность, роды, и наследственная слабость стенок вен.

Венозные клапаны находятся на их стенках. В норме это двойные образования, которые ориентированы в сторону сердца. В области прикрепления клапана, диаметр вены больше. В норме при смыкании створок клапана кровь из вышележащего отдела не может проникнуть в нижележащий. Клапаны по венам распределены неравномерно. Если клапан полностью не смыкается, то кровь двигается вверх-вниз, чем вызывается венозный застой и варикозное расширение вен, расположенных ниже неработающего клапана. При варикозном расширении вен возникает недостаточность ниже расположенных венозных клапанов, и кровь не может по расширенной вене двигаться по направлению к сердцу. Возникает ее застой, что проявляется отеками, гиперпигментацией, тромбофлебитами, а в запущенных случаях трофическими язвами. Изменяется весь механизм венозного оттока.

Приведем второй пример: на прием к врачу-хирургу обратилась молодая женщина К. 29 лет с жалобами на периодически возникающую повышенную утомляемость ног и отеки к вечеру после физической нагрузки, наличие варикозных расширенных вен в левой подколенной области. Вены, как косметический дефект появились после беременности и родов. Ранее не обследовалась. При осмотре в левой подколенной области выявлен участок варикозно измененных вен цилиндрической формы, мягкоэластичных, не спаянных с кожей, без признаков воспаления и изменения кожи над ними. Для диагностики нарушений проходимости глубоких и коммуникантных вен и патологии клапанного аппарата врач-хирург провел функциональные пробы. Получение отрицательного результата при проведении функциональных проб сообщило о состоятельности клапанного аппарата и проходимости глубоких коммуникабельных вен. Врачом был поставлен диагноз: начальные проявления варикозного расширения подкожных вен левой нижней конечности, ХВН 0 степени, было назначено консервативное лечение: ношение эластичных бинтов или компрессионного трикотажа, лечебная физкультура, лекарственные препараты – венотоники; рекомендовано проведение доплерографии сосудов нижних конечностей.

Варикозно-расширенные вены являются патологическим образованием и не выполняют своей функции, поэтому выключение их из кровообращения (удаление или склерозирование) приводит к улучшению венозного оттока.



# ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Паромов К.В., Лёнькин А.И., Сметкин А.А., Кузьков В.В., Киров М.Ю.

Северный государственный медицинский университет

МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Архангельск.

Цель исследования: Оценить возможности алгоритма коррекции гемодинамики, основанного на транспульмональной термодилуции в комбинации с непрерывным мониторингом центральной венозной сатурации при хирургической коррекции клапанных пороков сердца и в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы: В исследование включено 18 взрослых пациентов с приобретенными пороками сердца, требующих хирургической коррекции. Посредством рандомизации все пациенты были разделены на две равные группы. В первой группе оценка гемодинамических параметров и алгоритм принятия решения основывались на показателях, полученных при катетеризации легочной артерии катетером Сван-Ганца, а именно центрального венозного давления, среднего давления в легочной артерии (ДЛА), давления заклинивания легочной артерии (ДЗЛА), сердечного индекса (СИ), среднего артериального давления и частоты сердечных сокращений (монитор LifeScope, Nihon Kohden, Япония). Во второй группе оценка гемодинамических параметров и алгоритм принятия решения базировались на данных, полученных при проведении транспульмональной термодилуции, а именно индекса глобального конечнодиастолического объема крови, среднего артериального давления, частоты сердечных сокращений, сердечного индекса, непрерывного мониторинга центральной венозной сатурации, доставки и потребления кислорода (монитор PiCCO 2, Pulsion Medical Systems, Германия).

Индукция в анестезию в обеих группах осуществлялась мидазоламом 0,07 мг/кг, пропофолом 1 мг/кг и фентанилом 5-7 мкг/кг. Миорелаксацию перед интубацией трахеи проводили при помощи пипекурония бромидом 0,1 мг/кг и поддерживали в дальнейшем болюсным введением 0,015 мг/кг каждые 60 мин. Искусственная вентиляция легких в операционной осуществлялась аппаратом Fabius (Dräger, Германия) с параметрами: FiO<sub>2</sub> = 50 %, дыхательный объем 7-8 мл/кг, частота дыхания 12-14/мин. Анестезия поддерживалась пропофолом в дозе 3-5 мг/кг/ч и фентанилом 4-5 мкг/кг/ч. Инфузионную терапию в течение операции и в раннем послеоперационном периоде проводили раствором Рингера и, в случае выявления гиповолемии, гидроксиэтилкрахмалами с молекулярной массой 200 кДа. Для контроля артериальной гипертензии использовалась постоянная инфузия нитроглицерина в дозе 0,3-3,0 мг/ч, болюсное введение эналаприла 1,25 – 2,5 мг и клофелина 0,1 – 0,2 мг. Искусственное

кровообращение проводилось аппаратом Jostra HL 20 (Maquet, Швеция) в непальсирующем режиме с индексом перфузии 3 л/мин/м<sup>2</sup>. Остановку сердечной деятельности и защиту миокарда осуществляли холодным (4 – 6 0С) кардиopleгическим раствором Бретшнайдера (Кустодиол, Др. Франц Кёлер Хеми ГмбХ, Германия). Кардиopleгический раствор доставлялся антеградно, однократно, в объеме 3 литра в начале вмешательства. Восстановление сердечной деятельности происходило в течение 20 – 40 минут после снятия зажима с аорты спонтанно, либо с использованием электрокардиостимуляции (ЭКС). Прекращение искусственного кровообращения осуществлялось этапно. При развитии сердечной недостаточности, что диагностировалось на основании значений СИ, для поддержания насосной функции сердца использовалась постоянная внутривенная инфузия добутамина в дозе 3 – 5 мкг/кг/мин и/или адреналина в дозе 0,05 – 0,2 мкг/кг/мин.

Оценка гемодинамических параметров осуществлялась на этапе индукции в анестезию, в конце операции и в течение 24 часов послеоперационного периода. У всех пациентов интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде учитывали расход препаратов для анестезии, гемодинамически активных препаратов и инфузионных сред. Кроме того, у всех пациентов регистрировали продолжительность пребывания в отделении реанимации и в стационаре.

Статистический анализ проведен при помощи пакета программы SPSS 17.0. Распределение данных определялось на основании теста Шапиро-Вилка. В соответствии с распределением данных для дальнейшего анализа использованы t-тест Стьюдента для непарных выборок и U-тест Манна-Уитни. Анализ дискретных данных осуществлялся при помощи теста хи-квадрат.

Результаты: Группы не различались по основным демографическим данным, преморбидному фону, тяжести исходной сердечной недостаточности (функциональный класс NYHA) и предоперационной фракции выброса левого желудочка ( $p > 0,05$ ). Продолжительность операции, ишемии миокарда, длительность искусственного кровообращения и риск вмешательства (шкала Euroscore) статистически не различались между группами ( $p > 0,05$ ). Основываясь на данных транспульмональной термодилуции, у 55 % пациентов в раннем послеоперационном периоде было выявлено наличие гиповолемии, которая потребовала коррекции коллоидными и кристаллоидными растворами. В то же

время, в группе препульмональной термодилуции гиповолемия диагностировалась значительно реже и не требовала агрессивной коррекции ( $p < 0,05$ ). В свою очередь, более агрессивная контролируемая инфузионная терапия позволила улучшить доставку кислорода в группе PiCCO в первые сутки послеоперационного периода ( $p < 0,05$ ). При сравнении показателей центральной гемодинамики между группами были выявлены достоверно более высокие показатели сердечного индекса и индекса ударного объема в группе PiCCO к 6 и 24 часам послеоперационного периода соответственно, при этом в периферическое сосудистое сопротивление в послеоперационном периоде было достоверно выше в группе Сван-Ганца ( $p < 0,05$ ). Длительность респираторной поддержки в послеоперационном периоде достоверно не различалась и составила в среднем 23 часа в обеих группах ( $p > 0,05$ ). Частота использования и продолжительность инотропной поддержки достоверно не различались между группами ( $p > 0,05$ ). Длительность интенсивной

терапии и продолжительность госпитализации после операции также достоверно не различались между группами ( $p > 0,05$ ). В исследуемых группах за период исследования (28 дней после операции) летальных исходов не было.

**Заключение:** Использование методики транспульмональной термодилуции может служить достойной альтернативой «золотому стандарту» гемодинамического мониторинга на основе препульмональной термодилуции (катетер Сван-Ганца) при коррекции приобретенных клапанных пороков сердца. При этом не требуется катетеризации легочной артерии, сопровождающейся риском развития специфических осложнений (нарушения ритма сердца, повреждение трехстворчатого клапана и клапана легочной артерии, разрыв легочной артерии). Проведение транспульмональной термодилуции позволяет более точно оценивать волевический и гемодинамический статус пациента и своевременно проводить профилактику и коррекцию возникающих гемодинамических нарушений.

## ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ СГМУ

Пермина М. П., Шайдуллова Е. Ф., Ёлкина А.В., V курс,  
факультет медицинской профилактики и экологии

Институт гигиены и медицинской экологии СГМУ

Научные руководители: к.м.н., доц. Анциферова О.А.

Питание представляет собой один из основных видов связи живых организмов с внешней средой и является неременным условием их жизнедеятельности. Человек получает с пищей различные питательные вещества органической и неорганической природы, необходимые ему для осуществления всех жизненных функций. Питательные вещества используются для восполнения расходуемой организмом энергии, для построения и обновления клеток и клеточных структур, а также для синтеза биологически активных соединений, регулирующих обменные процессы. Именно поэтому питание оказывает непосредственное и определяющее влияние на состояние здоровья, процессы роста и развития, устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов среды, на работоспособность и продолжительность жизни человека [1].

Цель настоящего исследования – оценить фактическое питание студентов.

Для выполнения поставленных задач было проведено исследование рационов питания студентов в осенний период времени. При обработке меню раскладок были использованы таблицы химического состава блюд [3]. Были учтены основные требования к рациональному питанию и потребностям в питательных веществах и энергии [2].

При расчете должных величин белков, жиров и

углеводов учитывали критерий сбалансированности рационов питания, т.е. соотношение белков, жиров и углеводов – 1:1,2:4,6. Для расчета должных величин калорийности использована формула: энергозатраты должные =  $ВОО * 1,4 + \text{специфико-динамическое действие пищи}$ , где 1,4 – коэффициент физической активности, ВОО для мужчин:  $15,4 МТ - 27 Р + 717$ , для женщин:  $ВОО = 13,3 МТ + 334Р + 35$ . Для анализа и сравнения результатов мы использовали средние величины полученных данных [2].

По данным анализа рациона питания 30 студентов факультета медицинской профилактики и экологии были получены следующие результаты: недостаток в рационе жиров растительного (жиры Р) и животного происхождения (жиры Ж), недостаток углеводов, и недостаток калорийности питания (табл. 1).

Таблица 1.

Количество пищевых веществ и калорийность рационов студентов

Величины	белок Ж (г)	белок Р (г)	жиры Ж (г)	жиры Р (г)	углеводы (г)	калорийность (ккал)
Должные	36,04	29,3	47	30,58	301,2	2140,4
Фактические	35,3	29	38,2	21,4	255,31	1737,04

Хронический (реже острый) дефицит необходимых для жизнедеятельности пищевых веществ (нутриентов) или энергии, вызванный непосредственно питанием, т.е. нарушением между нормами физиологических потребностей человека в энергии и пищевых веществах и реальным потреблением пищи является причинно-патогенетической основой развития алиментарных заболеваний (белковой и белково-энергетической недостаточности, гиповитаминозов, авитаминозов, микроэлементозов). Также недостаток в питании пищевых веществ является фактором риска для развития хронических заболеваний [4].

Таким образом, фактическое питание студентов является неполноценным, выявлен недостаток в рационе жиров растительного и животного происхождения, углеводов, калорийность питания снижена.

#### Список литературы

1. Микронутриенты в питании здорового и больного человека: справочное руководство по витаминам и минеральным веществам / В.А. Тутельян, В.Б. Спиричев, Б.П. Суханов, В.А. Кудашева – М.: Колос, 2002. – 424с.

2. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации: Методические рекомендации МР 2.3.1.2432 -08. – Москва, 2008. – 42с.

3. Скурихин И. М., Тутельян В. А. Таблицы химического состава и калорийности российских продуктов питания. Справочник. / Под ред. И. М. Скурихина – М.: ДеЛи принт, 2008, ст. 276.

4. Смолянский Б. Л. Диетология: нов. справ. для врачей / Б. Л. Смолянский, В. Г. Лифляндский. - М.: Эксмо; СПб.: Сова, 2003. - 815 с.

## **ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**Плотникова Е.В.**

**МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Е.Е. Волосевич» г. Архангельск**

**Научный руководитель: проф. Миролюбова О.А.**

Актуальность. Острое повреждение почек (ОПП) у пациентов, подвергшихся кардиохирургическому лечению в условиях искусственного кровообращения (ИК) встречается в 1-30 % случаев. Даже минимальные изменения сывороточного креатинина в послеоперационном периоде приводят к снижению продолжительности жизни. Риск гибели пациента в 1-7 % случаев всё ещё связан с послеоперационным повреждением почек, требующим заместительную почечную терапию (ЗПТ). Пациенты, которые получали ЗПТ в период острой почечной недостаточности (ОПН), часто остаются зависимыми от диализа. Длительное восстановление функции почек сказывается на сроках пребывания в стационаре.

Цель исследования: оценить динамику функционального состояния почек у пациентов после протезирования клапанов сердца в условиях ИК и выявить факторы, способствовавшие развитию остро повреждения почек.

Материалы и методы: Объектом исследования стали пациенты, сплошная выборка (n=113), которым выполнено протезирование клапанов сердца в условиях ИК в МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Е.Е. Волосевич» в период за 2008 год. Средний возраст пациентов составил 50,5±12,3 года. Все больные распределены по нозологическим группам: хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) – 50 человек, инфекционный эндокардит (ИЭ) – 36 чел., склеродегенеративные пороки – 13 чел., другие – 14 чел..

В ходе работы оценивалась исходная функция почек, в первые сутки после операции, в конце госпитального периода по скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формулам D.W. Cockcroft и MDRD. Определялось осложнение: количество больных с ОПП получавших заместительную почечную терапию.

По исходной СКФ пациенты распределились следующим образом: > 60 мл/мин – 92 чел. (83,6 %); 30-60 мл/мин – 16 чел. (13,8 %); < 30 мл/мин – 2 чел. (1,7 %).

Средняя продолжительность ИК составила 114,4±45,4 минуты, ишемии миокарда (ИМ) – 86,3±35,1 минуты.

Анализ полученных данных выполнен с использованием программы медицинской статистики SPSS, версия 17.0. данные представлены M±SD.

Результаты исследования: Методом повторных измерений оценивалась динамика функционального состояния почек по двум формулам: D.W. Cockcroft и MDRD. Выявлено достоверное снижение СКФ по MDRD в первые сутки после операции с 90,0±32,8 мл/мин до 54,5±22,9 мл/мин, с последующим восстановлением до 86,1±38,1 мл/мин (p< 0,001). Сходная динамика отмечалась при исследовании функции почек по формуле Cockcroft 95,2±34,9 мл/мин до операции; 61,8±27,1 мл/мин в первые сутки после операции; 90,1±39,0 мл/мин перед выпиской из стационара (p< 0,001).

По обем формулам оценивалась динамика функции почек в разных группах по этиологическому фактору. Было выявлено, что нозология не оказала влияния на динамику функции почек, которая была сходной во всех группах.

Нами была выявлена обратная корреляционная связь возраста пациентов со СКФ по MDRD ( $r = -0,401$ ;  $p < 0,001$ ).

Осложнение в виде ОПП составило 4,4 %. При анализе исходной функции почек было выявлено, что у больных с ОПП в послеоперационном периоде исходная СКФ составила  $66,1 \pm 29,4$  мл/мин и была ниже, чем у остальных пациентов, не имевших ОПП ( $96,5 \pm 34,5$  мл/мин). В первые сутки после операции СКФ у больных с ОПП составила  $39,9 \pm 21,0$  мл/мин, тогда как у пациентов без данного осложнения –  $62,8 \pm 26,9$  мл/мин.

Восстановление функции почек у пациентов с ОПП было более медленное и к концу госпитального периода СКФ составила только  $55,3 \pm 10,1$  мл/мин по сравнению с больными без нарушения функции почек, у которых СКФ вернулась к исходному значению  $91,6 \pm 39,1$  мл/мин.

Методом множественной регрессии выявлены факторы, оказывающие влияние на СКФ по MDRD в 1-е сутки после операции ( $R^2 = 0,658$ ;  $p < 0,001$ ): исходная СКФ ( $p < 0,001$ ), возраст ( $p = 0,001$ ) и время ИК ( $p = 0,011$ ).

Для определения риска развития ОПП после протезирования клапанов использована кривая операционной характеристики (ROC кривая) для времени ИК, площадь под кривой составила 0,824,  $p = 0,015$ . Выбрана точка разделения, равная 144 минутам. Проведена оценка чувствительности диагностического теста, которая составила 80% и специфичности – 82%.

Выводы: СКФ снижается в первые сутки после операции протезирования клапанов сердца и восстанавливается к концу госпитального периода. Эта динамика однотипна у пациентов с различной нозологией клапанной болезни сердца.

ОПП развилось у 4,4% оперированных пациентов, что потребовало заместительной почечной терапии.

Факторами риска развития ОПП является исходно низкая СКФ, возраст пациентов и длительность ИК.

## **РОЛЬ ШКАЛЫ КТ-ИЗМЕНЕНИЙ BALTHAZAR E. В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Поздеев В.Н., Кустышев М.В., Мизгирев Д.В.**

**Кафедра хирургии ФПК и ППС СГМУ**

**МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Архангельск**

**Научный руководитель: доц. Дуберман Б.Л.**

Введение. Острый некротический панкреатит является тяжелым заболеванием с зачастую не прогнозируемым течением. E.Balthazar и соавторы (1990г.) разработали классификацию компьютерно-томографических данных, которая устанавливает корреляцию между морфологическими изменениями, выявляемыми при первичной компьютерной томографии (КТ), и продолжительностью госпитализации, риском осложнений и летальностью. Тяжесть панкреатита классифицируют по стадиям от А до Е, которым отвечает определенное количество баллов (0–4). К ним прибавляются баллы в зависимости от величины некроза: стадия А (0 баллов): поджелудочная железа (ПЖ) не изменена. У 20–25 % больных с отечной формой панкреатита при КТ изменения в ПЖ отсутствуют. Стадия В: имеются изменения ПЖ (1 балл) — локальное или диффузное ее увеличение; умеренная гетерогенность паренхимы; незначительное внутривисцеральное скопление жидкости; зоны некроза меньше 3 см в диаметре или некротизирована треть ПЖ Стадия С (2 балла): имеются изменения ПЖ, а также окружающих ее органов и тканей. В этой стадии кроме нарушений, характерных для предыдущей стадии, отмечаются парапанкреатические изменения,

поражена половина железы. Стадия D (3 балла): воспалительные изменения вне ПЖ. Выявляют значительные изменения в парапанкреатических зонах и единичные скопления жидкости. Стадия Е (4 балла): множественные, достаточно большие по размерам парапанкреатические скопления жидкости, некроз железы, абсцессы.

Цель исследования. Определить эффективность шкалы E. Balthazar (1990) в оценке тяжести течения острого некротического панкреатита

Материалы и методы. В основу работы положен опыт обследования и лечения 105 больных, поступивших в МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Архангельска в срочном порядке, у которых по данным последующих клинического и дополнительных методов обследования выявлено наличие инфицированных панкреатогенных жидкостных образований. Возраст больных исследуемой группы составил от 22 до 78 лет, средний возраст составил  $49,5 \pm 1,2$  года. Соотношение мужчин и женщин составило 3:2. Средний возраст больных мужского пола составил  $44,0 \pm 1,2$  года, больных женского пола –  $60,0 \pm 2,6$  года. Преобладающее число больных было трудоспособного возраста (от 18 до 59 лет), что составило 65,3%.

Однако, нельзя не отметить, что острый панкреатит одинаково часто встречается как у молодых больных (в 12,0% случаях), так у пациентов старше 70 лет (в 12,0% случаев).

Нами проанализированы результаты КТ у 72 (68,6%) пациентов из 105 пролеченных в хирургических отделениях с инфицированными панкреатогенными жидкостными образованиями за период 2005-2008 г.г. При оценке степени тяжести КТ картины по системе E. Balthazar выявлено, что степень А встретилась у 3 (2,8%) больных, степень В у 25 (23,8%). У 20 больных (19,0%) определялась степень С. У 15 (14,3%) больных встретилась степень D и, наконец, степень E - у 9 (8,5%).

Результаты. КТ выполнялась у 72 (68,6%) пациентов в сроки  $8,9 \pm 1,0$  дня с момента поступления. По данным нашего исследования, основными признаками острого некротического панкреатита при КТ явились увеличение размеров ПЖ в сочетании с наличием гиподенсивных участков ее паренхимы. Применение КТ с целью диагностики гнойных осложнений острого некротического панкреатита у 72 больных показало, что имбибиция парапанкреатической клетчатки определялась в 56,9% случаев, наличие гиподенсивных образований в зоне ПЖ в 48,6%, но признаки инфицирования в виде пузырьков

газа в инфильтративных тканях выявлены лишь у 8,3% больных. У больных гнойным панкреатитом картина при КТ в 33,3% случаев соответствовала D и E степени градации E. Balthazar, что свидетельствовало о более тяжелом деструктивном процессе в ПЖ. Недостатками КТ-навигации являются лучевая нагрузка на больного, длительность вмешательства, отсутствие режима реального времени. К тому же КТ невыполнима при тяжелом состоянии больного, если требуется искусственная вентиляция легких или пациент находится в состоянии психоза. Анализируя полученные данные, следует отметить, что наиболее часто встречались степени В и С, в то время как наиболее точные признаки инфицирования в инфильтративных тканях по данным КТ (степень E) определялись крайне редко. В связи с этим в подавляющем большинстве случаев установить достоверно наличие инфицирования парапанкреатической клетчатки по данным КТ не представляется возможным.

Выводы. КТ является единственным рентгенологическим методом, позволяющим получить четкое детализированное изображение ПЖ. Но предложенная градация КТ картины по Balthazar, 1990 проявляет низкую чувствительность в диагностике гнойных осложнений острого некротического панкреатита.

## **ОСНОВАТЕЛЬ КАФЕДРЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ АГМИ ДМИТРИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ НИКИТИН**

**Полуэктова Т.А., VI курс, педиатрический. факультет**

**Кафедра истории медицины СГМУ**

**Научный руководитель: проф. Щуров Г.С., директор музейного комплекса Андреева А.В.**



В 2009 году исполняется 135 лет со дня рождения известного отечественного врача Дмитрия Васильевича Никитина, заведующего кафедрой инфекционных болезней Архангельского государственного медицинского института (АГМИ) в 1936 – 1954 гг.

Дмитрий Васильевич Никитин родился в 1874 г. в селе Дмитриевский погост Рязанской губернии в семье сельского священника. Мама Никитина преподавала иностранные языки (английский и французский) и музыку в пансионате князя Волконского в Зарайске. В 1892 г. Дмитрий Васильевич окончил с золотой медалью Рязанскую гимназию и поступил в Московский университет на медицинский факультет. После окончания университета Дмитрий Васильевич временно работал в Дмитриевской больнице у

себя на родине. Для продолжения обучения он вернулся в Москву и 1,5 года работал экстерном (нештатным врачом без жалования) у известного профессора Алексея Александровича Остроумова, а затем ординатором. В 1902 году Никитин окончил ординатуру и был рекомендован на работу домашним врачом к Л.Н. Толстому.

В 1903 году, мечтая о более широкой врачебной практике, Д.В. Никитин уехал за границу для усовершенствования профессиональных навыков в клиниках Парижа и Лондона. Вернувшись через год, он продолжил врачебную деятельность в Звенигороде в должности земского врача.

В 1914г., до начала Первой мировой войны, Дмитрий Васильевич занимался научной работой под руководством Шафера и Ф. Видаля в Париже и у профессора Бауэра в Гамбурге. В 1916г. Д.В. Никитин был призван в Армию и участвовал в Первой мировой войне.

В 1925 году Дмитрий Васильевич принял участие в научной экспедиции на остров Шпицберген в Северном Ледовитом океане в качестве врача экспедиции на пароходе «Персей», начавшем путь из Архангельска.

В 1931 г. кафедрой инфекционных болезней при Московском медицинском институте было выпущено «Руководство по острым инфекционным заболеваниям» для участковых врачей под авторством Д.В.Никитина, М.П.Киреева и К.Ф.Флерова. В этом же году Дмитрий Васильевич побывал у М.А.Горького в Сорренто для консультации и лечения.

В 1933 году Д.В.Никитин был осуждён Коллегией ОГПУ по ст. 58 УК и сослан на 4 года в Архангельск. Главный врач Архангельской городской больницы Н.И. Лилеев принял ссыльного Д.В. Никитина на работу в поликлинику при больнице.

В 1936 году открылась кафедра инфекционных болезней Архангельского медицинского института, основанного в 1932 году. По рекомендации известных ученых Д.В.Никитин был назначен заведующим кафедрой, не имея никаких учёных степеней и званий. В последующие годы многие сотрудники и студенты АГМИ называли доктора Никитина не иначе, как профессор. Даже некоторые архивные документы указывают на это звание, которое неофициально «закрепилось» за Д.В. Никитиным. Хотя только звание доцента он получил в марте 1939 г.

Накануне и в годы Великой Отечественной войны Д.Н. Никитин поражал всех не только своими знаниями, но и энергичной работоспособностью. Он бесплатно осматривал пациентов на дому, читал курс лекций гражданским и военным врачам, фельдшерам и медсестрам по инфекционным болезням, консультировал больных в военных госпиталях, принимал активное участие в работе Архангельского общества терапевтов и инфекционистов, преподавал на курсах усовершенствования медицинского состава Северного флота. В 1942 году Никитин написал брошюру «Сыпной тиф», подготовил наставления о диагностике, лечении и профилактике дизентерии, инфекционной желтухи, туляремии, скарлатины и некоторых других инфекций.

За хорошие показатели в педагогической, научной и оборонной работе доценту Никитину неоднократно объявлялась благодарность от ректора АГМИ, он дважды награждался денежной премией, а по окончании войны был удостоен медали «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.». В 1944г. Командующий Беломорской флотилией объявил Д.В. Никитину благодарность за большой вклад, внесённый им в дело повышения качества лечения матросов и командиров во флотских госпиталях, а главнокомандующий Северным флотом наградил медалью «За оборону Советского Заполярья». В 1949 году Никитину было присвоено звание «Отличник здравоохранения».

За годы жизни в Архангельске Дмитрий Васильевич Никитин более всего занимался изучением инфекционных заболеваний на Севере. Совместно с сотрудниками кафедры инфекционных болезней АГМИ им были выполнены такие работы как: «О лечении рожи стрептоцидом», «Патогенез и лечение пеллагры», «Клинические наблюдения над пеллагрой и полиавитаминозами», «Опыт лечения дифтерийных параличей тиамин-бромидом» и др. Доцент Никитин принимал активное участие в работе всесоюзных и республиканских конференций, а также - в обсуждении докладов и научных лекций молодых коллег.

В 1953 году Дмитрий Васильевич Никитин покинул Архангельск, чтобы подвергнуться операции в Москве. В 1954 году приказом ректора АГМИ он был освобождён от обязанностей заведующего кафедрой. Общее состояние здоровья Никитина было плохое: болело сердце, беспокоили приступы астмы, головные боли, головокружения. 9 января 1960 года Дмитрий Васильевич скончался от разрыва аневризмы брюшной аорты.

В Архангельске осталось много его учеников, которые сохраняют память об Учителе до сих пор. В качестве духовного завещания Дмитрий Васильевич оставил им совет: «Не уходить от людей и от их нужд!»

## **МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОГО АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.**

**Попов С.В.**

**Кафедра факультетской хирургии СГМУ**

**Научный руководитель: доц. Одинцов В.А.**

Ключевые слова: телемедицинские технологии, дистанционное консультирование, эндокринный центр, УЗ . исследование, заболевания щитовидной железы

Нами был разработан и внедрён в практику алгоритма телекоммуникационной диагностики заболеваний щитовидной железы, с помощью первичного УЗ-исследования. На его основе с апреля по ноябрь

2008г. было проведено 256 удаленных консультаций пациентов с патологией щитовидной железы в городе Северодвинске, расположенном в зоне Северной тайги, благополучной по содержанию йода в почве и 90 удаленных консультаций пациентов в городе Вельске, находящемся на йододефицитной территории Средней тайги.

В структуре обследованных пациентов во всех населенных пунктах женщин оказалось достоверно больше, чем мужчин ( $P < 0,05$ ).

Распределение обследованных пациентов по возрасту показало, что в г. Северодвинске наибольшая доля пациентов оказалась в возрастной группе от 50 до 60 лет ( $30,6 \pm 2,9$ ), в г. Вельске в возрастной группе старше 40 лет ( $32,2 \pm 5,0$ ). Среднее значение количества выявленных в ЩЖ образований оказалось у пациентов из г. Вельска достоверно выше ( $4,0 \pm 0,8$ ), чем у пациентов из г. Северодвинска ( $1,6 \pm 0,2$ ).

Необходимо отметить, что достоверная большая доля пациентов из г. Вельска имела от 1 до 2 образований в структуре ЩЖ ( $43,3 \pm 5,2$ )% по сравнению с пациентами из г. Северодвинска ( $27,0 \pm 2,8$ %).

Такая же картина отмечалась и при регистрации от 3 до 6 образований: на первом месте были пациенты из Вельска ( $18,9 \pm 4,1$ %), у них подобные образования встречались достоверно чаще, чем у пациентов из Северодвинска ( $7,8 \pm 1,7$ %).

Узлы, размерами более 6 мм достоверно чаще выявлялись при ультразвуковом исследовании у пациентов из г. Вельска ( $13,3 \pm 3,6$ %). Менее крупные узлы (до 1 см в диаметре) достоверно чаще встречались у пациентов из г. Северодвинска ( $23,4 \pm 2,6$ %).

В структуре выявленной патологии со стороны ЩЖ среди жителей г. Северодвинска достоверно преобладали изменения аутоиммунного генеза ( $36,1 \pm 3,0$ ),  $27,2$ % жителей – патологии не имели, в  $12,3$ % случаев были выявлены структурные изменения коллоидного характера, в  $10,4$ % случаев – выявлен узловой зоб ( $P < 0,05$ ). Что касается опухолевых поражений, то они были представлены

достоверно меньшим удельным весом заболеваний ( $5,1$ %), по сравнению со всей, выявленной патологией ( $P < 0,05$ ).

Среди жителей г. Вельска в структуре патологии со стороны ЩЖ достоверно чаще встречались изменения аутоиммунного генеза ( $38,1 \pm 4,2$ % случаев), на втором месте оказался узловой зоб ( $35,1 \pm 4,1$ %), фолликулярные новообразования выявлялись в  $11,9 \pm 2,8$ % случаев, диффузный зоб – в  $1,5 \pm 0,1$ % случаев ( $P < 0,05$ ).

Таким образом:

1. Анализ общей заболеваемости щитовидной железы показал, что достоверно выше доля очаговых изменений в щитовидной железе у жителей г. Вельска ( $43,3 \pm 5,2$ %), расположенного на йододефицитной территории Средней тайги, по сравнению с жителями г. Северодвинска ( $27,0 \pm 2,8$ %) находящегося в благополучной по содержанию йода зоне Северной тайги.

2. На основании проведенной оценки эффективности использования информационно-телекоммуникационных технологий установлено, что клинически значимые изменения в щитовидной железе достоверно чаще выявлялись у обследованных г. Вельска по сравнению с пациентами г. Северодвинска ( $48,5$  % и  $24,4$  % случаев соответственно), что диктует необходимость более широкого внедрения данного метода в практическую медицину в первую очередь в регионы средней тайги.

3. Использование телекоммуникационных технологий, в рамках профилактики заболеваний щитовидной железы, позволило нам расширить сферу применения созданной на базе ГЭЦ «Тире-ошколы».

## **НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У УРОЖЕНЦЕВ ЗАПОЛЯРЬЯ**

**Попова О.Н., Юрьева М.Ю., III курс, лечебный факультет.**

**Институт гигиены и медицинской экологии СГМУ**

**Научный руководитель: проф. Гудков А.Б.**

Для получения сравнительной информации о влиянии степени жесткости природно-климатических факторов на состояние системы внешнего дыхания проведено обследование уроженцев Крайнего Севера. Исследование функции внешнего дыхания осуществлено в зимний период (январь-февраль) у молодых лиц трудоспособного возраста, родившихся и постоянно проживающих в Заполярье (г. Кировск Мурманской области). В условиях теплового комфорта обследованы 26 мужчин (средний возраст ( $23,0 \pm 4,1$ ) года) и 28 женщин (средний возраст ( $20,1 \pm 2,6$ ) года). Легочные объемы и емкости, показатели вентиляции приводились к системе ВTPS (Анохин М.И., 2003).

При анализе полученных результатов у уроженцев Крайнего Севера установлено, что фактические

величины ЖЕЛ превышают должные значения как у мужчин ( $p < 0,01$ ), так и у женщин ( $p < 0,001$ ) (табл. 1).

Проведенные расчеты показали, что фактические величины ЖЕЛ больше должных у мужчин, уроженцев Крайнего Севера, на  $16$  % ( $p < 0,01$ ), а у женщин — на  $26$  % ( $p < 0,001$ ), что на  $14-16$  % превышает значения полученные нами у жителей Европейского Севера при сравнении их фактических показателей с должными (Попова О.Н., Гудков А.Б., 2007). Так как величина ЖЕЛ косвенно указывает на максимальную площадь дыхательной поверхности легких, обеспечивающей газообмен, то можно сделать вывод, что у жителей Заполярья создаются условия для более эффективного приспособления

Легочные объемы и емкости у молодых лиц, уроженцев Крайнего Севера, M+s, n=54

Пол	n	Величина	Показатели			
			ЖЕЛ, л	РОВд, л	РОВыд, л	ДО, л
М	26	Фактическая	6,04+1,32**	2,83+0,92***	2,92+1,02***	0,96+0,36*
		Должная	5,23+0,46	1,72+0,15	1,3+0,1	0,78+0,05
Ж	28	Фактическая	4,64+0,89***	2,09+0,48***	1,91+0,64***	0,77+0,26***
		Должная	3,69+0,21	1,21+0,05	0,92+0,05	0,55+0,05

Примечание: достоверные отличия фактических величин по сравнению с должными: \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ ; \*\*\* -  $p \leq 0,001$

легочной вентиляции к обеспечению повышенных метаболических запросов организма.

При анализе объемов, составляющих ЖЕЛ, выявлено, что как у мужчин, так и у женщин, родившихся и постоянно проживающих на Крайнем Севере, фактические величины РОВд и РОВыд превышают должные ( $p < 0,001$ ). При этом РОВыд, как и у уроженцев Европейского Севера, в большей степени превышает должную величину, чем РОВд.

Выявлено также, что у жителей высоких широт фактические величины ДО у мужчин ( $p < 0,05$ ) и у женщин ( $p < 0,001$ ) превышают должные. Расчет отношения ДО к ЖЕЛ показал, что при дыхании в состоянии покоя уроженцы Крайнего Севера используют 16-17 % абсолютной величины ЖЕЛ, следовательно, 83-84 % ЖЕЛ при спокойном дыхании у них находится в резерве (табл. 2).

Таблица 2

Структура ЖЕЛ у жителей Крайнего Севера (% от ЖЕЛ) n=54

Показатели	Мужчины (n=26)	Женщины (n=28)
ДО	15,9	16,6
РОВд	46,9	45,0
РОВыд	48,3	41,1

Это на 3 % меньше, чем у жителей Европейского Севера. Традиционно в литературе проблема резервов дыхательной системы обсуждается в связи с вентиляционной функцией легких, которая оценивается, в том числе, и по величине ЖЕЛ (Бреслав И.С., Ноздрачев А.Д., 2005). Поэтому можно заключить, что жители Крайнего Севера, по сравнению с уроженцами Европейского Севера, в большей

степени используют резервы дыхания в состоянии покоя. Вероятно это обусловлено более жесткими климатическими условиями Крайнего Севера.

Величина РОВд по отношению к ЖЕЛ у жителей Крайнего Севера составила 46,9 % и 45,0 % соответственно у мужчин и женщин и мало отличалась от показателей полученных у уроженцев Европейского Севера. Однако, отношение РОВыд к ЖЕЛ на 6-8 % больше, чем у жителей Европейского Севера.

Увеличенные значения РОВд и особенно РОВыд у жителей Крайнего Севера являются проявлением компенсаторно-приспособительных реакций внешнего дыхания, направленных на обеспечение повышенных энергозатрат и способствующих демпфированию экстремальных климатических факторов Заполярья.

Таким образом, у жителей северных регионов как уроженцев Европейского Севера, так и Крайнего Севера фактические величины статических легочных объемов и емкостей имеют значительные отклонения от должных значений: увеличены ЖЕЛ, РОВд, РОВыд, ДО и изменена структура ЖЕЛ. Жители Крайнего Севера в состоянии покоя в несколько большей степени используют резервы дыхательной системы, чем жители Европейского Севера.

Литература:

1. Анохин М.И. Спирография у детей.- М.: Медицина, 2003.- С. 13-23.
2. Бреслав И.С., Ноздрачев А.Д. Дыхание. Висцеральный и поведенческий аспекты.- М.: Наука, 2005.- 309 с.
3. Попова О.Н., Гудков А.Б. Особенности внешнего дыхания у молодых лиц, уроженцев Европейского Севера // Известия Самарского научного центра РАН.- Т.1.-2007.-С.71-76.

## К ИСТОРИИ КАФЕДРЫ БИОЛОГИИ. ПРОФЕССОР ЕЛИЗАВЕТА ВЛАДИМИРОВНА СОРОЧЕНКОВА

Протопопов Д.А., II курс, лечебный факультет.

Кафедра истории медицины СГМУ.

Научные руководители: доц. Ладыгина А.С., директор музейного комплекса СГМУ Андреева А.В.

В 1932 г. был открыт самый северный в России медицинский институт в городе Архангельске. Одними из первых формировались в нем кафедры медико-биологического профиля, в числе которых

была и кафедра биологии. Основателем кафедры является профессор Г.М. Литвар. С 1934 г. кафедрой в течение 23 лет заведовал профессор Филипп Наумович Бассин, пригласивший на должность





ассистента выпускницы естественного факультета Архангельского педагогического института Elizavetu Vladimirovnu Sorochenkovu.

Елизавета Владимировна родилась в 1914 году в семье коренных поморов Ласкиных в деревне Нёнокса, что на левом берегу Белого моря.

Окончив 4 класса сельской школы, она поступила в Архангельскую уездную школу и окончила ее с отличием. В 16 лет ее направили работать в поселок Усть-Пинега учителем химии и биологии на рабфак, а через год назначили директором начальной школы в Онежском районе. Затем Онежский отдел образования направил ее на 10-ти месячные курсы по усовершенствованию преподавателей биологии и химии в г. Вологду, после которых она вернулась в Онегу учителем биологии в среднюю школу. В своих воспоминаниях Елизавета Владимировна писала об этих годах жизни, как о самых трудных: холодная школа и голодные дети. Однако, несмотря на все трудности, они не унывали, верили в лучшее будущее, учились с большим старанием, занимались спортом и художественной самодеятельностью.

В 1934 г. Елизавета Владимировна вышла замуж за учителя физики, которого вскоре пригласили преподавать в АЛТИ. Они переехали в Архангельск, где Сороченкова поступила в педагогический институт на естественный факультет (отделение биологии), 2-х годичный курс которого «по-стахановски» закончила за один год.

В 1937 году она начала работать ассистентом на кафедре биологии АГМИ. Будучи человеком устремленным и неравнодушным, Сороченкова ищет новые методы повышения интереса студентов к биологии. В 1937 году, в тяжелые для биологической науки времена, Елизавета Владимировна совместно с проф. Ф. Н. Бассиным организовали на кафедре дарвиновский музей. Концепцией музея предусматривались две экспозиции: 1 - Происхождение и развитие жизни на Земле; 2 - Происхождение и эволюция человека (Антропогенез). Музей задумывался не только как учебный для студентов АГМИ, но и как центр подготовки и атеистического воспитания школьников, база для проведения семинаров для лекторов-атеистов по проблемам «Происхождение жизни и человека». В 1938 г. из Москвы поступили первые экспонаты, и музей получил свое помещение в АГМИ. В 1939 г. была оформлена первая экспозиция, музей начал проводить экскурсии. Экспонаты продолжа-

ли поступать даже тогда, когда уже шла Великая Отечественная война, экспозиция расширялась по обоим разделам. В 1942 г. город бомбили немецкие самолеты, и здание АГМИ было наполовину разрушено. В главном корпусе пришлось потесниться, помещение музея заняли кафедры из разрушенной части здания. Елизавета Владимировна оставалась хранительницей музея, удалось сохранить все экспонаты, кроме тех, которые были повреждены во время бомбежки или замерзли в 1942 г.

В 1943 г. при обороне Ленинграда погиб муж Сороченковой, она осталась одна с тремя детьми. Несмотря на все трудности, в 1955 г. она защитила кандидатскую диссертацию на тему «Сравнительное действие пенициллина и фитонцидов ольхи, можжевельника и исландского мха на простейших», а в 1957 г. стала заведующей кафедрой. В 1962 г. кафедра получила новые помещения, в том числе и для размещения музея, который был возрожден заново.

Елизавету Владимировну ждало новое испытание судьбы. Во время службы на Северном флоте, получив большую дозу облучения, погиб ее сын Алексей. Казалось, вместе с ним умерла и ее душа..., но эта мужественная женщина нашла в себе силы преодолеть свою скорбь, продолжая работать и заниматься научными исследованиями.

В 1970 г. ею была защищена докторская диссертация, посвященная изучению эпидемиологии природно-очаговых гельминтозов на Крайнем Севере. Она объехала на оленьих упряжках почти всю Малоземельскую и Большеземельскую тундру и собрала большой научный материал. Решением ВАКа 13 апреля 1973 года она была утверждена в ученом звании профессора. Свои идеи она передала своим ученикам – сотрудникам кафедры. Под ее руководством было защищено 3 кандидатских диссертации. Созданное Елизаветой Владимировной научное направление «Распространение и эпидемиология гельминтозов на Европейском Севере» функционировало на кафедре до 1991 г. В решении проблемы гельминтозов на Европейском Севере в течение 30 лет принимали участие студенческие гельминтологические отряды, которыми руководили преподаватели кафедры биологии АГМИ.

С уходом Елизаветы Владимировны на заслуженный отдых в 1982 г. над музеем снова нависла угроза расформирования. В связи с увеличением количества факультетов, потребовались помещения для лекционных аудиторий, и помещение музея в 140 квадратных метров пришлось освободить. Музей несколько лет находился в «запасе», но в 2005 году в составе музейного комплекса СГМУ он был снова возрожден в память о его создателях, радевших за идеи Ч. Дарвина.

# ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВЫСОКОЙ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.

Потайчук Е.И.1, Холматова К.К.2

16 курс, лечебный факультет

2кафедра внутренних болезней ФПК и ППС СГМУ

Научный руководитель: проф. Дворяшина И.В.

Актуальность: пациенты с сахарным диабетом (СД) 2 типа относятся к категории высокого риска развития осложнений при остром инфаркте миокарда (ОИМ). Выявление факторов, ассоциированных с неблагоприятными исходами ОИМ у данной категории пациентов, представляет собой важную социальную проблему.

Цель работы: изучение факторов, связанных с летальным исходом во время госпитального периода ОИМ у пациентов с СД 2 типа.

Материалы и методы: В исследование включено 103 пациента в возрасте до 80 лет, госпитализированных по поводу ОИМ в Городскую клиническую больницу №1 г. Архангельска за период с 2008 г. по 2009 г. Для диагностики ОИМ и СД использованы критерии ВОЗ. Оценивали социо-демографические показатели, клинические симптомы, методы лабораторной диагностики и лечения пациентов с ОИМ, а также частоту развития осложнений ОИМ и смертность в госпитальном периоде.

Для обработки данных использовали программу SPSS 13 for Windows. Простой и множественный логистический регрессионный анализ был применен для определения независимого влияния изучаемых переменных на развитие летального исхода в период госпитализации. В качестве независимых переменных использовали пол, возраст пациентов, крупноочаговое повреждение миокарда (Q-зубец), кратность ОИМ, частоту сердечных сокращений, систолическое артериальное давление, уровень СОЭ и гликемии при поступлении, наличие признаков остро (Killip) и хронической (NYHA) сердечной недостаточности, нарушения ритма и проводимости, а также проведение тромболитической терапии. Все независимые переменные пошагово вводились в регрессионную модель до прекращения значимого увеличения коэф-

фициента детерминации. Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

Результаты: госпитальная летальность пациентов с ОИМ на фоне СД 2 типа составляет 19,4%. В результате проведенного анализа выявлено, что факторами, значимо связанными с летальным исходом в период госпитализации, являются время от начала болевого синдрома до поступления в стационар (ОШ = 1,03; 95% ДИ: 1,01-1,05,  $p = 0,015$ ), кратность ОИМ (ОШ = 2,09; 95% ДИ: 1,07-4,09,  $p = 0,031$ ), наличие зубца Q (ОШ = 4,21; 95% ДИ: 1,03-17,22,  $p = 0,045$ ), 2-4 класс острой сердечной недостаточности по Killip (ОШ = 2,91; 95% ДИ: 1,81-4,66,  $p < 0,001$ ), нарушения ритма сердечных сокращений (ОШ = 5,15; 95% ДИ: 1,82-14,57,  $p = 0,002$ ), 2-4 функциональный класс хронической сердечной недостаточности по NYHA (ОШ = 27,16; 95% ДИ: 3,22-228,97,  $p = 0,002$ ), уровень гемоглобина крови (ОШ = 0,97; 95% ДИ: 0,95-0,99,  $p = 0,034$ ) и уровень лейкоцитов в крови при поступлении (ОШ = 1,22; 95% ДИ: 1,05-1,43,  $p = 0,008$ ). Не было получено связи с полом (ОШ = 0,579; 95% ДИ: 0,21-1,60,  $p = 0,291$ ) и возрастом (ОШ = 1,01; 95% ДИ: 0,95-1,05;  $p = 0,936$ ).

В результате проведения множественного регрессионного факторами, связанными с летальным исходом, были 2-4 класс острой сердечной недостаточности по Killip (ОШ = 1,57; 95% ДИ: 1,04-2,39,  $p = 0,033$ ) и 2-4 функциональный класс хронической сердечной недостаточности по NYHA (ОШ = 35,72; 95% ДИ: 2,08-66,3,  $p = 0,014$ ).

Выводы: Смертность пациентов СД 2 типа в раннем госпитальном периоде ОИМ остается высокой, что связано с поздней госпитализацией данной группы пациентов и высокой частотой осложнений раннего госпитального периода.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА.

Прялухина Н.В., Кондратьева О.В., V курс педиатрический факультет, Багина А.Ю., VI курс лечебный факультет.

Кафедра офтальмологии СГМУ.

Научный руководитель: к.м.н. Кузнецова Н.А.

В настоящее время все более актуальны вопросы, связанные со снижением остроты зрения в молодом возрасте. Нагрузка на глаза в книжно-компьютерное время постоянно увеличивается. Школьники и студенты с той или иной патологией органа зрения уже не редкость. Об этом свидетельствует и постепенно растущий спрос на очки и контактные линзы.

Цель исследования: изучение заболеваемости глаз у студентов 4 курса медико-профилактического факультета 2006-2007 и 2007-2008 учебных годов.

На студентов заполнялись карты, в которых фиксировались следующие данные: острота зрения вдаль и вблизи, поля зрения, цветоощущение, характер зрения, длина и объем аккомодации, относительная аккомодация. Данные показатели позволяют судить о центральном и периферическом зрении (дефекты полей зрения), а снижение резерва (положительной части) аккомодации – о зрительном утомлении.

Нами были изучены карты 69 студентов медико-профилактического факультета (43 за 2006-2007 учебный год и 26 за 2007-2008 учебный год): из них – 16 мужчин (23.2%) и 53 женщины (76.8%). Возраст студентов от 20 до 27 лет.

Показатели периметрии и кампиметрии у всех обследуемых в пределах нормы. Цветоощущение и внутриглазное давление так же без патологии. Бинокулярное зрение у 67 человек (97.1%). У двух студентов обнаружено нарушение бинокулярного зрения (2.9%): у одного - монокулярное зрение и у одного - одновременное.

Аномалии рефракции (миопия, гиперметропия и астигматизм) выявлены у 25 (58.2 %) студентов в 2006-2007гг и у 18 (69.2 %) студентов в 2007-2008гг. Причем из них, миопия - у 22 (88 %) студентов 2006-2007 учебного года и у 17 (94 %) студентов 2007-2008 учебного года. Студентов с гиперметропией в 2006-2007 учебный год - 2 (4.6%), в 2007-2008 учебный год - 1 (3.8%), студент с астигматизмом в 2007-2008 учебный год 1 (1.4%).

Было выявлено, что зрение стало ухудшаться в основном со школьного возраста и с момента

поступления в СГМУ. У большинства из этих студентов близкие родственники имеют такую же патологию рефракции.

Исследование показало, что самая частая патология зрения у студентов 4 курса медико-профилактического факультета 2006-2008 учебных годов – миопия (36 (56.5 %) студентов). Среди миопов преобладает миопия слабой степени - 21 студент (30.4 %), миопия средней степени – у 10 студентов (14.5 %), миопия высокой степени – у 8 студентов (11.5 %) в 2006-2008 учебных годах.

У 25 студентов (36.2%) наблюдалось зрительное утомление, о чем свидетельствовало снижение запаса аккомодации.

Полученные данные говорят о высокой частоте миопии и зрительного утомления у студентов СГМУ. Значительную роль в возникновении миопии играет наследственный фактор.

Таким образом, можно сделать вывод, что всем школьникам и студентам необходимо:

- соблюдать режим зрительных нагрузок;
- при зрительных нагрузках использовать оптимальный гигиенический режим (освещенность, расстояние от глаз до книги и компьютера и др.);
- посещать офтальмолога не реже 2 раз в год;
- проводить профилактическое лечение в домашних условиях с учетом рекомендаций офтальмолога;
- получать курсы профилактического лечения в условиях поликлиники или дневного стационара офтальмологической больницы.

Особое внимание следует уделять детям, родители и близкие родственники которых страдают аномалиями рефракции. Желательно, чтобы родители прививали своим детям навыки правильных зрительных нагрузок с раннего возраста, оптимально устроили для них место подготовки к домашним заданиям, ограничили время пребывания детей у телевизора и компьютера. Профилактика в данном случае позволит сохранить зрение на более долгое время, или избежать патологии вовсе. Но если все-таки появились какие-либо жалобы, необходимо сразу обратиться к офтальмологу.

## 110 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА Г.А. ХАЙН-МАКАРОВОЙ

Пушкина И.В., 5 курс, факультет социальной работы

Кафедра истории медицины СГМУ

Научные руководители: проф. Малявская С.И., директор музейного комплекса Андреева А.В.



В 2009 году исполняется 110 лет со дня рождения известного отечественного педиатра, профессора Гермы Адольфовны Хайн-Макаровой.

Герма (Гамма) Адольфовна родилась в ноябре 1899 года в городе Горький (Нижний Новгород) в еврейской семье. Ее родители были врачами:

отец Гальпер Адольф Маркович работал в детской поликлинике, мать Гальпер Шарлота Германовна - стоматологом в санатории. В 1917 году Герма Адольфовна окончила Нижегородскую гимназию, в 1918 году она была принята на медицинский факультет Казанского Университета, который окончила в 1923 году и начала работу в Казанской клинике Института усовершенствования врачей (сначала - экстерн, ординатор, затем - ассистент).

В период с 1926 по 1928 гг. Герма Адольфовна совмещала основную службу с работой педиатром в показательном детском саду Казани. Также она являлась научным сотрудником в отделении научно-исследовательского института экспериментальной клинической медицины и с января 1933 года по совместительству являлась ассистентом кафедры педиатрии педиатрического факультета Казанского медицинского университета. Педагогическую деятельность Герма Адольфовна начала в 1927 году, читала курс лекций по темам «Лабораторная техника», «Расстройства питания и пищеварения детей грудного возраста», вела семинарские занятия для студентов по всем разделам педиатрии.

Осенью 1935 года муж Гермы Адольфовны (Юрий Васильевич Макаров) был избран по конкурсу заведующим кафедрой детских болезней Архангельского государственного медицинского института (АГМИ). Вместе с ним в октябре 1935 года она переехала в Архангельск, где устроилась на работу ассистентом на кафедру детских болезней. По совместительству до января 1935 года она оставалась ассистентом Казанского медицинского института. В Казани ее характеризовали как исполнительного педагога, хорошего и авторитетного клинициста, пользовавшегося авторитетом и любовью среди студентов и пациентов.

Герма Адольфовна всегда принимала активное участие в общественной и научной деятельности института, как Казанского, так и Архангельского института. В Казани она являлась председателем

культурного комитета детской клиники, членом местного комитета института для усовершенствования врачей, председателем производственной комиссии при отделении.

В начале научной медицинской и преподавательской практики Герма Адольфовна Хайн-Макарова написала несколько научных работ: «Обследование быта детей Казанских рабочих и служащих», «О некоторых неспецифических влияниях на туберкулиновую реакцию», «Вопросы туберкулеза». Под руководством заведующего кафедрой детских болезней Ю.В. Макарова Герма Адольфовна активно занималась научной работой, посвященной вопросу о роли фосфатов в патогенезе рахита, опубликовала такие работы, как «Переход фосфатов из кишечника в кровь», «Паращитовидные железы при рахите», «О количестве неограниченного фосфора в крови при рахите», «Диетическое лечение рахита и сопровождающей его анемии». 18 октября 1936 года в АГМИ Хайн-Макарова защитила диссертацию и получила звание кандидата медицинских наук.

Большая работа по лечению детей, страдающих рахитом, была проведена на кафедре детских болезней АГМИ в годы Великой Отечественной войны, когда к проблемам архангельского здравоохранения добавились нужды эвакуированного населения. Особого внимания заслуживали дети - «блокадники». Не менее опасной была ситуация в отношении детского населения Архангельска, который в годы войны 1941-1945 гг. оказался на втором месте по голодной смертности после блокадного Ленинграда. Сотрудники кафедры детских болезней научно обосновали методы профилактики нарушений питания в условиях недостатка продовольствия, лечения тяжелых форм дистрофий и рахита у детей. Хайн-Макарова активно участвовала в разработке новых принципов лечения детей с истощением, во внедрении в практику областных учреждений препаратов, изготовленных из морских водорослей (альгинат и зоостерат натрия), для лечения детей с острыми желудочно-кишечными заболеваниями. В составе коллектива кафедры детских болезней Герма Адольфовна Хайн-Макарова внесла значительный вклад в здравоохранение Архангельской области для приближения Победы!

В Архангельске отмечали, что Герма Адольфовна была отличным специалистом в области педиатрии, исполнительным педагогом, активно участвовала в научно-исследовательской и общественной жизни института.

В сентябре 1946 года Герма Адольфовна Хайн-

Макарова вместе с супругом переехала в Казань, где продолжила работу в медицинском институте, изучала патогенез и лечение рахита и рахитоподобных заболеваний, стала профессором. С 1950 по 1967 гг.

профессор Гамма Адольфовна Хайн-Макарова руководила кафедрой пропедевтики детских болезней Казанского Медицинского института. Память о ней свято хранят в родном институте!

## **ОЦЕНКА ДЕЗАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

**Рогозина А.С., клинический ординатор**

**Кафедра анестезиологии и реаниматологии, курс клинической фармакологии**

**Белякова И.В., научный сотрудник центра гемостаза ЦНИЛ.**

**ЦНИЛ СГМУ, Северный филиал ГНЦ РАМН.**

**МУЗ «Первая городская клиническая больница», г. Архангельска.**

**Научный руководитель: проф. Воробьева Н.А.**

Актуальность:

Для лечения больных с острым коронарным синдромом (ОКС) используется дезагрегантная терапия, к ней относятся средства, препятствующие агрегации тромбоцитов и других форменных элементов крови и, тем самым, уменьшающие вероятность тромбообразования. Антиагрегантным действием обладают ацетилсалициловая кислота, клопидогрель, тиклопидин, дипиридамол, пентоксифиллин. Аспирин является самым широко используемым лекарственным средством (препарат №1). Назначение аспирина больным с ОКС на догоспитальном этапе в начальной ударной дозе 250-325 мг и клопидогреля (плавикса) 150 мг позволяет достоверно снизить частоту сердечно-сосудистых осложнений, повторных инфарктов миокарда и инсультов.

Цель:

1. оценить назначение дезагрегантной терапии всем больным с ОКС на госпитальном этапе в кардиореанимационном блоке;

2. оценить адекватность двойной дезагрегантной терапии (аспирин + плавикс, начиная с нагрузочной дозы) больным с проведенной реперфузионной терапией и без неё;

Материалы и методы:

Методом случайной выборки были отобраны 100 историй болезни пациентов с ОКС с 2001 года по 2008 год. В ходе работы проанализирована проводимая в кардиореанимационном блоке дезагрегантная терапия: своевременность её назначения, адекватность доз и контроль за эффективностью и безопасностью.

Результаты:

Среди 100 исследуемых больных (100%) случаев ОИМ было 38%, нестабильной стенокардии – 62%. Тромболитическая терапия (стрептокиназа 1,5 млн ЕД) проводилась 11% пациентам. Тромболитическая терапия была противопоказана 8% больным, ввиду наличия у них обострения язвенной болезни, наличия ОНМК в

предшествующие 6 месяцев. Первичная баллонная ангиопластика проводилась 9% пациентам, стентирование – 6%.

В ходе исследования пациенты были распределены по полу: 88% мужчин, 12% женщин. Средний возраст у мужчин – 44,67 года, максимальный возраст – 64 года, минимальный – 33 года; у женщин – 44,16 года, максимальный возраст – 49 лет, минимальный – 25 лет.

При поступлении консервативная терапия была назначена 80% больным. 19% – не назначалась вообще, лишь 1% из них не имели противопоказаний к её проведению (обострение язвенной болезни, ОНМК в предшествующие 6 месяцев).

Всем больным с ОКС показано 250 мг аспирина и 300 мг плавикса на догоспитальном этапе. У исследуемых больных, которым не проводилось чрескожное коронарное вмешательство, была назначена следующая дезагрегантная терапия:

-аспирин в дозировке 250 мг получали 38% больных;

-аспирин 250 и плавикс 75 мг получали 2% больных (n=2); кардиомагнил 150 мг и плавикс в той же дозировке 2% (n=2).

- кардиомагнил 75-150 мг назначен 4% больных (n=4);

-плавикс 75 мг и курантил 75 мг – 2% больных (n=2);

-плавикс 75 мг – 2% больных (n=2);

-курантил 75 мг – 18% больных (n=18) и 6,0 мл в/м – 2% больных (n=2);

-18% больным не назначалась дезагрегантная терапия;

По данным литературы в первые сутки после проведения чрескожного коронарного вмешательства без стентирования больным показано 250-325 мг аспирина и 600 мг плавикса. В нашем исследовании больные получали:

-аспирин 0,25-0,5 – 1% больных (n=1);

-аспирин 0,25 и плавикс 0,075 – 1%

больных(n=1);  
-плавикс 0,075 и курантил 6,0 в/м -1%  
больных(n=1);  
-курантил 0,075- 1% больных(n=1);  
-курантил 0,075 и аспирин 0,125-1% больных  
(n=19);  
-курантил 0,075 и кардиомагнил 0,15 – 1%  
больных(n=1);  
-1% больных не получали дезагрегантной  
терапии (n=1);  
В первые сутки после проведения чрескожного  
коронарного вмешательства со стентированием  
всем больным необходимо назначить 250-325 мг  
аспирина и 600 мг плавикса. В нашем исследовании  
больные получали:  
-аспирин 250 мг -2% больному(n=1);

-аспирин 250 мг и плавикс 75-150 мг – 3%  
больным(n=3);  
-кардиомагнил 75 мг и плавикс 600 мг- 1%  
больных(n=1);

Выводы:

На госпитальном этапе в условиях кардиореа-  
нимационного блока, адекватную дезагрегантную  
терапию получали 1% больных, которым прово-  
дилось чрескожное коронарное вмешательство со  
стентированием. 19% больных дезагрегантная тера-  
пия не назначалась вообще, Всем же остальным  
больным (80%), согласно рекомендациям научного  
кардиологического общества, была назначена деза-  
грегантная терапия не в полном объеме, включая  
назначение аспирина в первые сутки в защищенной  
форме (8% больных).

## **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА СЛУЖБЫ**

**Родыгина Ю. К.**

**Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова**

**Научные консультанты: проф. Соловьев А.Г, проф. Дерягина Л.Е.**

Правоохранительная деятельность сотрудников органов внутренних дел (ОВД) отличается целым рядом специфических особенностей и предъявляет к личности комплекс требований. Экстремальный характер профессиональной деятельности сотрудников ОВД, связанный с постоянным негативным взаимодействием с криминальными элементами, высокой нервно-психической нагрузкой, обуславливает высокий уровень психосоматической и нервно-психической заболеваемости, профессиональной деформации личности в виде агрессивности, обеднения эмоциональной сферы, смещения мотивационных и морально-нравственных ценностей.

Целью настоящего исследования являлось выявление социально-психологических особенностей, структуры заболеваемости, а также определение взаимосвязей между данными параметрами у сотрудников ОВД в зависимости от стажа службы.

Исследование проводилось с участием 58 сотрудников (лица мужского пола) отдельного батальона охраны и конвоирования подозреваемых и обвиняемых при ОВД.

В зависимости от стажа службы были выделены подгруппы в зависимости от стажа службы: 1 - стаж службы от 0,5 до 10 лет; 2 - от 10 до 20 лет. В исследовании применялись такие социально-психологические методы, как интервью, тесты AUDIT, САН, СМЛЛ (в модификации Собчик Л.Н.), изучались медицинские карты сотрудников.

Результаты исследования показали, что в 1 подгруппе разведенных сотрудников оказалось больше.

Преобладающим среди обследованных лиц было среднее образование. Склонность к злоупотреблению алкоголем оказалась больше у мужчин 2 подгруппы.

Такие психологические показатели, как самочувствие и настроение сотрудников с разным стажем службы находились на высоком уровне, при этом показатели активности были незначительно снижены во 2 подгруппе. Ведущими чертами в профиле личности сотрудников конвойного батальона являлось сочетание импульсивности и оптимистичности, что характерно для стенического личностного паттерна. Ведущими в структуре заболеваемости сотрудников обеих подгрупп являлись болезни органов дыхания, затем по частоте встречаемости наблюдались травмы.

В результате корреляционного анализа были выявлены взаимосвязи следующих показателей: стаж и обращаемость по поводу заболеваний нервной системы ( $r=0,45$ ), склонность к злоупотреблению алкоголем у сотрудников-мужчин со стажем службы 0,5-10 лет, возраст и обращаемость по поводу заболеваний нервной системы ( $r=0,55$ ).

Полученные социально-психологические особенности, параметры заболеваемости сотрудников ОВД позволяют прогнозировать структуру патологии нервной системы, возможность алкоголизации в первые годы службы. Выявленные данные позволяют своевременно проводить лечебно-профилактические мероприятия в каждом конкретном подразделении и могут быть использованы для организации работы

## **О НЕКОТОРЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ-УЧАСТНИКОВ КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В СЕВЕРО-КАВКАЗСКОМ РЕГИОНЕ**

**Рубцова Т.В., начальник ФГУЗ «МСЧ УВД по Кировской области»**

**Ичитовкиной Е.Г., капитан внутренней службы, врач-психиатр ЦПД ФГУЗ «МСЧ УВД по Кировской области»**

Key words: frothier mental dissuades, neuroses similar breaches, somatovegetative displaying, post-traumatic stress disorder, rehabilitating.

Ключевые слова: пограничное психическое расстройство, неврозоподобные нарушения, соматовегетативные проявления, посттравматическое стрессовое расстройство, реабилитация.

Появление особой формы служебной деятельности - командировки для выполнения служебно-оперативных задач по поддержанию конституционного порядка в регионах Российской Федерации - породило множество медицинских и социально-психологических проблем среди сотрудников МВД [1].

В период возвращения к обычным условиям несения службы, после возвращения из командировок в Северокавказский регион, у сотрудников милиции возникают специфические психические состояния, которые проявляются повышенной агрессивностью, конфликтностью, неадекватным применением оружия, спецсредств и физической силы против граждан, чрезмерным употреблением алкоголя, суицидальными намерениями, нарушениями служебной и исполнительской дисциплины, хулиганскими поступками другими противоправными действиями [ 2,3 ]. Проблема постстрессовых невротических нарушений в МВД далека от разрешения как в диагностическом, так и в лечебном аспектах [4]. Несмотря на обилие работ по вопросам восстановительного лечения милиционеров - участников боевых действий, вряд ли можно считать эту проблему исчерпанной. Проблема реабилитации в МВД находится на стадии становления, особенно в контексте психолого-психиатрической помощи [ 5,6 ]. Стигматизированное отношение комбатантов к психотерапевтам и психиатрам является препятствием не только для ранней диагностики психопатологической симптоматики, но и для проведения своевременной комплексной реабилитации [ 7,8 ].

Цель настоящего исследования заключалась в сравнении показателей социальной адаптации и соматического здоровья у комбатантов, прошедших комплексную реабилитацию (медикаментозная терапия, психотерапия) в межкомандировочный период, с сотрудниками органов внутренних дел (ОВД), не получавшими аналогичной помощи.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 208 сотрудников ОВД, выполнявших служебно-боевые задачи в СКР, в период с 2006 по 2007 годы. Основную группу составили 105 сотрудников, предъявлявших жалобы на состояние здоровья и прошедших в связи с этим комплексную реабилитацию в межкомандировочный период, средний возраст составил 31,3 + 1,5 года, средний стаж работы в правоохранительных органах - 10,2 + 1,2 лет. Контрольная группа была представлена 103 сотрудниками, не обращавшимися за медицинской помощью в ведомственную поликлинику и соответственно не получавшими восстановительного лечения, средний возраст составил 31,8+1,5 года, средний стаж работы в правоохранительных органах – 11,2+1,2 лет. Проводилось клинико-анамнестическое обследование и анкетирование с использованием скрининг - анкеты для субъективной оценки психического состояния самим комбатантом после проведенного восстановительного лечения через два года.

Результаты и обсуждение

В основной группе комбатантов, чаще всего диагностировалось посттравматическое стрессовое расстройство – 58,2% (эксплозивный вариант-17,1%; тревожный вариант-15,2%; соматоформный вариант-16,2%; истероконверсионный вариант 5,71%). Расстройства адаптации: кратковременная депрессивная реакция - 22,9%; пролонгированная депрессия - 0,95%; тревожная депрессия - 3,81%; нарушения поведения - 14,29%.(диаграмма № 1).

Комбатантам основной группы проводилось медикаментозное лечение с применением антидепрессантов, анксиолитиков, корректоров поведения и малых нейрорептиков по показаниям, и психотерапия с мультимодальным подходом (рациональная психотерапия, арттерапия, гипносуггестивная терапия) направленная на дезактуализацию травматического события, формирование установок на здоровый образ жизни, коррекцию внутрисемейных отношений.

Были получены достоверные различия в исследованных группах по следующим показателям социальной адаптации: 41,9% комбатантов основной группы после проведенной комплексной реабили-

тации отказались от употребления алкоголя полностью, в контрольной группе комбатантов не употребляющих алкоголь не было выявлено ( $p < 0,001$ ); в основной группе употребляли крепкий алкоголь каждую неделю - 27,6%, в контрольной - 53,1% ( $p < 0,05$ ); основным способом снятия напряжения для сотрудников ОВД основной группы являлся спорт и активный отдых - 69,1%; к употреблению алкоголя для этих целей прибегало - 30,1%, в контрольной группе соответственно - 22,5% и 50,2% ( $p < 0,05$ ). ( диаграмма № 2)

Диаграмма № 1  
Структура психических нарушений у комбатантов основной группы, %

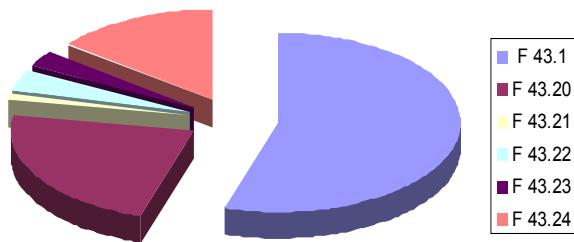
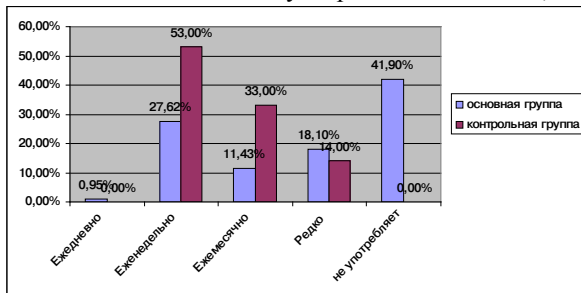


Диаграмма № 2  
Сравнение основной и контрольной групп комбатантов по частоте употребления алкоголя, %



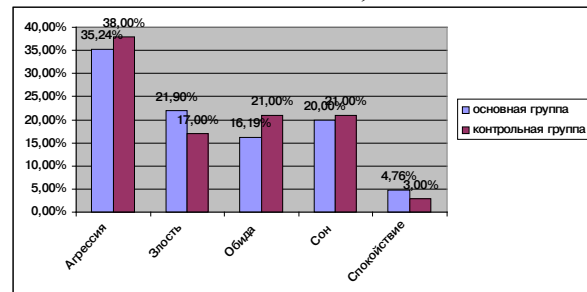
Примечание: различия между группами достоверны при  $p < 0,05$  - \*

Данный показатель приобретает важное значение в связи с тем фактом, что у 35,2% комбатантов основной и 38,0% контрольной групп в состоянии алкогольного опьянения возникает агрессивное поведение с дисфориями, обидчивостью ( 16,2% и 21,0%) , злостью (21,9% и 17,0%) с последующей разрядкой в форме физической агрессии. Только в 4,8% комбатантов основной группы и 3,0% контрольной реагируют на алкоголь спокойствием и расслабленностью. По данному параметру не получено достоверных различий между основной и контрольной группами, что свидетельствует о наличии у всех комбатантов негативной (дисфоричной и агрессивной) реакции на алкогольное опьянение. (диаграмма № 3 )

Сохранился интерес к семейной жизни у 15,5% комбатантов основной группы, тогда как в контрольной только - у 3,1% ( $p < 0,05$ ). Достоверные различия были получены по наличию психосоматических заболеваний: в основной группе соматически здоровы

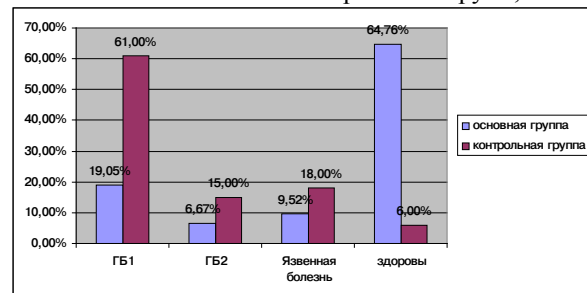
64,8% комбатантов, в контрольной только - 18,0% ( $p < 0,001$ ); состояли на диспансерном учете у терапевта с диагнозом гипертонической болезни соответственно - 25,8% и 76,1% чел. ( $p < 0,001$ ); язвенная болезнь была зарегистрирована в основной группе в 9,2% случаев, в контрольной - 18,0% ( $p < 0,05$ ).

Диаграмма № 3  
Сравнение комбатантов основной и контрольной групп по поведению в состоянии алкогольного опьянения, %



Следует отметить, что уровень здоровья у комбатантов обеих групп при трудоустройстве в МВД, соответствовал первой группе предназначения, они были полностью здоровы. У сотрудников предъявлявших жалобы на состояние психического здоровья и пролеченных в связи с эпизодическими психическими расстройствами невротического уровня, достоверно выше уровень соматического благополучия ( $p < 0,001$ ).

Диаграмма № 4  
Психосоматические заболевания у комбатантов основной и контрольной групп, %



Примечание: различия между группами достоверны при  $p < 0,05$  - \*

#### Выводы

В структуре психических нарушений в основной группе преобладало посттравматическое стрессовое расстройство с полиморфизмом клинической симптоматики и различными вариантами течения. Нарушения проявлялись преимущественно в эмоциональной сфере с четким тревожным и дисфорическим радикалом. Расстройства адаптации были представлены как кратковременными депрессивными реакциями, так и нарушениями поведения и социального функционирования, при этом стойкие пролонгированные депрессивные реакции практически не встречались.

Таким образом, комбатанты, получавшие в



межкомандировочный период психотерапевтическое и медикаментозное лечение, достоверно реже употребляли крепкий алкоголь, достоверно чаще были увлечены спортивными занятиями, активным отдыхом, проявляли больший интерес к семье и реже страдали психосоматическими заболеваниями. Учитывая результаты проведенного исследования, необходимо рассмотреть вопрос о комплексном психопрофилактическом лечении всех сотрудников ОВД, вернувшихся из зоны боевых действий, для предотвращения развития психосоматических заболеваний, злоупотребления алкоголем и девиантного поведения, а так же для сохранения психического здоровья не только комбатантов, но и членов их семей.

Литература

1. Метелев А.В. психологическая экспертиза в органах внутренних дел. Ижевск., 2004. – 56 с.

2. Мягких Н.И., Каляев А.В., Шутко Г.В., Ермачков А.И. Организация медико-психологического обеспечения сотрудников ОВД, выполняющих задачи в особых условиях: Методические рекомендации М., МВД РФ, 2005. – 47 с.

3. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Маликов Ю.К., Саламатов В.Е. Психолого-психиатрические аспекты реабилитации участников

войны // Медицинская реабилитация раненых и больных. СПб., 1997.

4. Пушкарев А.Л. Психодиагностическое обследование больных и инвалидов на этапе медико-профессиональной реабилитации. Методические рекомендации. Минск, 1999.

5. Юрковский О.И., Замотаев Ю.Н. Комплексная система реабилитации больных с постстрессовыми расстройствами. – Медицина, 2006. – 233 с.

6. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987.- С.184.

7. Сидоров П.И., Совершаева С.Л. Механизмы реактивности и проблемы сохранения здоровья. В кн.: « Физиологические основы здоровья человека». Под редакцией Ткаченко И.Б. – СПб; Архангельск: изд-во СГМУ, 2001. – С. 630-673.

8. Стрельникова Ю.Ю. Выявление психологических изменений у сотрудников ОВД, принимавших участие в боевых действиях в зонах локальных конфликтов. Сборник материалов региональных семинаров психологов: Психологическое обеспечение деятельности сотрудников органов внутренних дел, принимавших участие в контртеррористической операции. – Красноярск: ГУК МВД России, СибЮИ МВД России, 2002.

## РАЗМЕРЫ В МЕДИЦИНЕ

**Рухлова А.М., Рыбакова И.А., Петровский Н.В.**

**Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии СГМУ**

**Научный руководитель: доц. Дынин И.И.**

Практикующему врачу, в частности хирургу-стоматологу часто требуется определять размеры воспалительного инфильтрата, новообразования, коллатерального отека мягких тканей, площадь ожоговой и раневой поверхности. Эти данные необходимы для уточнения и обоснования диагноза, выбора метода лечения, динамического наблюдения, заполнения медицинской документации.

Практикующие врачи не обеспечены медицинской промышленностью средствами для определения размеров различных объектов. Приходится прибегать к неспециализированным средствам для измерения. Эти средства не позволяют осуществлять измерения в полном объеме, увеличивают погрешность и время измерений и в целом усложняют работу доктора.

Целью нашей работы явилась разработка простых и достаточно универсальных устройств, которые позволили бы снизить временные затраты при измерении объектов, а также увеличили бы точность измерений. Перед нами была поставлена задача: обеспечить врача-стоматолога простым, объективным методом измерения, востребованным при лечении и обследовании больных.

Для удобства измерения малых объектов в медицине мы разработали устройство, которое представляет

собой прозрачную пластиковую пленку размером 3х4 см. На ней нанесен круг диаметром 3 см, разделенный на сектора, где обозначены градусы и на одной из четвертей этого круга имеется миллиметровая разметка. На данное устройство в СГМУ получено удостоверение о рационализаторском предложении.

С помощью данного файла-измерителя (малого) были проведены измерения степени смещения нижней челюсти, размеров послеоперационного рубца, пигментного невуса кожи и других объектов. Также данное устройство испытывалось для описания дентальной рентгенограммы. При этом нами были выявлены следующие его достоинства. Во-первых, данное устройство является весьма простым в использовании. Во-вторых, при помощи данного устройства можно измерять угловые величины, линейные размеры и площадь объектов. В-третьих, предусматривается одновременное определение нескольких параметров. К тому же данное устройство характеризуется высокой точностью измерений, низкой себестоимостью и достаточной прочностью, что позволяет ему выдерживать обработку дезинфицирующими средствами. К недостаткам данного приспособления необходимо отнести невозможность определения глубины и объема объектов.

Предложенный нами файл-измеритель (малый) обеспечивает врача простым, универсальным и объективным методом. Данное устройство может быть

рекомендовано к использованию стоматологами и врачами других специальностей.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБОБЩЕННЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОРТРЕТОВ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ**

**Рухлова И. Г., 3 курс, факультет клинической психологии и социальной работы.**

**Кафедра педагогики и психологии СГМУ**

**Научный руководитель: д.п.н., проф. Васильева Е.Ю.**

В современном мире человек предъявляет повышенные требования не только к качеству и результатам медицинского обслуживания, но и к содержанию самого этого процесса, к психологической тональности врачебной помощи. Это требует особого внимания к психологической подготовке врачей, ставит задачу развития их профессионально важных качеств на всех этапах профессиогенеза. Каждый пациент должен иметь возможность ожидать в лице врача встретить человека, подготовленного в качестве внимательного слушателя, тщательного наблюдателя, эффективного клинициста, а также человека, обладающего высокой восприимчивостью в сфере общения.

Нами была выдвинута гипотеза о том, что существуют достоверные различия в обобщенных психологических портретах студентов стоматологического факультета в зависимости от курса обучения.

Исследование проводилось на базе СГМУ методом поперечных срезов на добровольной основе. Экспериментальную группу составили студенты стоматологического факультета в количестве 39 человек, которые добровольно прошли процедуру психологического тестирования (1,5 часа), из них на втором курсе – 14 девушек (70%) и 8 юношей (30%). Средний возраст испытуемых составил 21 год. На пятом курсе 10 девушек (52,6%) и 9 юношей (47,4%). Средний возраст испытуемых составил 23 года.

В ходе работы были исследованы личностно-деловые и профессионально важные качества студентов стоматологического факультета. Использовались Калифорнийский психологический опросник (СРІ), который является комплексным личностным опросником, предназначенным для целостного психологического описания личности: её свойств и характеристик. В результате обработки получаются показатели по 20 диагностическим шкалам. В состав этих шкал входят 3 контрольные шкалы, показатели которых позволяют судить о достоверности полученных данных и наличии у испытуемых тенденции к искажению результатов. Также мы использовали краткий ориентировочный тест (КОТ). Данный тест позволяет за короткий период времени достоверно оценить интеллектуальные способности по следующим основаниям: интегральный показатель интеллектуальной продуктивности, скорость

работы с интеллектуальными задачами, различные аспекты вербального интеллекта, математический интеллект, гибкость мыслительных процессов, общую эрудицию, особенности внимания.

Заключение о степени выраженности личностно-деловых профессионально важных качеств компьютерная программа формирует на основе агрегирования результатов СРІ и КОТ.

В результате исследования подтвердилась гипотеза о том, что существуют достоверные различия в обобщенных психологических портретах студентов стоматологического факультета в зависимости от курса обучения. Было установлено наличие значимых различий между обобщенными психологическими портретами у студентов 2-го и 5-го курсов обучения в зависимости от пола при уровне значимости  $p=0,05$ . Девушки и юноши второго курса обладают более высоким уровнем собственного благополучия, эмпатии, ответственности, толерантности, стремления к достижению, по сравнению со студентами пятого курса.

Девушки и юноши пятого курса имеют более высокий уровень ориентации на интеллектуальные достижения; более заинтересованы в создании благоприятного впечатления о себе; они более самоуверенны; обладают более динамичным мышлением, чем студенты второго курса.

Девушки второго курса больше стремятся к доминированию и достижениям. Они более независимы, самокритичны и гибки в общении. У них лучше развиты организаторские способности, по сравнению с девушками пятого курса, в то время как эти же самые характеристики более развиты у юношей пятого курса по сравнению с юношами второго курса.

Таким образом, выдвинутая нами гипотеза нашла подтверждение в экспериментальном исследовании. Полученные данные позволили разработать психолого-педагогические рекомендации в адрес студентов, преподавателей и организаторов образовательного процесса.

Так, студентам следует лучше планировать свою учебную деятельность, принимать активное участие в различных научно-исследовательских работах, выступать с докладами на конференциях, расширять свои междисциплинарные знания.

Преподавателям стоит внедрять в систему обучения новые методы, позволяющие студентам больше проявлять самостоятельность, инициативность, творческие способности, использовать рейтинговую систему для повышения мотивации к достижению и формирования конкурентоспособности.

Организаторам педагогического процесса следует

создать систему общей информированности студентов о различных сферах жизнедеятельности университета, а также организовывать систему помощи студентам для развития необходимых личностных профессионально-важных качеств в виде тренингов (для организации и реализации этой цели можно подключить студентов-психологов).

## УЩЕМЛЕННЫЕ ВНУТРЕННИЕ ГРЫЖИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

**Рыжков П.А.**

**Котласская центральная городская больница им. святителя Луки (В.Ф.Войно-Ясенецкого).**

**Научный руководитель: проф. Быков В.П.**

Внутренние грыжи брюшной полости образуются в карманах брюшины и обычно находятся в месте перехода одного отдела желудочно-кишечного тракта в другой. В области двенадцатиперстно-кишечного изгиба описаны 7 вариантов брюшинных карманов, которые могут находиться выше, слева, сзади и ниже названного изгиба. Известны 6 вариантов подвздошно-слепокишечных и 3 – позадислепокишечных карманов. Нередко наблюдаются карманы брюшины около восходящей и нисходящей ободочной кишки, в брыжейке сигмовидной кишки – межсигмовидный карман. Внутренние грыжи чаще образуются в брюшинных карманах около двенадцатиперстной кишки и позади слепой кишки, а также в сальниковом отверстии. Карманы брюшины могут быть больших размеров и вмещать несколько петель кишок. Диагностика свободной внутренней грыжи возможна при компьютерной томографии живота и лапаротомии в виде случайной находки. В случае ущемления кишечной петли наблюдаются сильная боль в животе, повторная рвота, задержка стула и газов, объективные и рентгенологические симптомы острой кишечной непроходимости. Установить правильный диагноз внутренней ущемленной грыжи перед экстренной лапаротомией очень трудно. При глубокой пальпации живота редко удается обнаружить округлое, тестоватое болезненное несмещаемое образование соответственно локализации ущемления.

Приводим описание трех клинических наблюдений успешного хирургического лечения ущемленных внутренних брюшных грыж.

1. Т., 24 лет, родила живого доношенного мальчика 08.07.2007 г., роды первые. Через 5 часов после родов появилась интенсивная боль в надчревь, на следующий день – многократная рвота. Осмотрена хирургом, который предположил острую кишечную непроходимость. Рекомендована инфузионная терапия и проведение пробы Шварца. В связи с усилением боли и учащением рвоты через 23 часа после появления симптомов острого живота выполнена срочная срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено 100 мл желтого мутноватого без запаха выпота. Тощая кишка растянута жидким

содержимым и газами. В правой подвздошной ямке обнаружено образование, похожее на подвздошно-слепокишечный инвагинат. При ревизии выявлено ущемление петли тонкой кишки в позадислепокишечном кармане. Ущемленная петля извлечена из грыжевого мешка. Длина ущемленного участка 30 см; стенка кишки отечная, красного цвета с мелкими кровозлияниями. Перистальтика сохранена, пульсация сосудов брыжейки отчетливая. Кишка признана жизнеспособной. Выполнена назогастроинтестинальная интубация. Грыжевое отверстие ушито узловыми швами. Гладкое послеоперационное течение. Выписана на амбулаторное лечение через 15 суток в удовлетворительном состоянии.

2. К., 87 лет, госпитализирована в хирургическое отделение 21.01.2008 г. с подозрением на прободную язву желудка. В связи с неясностью диагноза выполнена диагностическая лапароскопия. Выявлены спайки брюшной полости (в анамнезе аппендэктомия). Проводилось консервативное лечение спаечной болезни. 27.01.08 состояние ухудшилось: появились интенсивные боли в животе и многократная рвота застойным гастродуоденальным содержимым. Определялся шум плеска (симптом Склярова). На обзорной рентгенограмме живота обнаружены множественные чаши Клойбера. Диагностирована острая кишечная непроходимость. После предоперационной подготовки выполнена срединная лапаротомия под эндотрахеальным наркозом. Обнаружен конгломерат, состоящий из большого сальника, поперечной ободочной кишки и петель кишки. Приводящая петля тонкой кишки выше конгломерата резко раздута, отводящая петля в спавшемся состоянии. При разделении конгломерата обнаружено окно диаметром 3 см, в месте прикрепления большого сальника к поперечно-ободочной кишке, в котором ущемилась петля подвздошной кишки длиной 12 см. Ущемленная петля извлечена из окна, она жизнеспособна. Послеоперационное течение гладкое. Выписана 05.02.2008 г. в удовлетворительном состоянии.

3. М., 70 лет, госпитализирован по экстренным показаниям 20.05.2008 г. на 4-е сутки от начала заболевания с диагнозом острый калькулезный

холецистит. УЗИ органов брюшной полости: в брюшной полости лоцируются расширенные петли кишок, заполненные жидким содержимым, перистальтика маятникообразная. Стенки желчного пузыря плотные, в просвете конкременты диаметром 10 и 12 мм. На обзорной рентгенограмме живота определялись раздутые петли тонкой кишки и множественные чаши Клойбера. Консервативное лечение без эффекта. Через 6 часов после госпитализации выполнена срочная срединная лапаротомия. В брюшной полости содержалось 200 мл геморрагического без запаха выпота. Начальная часть тощей кишки раздута. В правой подвздошной ямке обнаружен конгломе-

рат. В позадислепокишечном кармане находилась ущемленная некротизированная петля тонкой кишки длиной 20 см. Выполнена резекция тонкой кишки с анастомозом конец в конец. Узловые швы на грыжевые ворота. Послеоперационное течение гладкое. Выписан 29.05.08. на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

Литература.

1. Норенберг-Чарквиани А.Е. Острая кишечная непроходимость, 1969.
2. Скрипниченко Д.Ф. Неотложная хирургия брюшной полости, 1974.
3. Хирургическая анатомия живота. Под ред. А.Н.Максименкова. – Л.:Медицина, 1972. – 688 с.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫШЕЙ ШКОЛЫ**

**Сайфуллина А.Р., 4 курс, факультет клинической психологии.**

**Астраханская государственная медицинская академия**

**Кафедра наркологии и психотерапии**

**Научный руководитель: д.м.н., проф. Великанова Л.П.**

Преподавательская деятельность одна из наиболее энергозатратных, требующих больших душевных сил. Профессия педагога неразрывно связана с постоянной потребностью в новой информации, с творческой деятельностью, с использованием всех видов памяти, мышления, внимания, что сопровождается эмоциональным напряжением. За счет особенностей профессии, педагога подвержены нарушению распорядка дня, стрессам, напряжению, это влечет за собой повышение уровня невротизации, а затем формирование невротических и иных расстройств здоровья [1].

Невротизация является вариативной личностной переменной, отражающей как динамические, так и статические особенности личности. Типичный для конкретного человека уровень невротизации, в первую очередь обусловленный его личностными особенностями, определяет вероятностный диапазон изменений, вызываемых различными психо-, сомато- и социогенными факторами [2].

Невротизация формируется под влиянием трех классов психических явлений:

- 1) эмоционально-мотивационных особенностей личности;
- 2) психосоматической симптоматики;
- 3) собственно состояния человека, его самочувствие, основной тон его переживаний [3].

Высокий уровень нейротизма, характеризующий эмоциональные особенности личности, является предрасполагающим фактором развития невротических, поведенческих и соматических расстройств, которые зачастую формируют синдром профессионального сгорания.

В связи с этим, целью настоящего исследования явилось выявление уровня невротизации у преподавателей Высшей школы и определение степени ее выраженности в зависимости от стажа и гендера.

Было обследовано 30 преподавателей естественнонаучных дисциплин высшего учебного заведения: 17 человек (56,7%) женщин и 13 (43,3 %) мужчин; стаж работы составлял от 3 до 48 лет.

У исследовании была использована шкала методики УНП (Уровень невротизации и психопатизации), разработанной в Психоневрологическом институте имени В.М. Бехтерева. Для определения достоверности полученных результатов использованы критерии математической статистики Крускала – Уоллиса и ф' Фишера.

По результатам исследования в зависимости от стажа, вся выборка была разделена на 3 группы:

- 1 группа – преподаватели со стажем менее 10 лет;
- 2 группа – преподаватели со стажем в диапазоне от 10 до 25 лет;
- 3 группа – преподаватели со стажем более 25 лет.

Выявилась тенденция, указывающая на зависимость уровня невротизации от стажа работы. Так, высокий уровень невротизации чаще встречался в первой и третьей группах, хотя эти различия не достигали степени достоверности (критерий Крускала-Уоллиса).

Представляется, что в первой группе высокий уровень невротизации может быть обусловлен незавершенным процессом адаптации в силу ряда причин, в частности, возможно вследствие про-

фессионального несоответствия. Высокий уровень невротизации в третьей группе (стаж свыше 25 лет) может свидетельствовать о становлении синдрома профессионального сгорания.

Уровень невротизации был проанализирован также в зависимости от гендерных особенностей преподавателей. Математический анализ (критерий математической статистики -  $\phi^2$  Фишера) показал, что уровень невротизации не связан с полом.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что наиболее уязвимыми для дезадаптации, проявляющейся высоким уровнем невротизации, является период преподавательской деятельности до 10 лет и после 25 лет.

Педагоги вне зависимости от пола в равной степени подвержены риску дезадаптации.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости психологического сопровождения в преподавательской среде для снижения невротизации как фактора риска развития дезадаптации в связи профессиональной деятельностью.

Список использованной литературы

1. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. «Динамика показателей деятельности психиатрической службы России» (1994 - 1999 гг.). – М.: 2000.- С. 147.

2. Александровский Ю.А. «Пограничные нервно-психические расстройства: руководство для врачей».- М.: Медицина, 1993.- С. 324.

3. Ясперс К.С. «Общая психопатология». – М.: Практика, 1997.- С. 235.

## **ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ**

**Светлова О.Г., 4 курс, факультет клинической психологии.**

**Астраханская государственная медицинская академия**

**Кафедра наркологии и психотерапии**

**Научный руководитель: д.м.н., проф. Великанова Л.П.**

Одна из заметных тенденций нашего времени – это рассмотрение человека, с позиции «существа социального», что подразумевает осуществление им своей жизнедеятельности (работа, достижение целей, удовлетворение потребностей) не иначе, как через взаимодействие, общение с другими людьми — общение контактное, опосредованное или воображаемое.

Специфика педагогического общения обусловлена различными социально-ролевыми и функциональными позициями его субъектов, сочетанием процессов обучения и воспитания, возможностью воздействия на личность обучаемого. Исходя из этого, эффективность педагогического общения во многом определяется наличием педагогического контакта.

Целью настоящего исследования явилось выявление эмоциональных барьеров, которые могут существенно влиять на коммуникативные способности педагогов, препятствовать установлению продуктивного педагогического контакта и, таким образом, снижать эффективность усвоения знаний студентами и порождать профессиональную неудовлетворенность у преподавателей.

Обследовались преподаватели высшей школы (30 человек; 15 мужчин и 15 женщин), в возрасте от 30 до 70 лет, со стажем от 3 до 48 лет. Исследование проводилось однократно, после предварительной беседы, мотивирующей на сотрудничество.

Использовалась методика диагностики эмоциональных барьеров в межличностном общении В. В. Бойко. Статистическая обработка полученных

данных осуществлялась с помощью описательной математической статистики и t-критерия Стьюдента.

При анализе полученных результатов было выявлено, что у 30 % преподавателей высшей школы, эмоции не мешают коммуникативному общению; 50 % - имеют некоторые эмоциональные проблемы в повседневном общении; 16,7 % - эмоции осложняют взаимодействие с партнёрами; 3,3% - эмоции явно мешают устанавливать контакты с людьми (возможно, преподаватели данной группы переживают какие-либо дезорганизирующие реакции или состояния). Обобщая приведенные данные, можно констатировать, что 70 % преподавателей имеют эмоциональные проблемы в общении, которые в свою очередь, могут влиять на установление продуктивного контакта в процессе педагогического взаимодействия и снижать его эффективность.

С помощью t-критерия Стьюдента, было так же выявлено, что уровень эмоциональных барьеров не зависит от принадлежности преподавателей к мужскому или женскому полу.

Таким образом, наличие эмоциональных барьеров в общении, способных влиять на продуктивность педагогического контакта и снижать эффективность усвоения знаний, а также приводить к профессиональной неудовлетворенности, требует их психологической коррекции.

Список литературы:

1. Зимняя И.А. Педагогическая психология: учебник для ВУЗов. Изд. второе, доп., испр. и пераб. – М.:Логос, 2004.

2. Крутецкий В.А. Психология обучения и воспитания школьников. М., 1976. - 294-299с.

3. Райгородский Д.Я. «Практическая психодиаг-

ностика» 1998.- 265- 286с.

4. Шелихова Н.И. Техника педагогического общения. М.; Воронеж, 1998.]

## **ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАРДИОВЕРСИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ АМБУЛАТОРНО И В СТАЦИОНАРЕ**

**Сердечная Е.В., Истомина Т.А., Арапова Л.А.**

**Кафедра Семейной медицины и внутренних болезней СГМУ**

**ФГУ «СМКЦ им. Н.А. Семашко ФМБА России»**

Фибрилляция предсердий (ФП) – самое частое нарушение ритма сердца, распространенность которого составляет от 0,4 до 1,0%, увеличиваясь в старших возрастных группах до 8% (Heeringa J., 2006, Miyasaka Y., 2006). Ежегодные затраты на лечение пациентов с ФП составляют 15,7 миллиардов долларов, из них более 50% – затраты на стационарное лечение. Основной причиной госпитализации пациентов с ФП являются рецидивы аритмии, которая выросла за последние 20 лет на 66% (Wittigney W.A., 2003). Проведение кардиоверсии в амбулаторных условиях позволит уменьшить количество госпитализаций и стоимость лечения. В ряде работ доказана безопасность проведения кардиоверсии ААП IC класса в амбулаторных условиях (Alboni P., 2001, 2004, Azpitarte J., 1997), эффективность составляет от 84 до 92%.

Цель исследования: оценить экономическую эффективность амбулаторной кардиоверсии в сравнении со стационарной.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование в период с апреля 2003 по март 2006 года. Среднее время наблюдения составило 13,14 месяцев (от 1 до 36 месяцев). В исследование включены 199 пациентов, из них мужчин – 133 (66,8%). Средний возраст обследованных составил (59,2±1,4) года. Рецидивирующую ФП имели 135 (67,8%) пациентов, длительность ФП до 7 суток включительно была у 147 (73,9 %). У 1/3 пациентов длительность анамнеза аритмии была 5 и более лет. Преобладали пациенты с частыми (3 и более в месяц) эпизодами ФП – 57,0%. Основными причинами ФП были: артериальная гипертензия – у 169 (84,9%); хроническая сердечная недостаточность – 149 (74,9%); ишемическая болезнь сердца – 103 (51,7%), сахарный диабет – 25 (12,6%). Идиопатический вариант аритмии был у 42 (21,1 %) пациентов. Профилактическую антиаритмическую терапию (ААТ) соталолом получали 77 (41,2%) пациентов, амиодароном – 46 (24,6%), пропafenоном – 31 (16,6%), бетаадреноблокаторы – 26 (13,9%), комбинированную ААТ – 6 (3,2%), аллапинин – 1 (0,5%).

Результаты. При рецидиве ФП амбулаторно кардиоверсия проведена 33 пациентам, у которых

произошло 168 рецидивов аритмии. Пропафенон использовался во время 63 (37,5%) эпизодов ФП, амиодарон – 51 (30,3%). Восстановление синусового ритма в стационаре проведено 15 пациентам (67 рецидивов аритмии). Наиболее часто использовался амиодарон в/в – в 19 (28,3%) случаев, амиодарон per-os – 10 (14,9%), пропafenон – 5 (7,5%), новоканамид – 5 (7,5%), хинидин – 4 (6,0%). Другие ААП (верапамил в/в, дигоксин в/в) использовались в 21 (31,3%) случае ФП. Электрическая кардиоверсия проведена в 3 (4,5%) случаях. Эффективность медикаментозной кардиоверсии амиодароном per os у пациентов с рецидивирующей ФП составила 70,0–96,1%, пропafenоном – 80,0–98,4% соответственно при стационарной и амбулаторной кардиоверсиях.

Затраты на лечение пациентов амиодароном в стационаре (n=10) составили 61 889,8 руб., из них стоимость койко-дней – 28 000,0 руб. (45,2%), осмотра терапевтом – 16 800,0 руб. (27,1%), обследования – 11 157,0 руб. (18,1%), лечения – 5 932,8 руб. (9,6%). Затраты на лечение пациентов амиодароном амбулаторно (n=51) составили 63 643,6 руб., из них стоимость осмотра терапевтом – 36 720,0 руб. (57,7%), обследования – 24 480,0 руб. (38,5%), лечения – 2 443,6 руб. (3,8%).

Затраты на лечение пациентов пропafenоном в стационаре (n=5) составили 30 980,6 руб., из них стоимость койко-дней – 14 000,0 руб. (45,3%), осмотра терапевтом – 8 400,0 руб. (27,1%), обследования – 6 585,0 руб. (21,2%), лечения – 1 995,6 руб. (6,4%). Затраты на лечение пациентов пропafenоном амбулаторно (n=63) составили 80 080,7 руб., из них стоимость осмотра терапевтом – 45 360,0 руб. (56,6%), обследования – 30 240,0 руб. (37,8%), лечения – 4 480,7 руб. (5,6%).

Затраты на стационарное лечение в целом составили 92 870,5 руб., из них стоимость койко-дней – 42 000,0 руб. (45,2%), осмотра терапевтом – 25 200,0 руб. (27,1%), обследования – 17 742,0 руб. (19,1%), лечения – 7 928,4 руб. (8,6%). Затраты в целом на амбулаторное лечение составили – 143 724,2 руб., в том числе на осмотры терапевтом – 82 080,0 руб. (57,1%), обследование – 54 720,0 руб. (38,1%), лечение – 6 924,2 руб. (4,8%). Стоимость

койко-дней снижает эффективность стационарной крадиоверсии.

Средняя стоимость лечения одного пациента в стационаре при использовании амиодарона составила 6 188,9, пропафенона – 6 196,1 руб., из них 45,2% и 45,3% – стоимость койко-дня соответственно; в амбулаторных условиях при использовании амиодарона и пропафенона – 1 247,9 и 1 271,1 руб., соответственно, при этом 57,7 и 56,6% составляют затраты на осмотры терапевтом. Экономическая эффективность крадиоверсии про-

пафеноном в стационаре составила – 77,4 руб., амбулаторно – 12,9 руб., амиодароном – 88,4 и 12,9 руб., соответственно.

Затраты на лечение 15 пациентов в стационаре сопоставимы с амбулаторным лечением 114 пациентов. Коэффициент «стоимость/эффективность» является наименьшим при восстановлении синусового ритма в амбулаторных условиях (12,9 руб.), следовательно, проведение крадиоверсии в амбулаторных условиях является не только эффективным и безопасным, но и экономически целесообразным.

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНФЕКЦИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ МЕТОДА МЕДИЦИНСКОГО АУДИТА**

**Сивидова Н.С.**

**Институт семейной медицины СГМУ**

**ФГУ СМКЦ им.Н.А.Семашко , г. Архангельск**

**Научный руководитель: доц. Андреева Е.А.**

Резистентность к антибиотикам - одна из наиболее актуальных глобальных проблем здоровья. Инфекции, вызываемые резистентными бактериями увеличивают затраты на лечение и приводят к росту смертности населения во всем мире. Основной причиной увеличения роста резистентных бактерий является нерациональное применение антибиотиков. Известно, что до 80-90% назначений антибактериальных препаратов осуществляется врачами первичного звена здравоохранения. Для улучшения ситуации с качеством оказания первичной медицинской помощи при инфекциях респираторного тракта (ИРТ) в европейских странах сегодня широко применяется метод медицинского аудита – это метод самоанализа практической деятельности врача, в ходе которого изучаются структура, процесс и результат осуществляемой медицинской помощи.

Материалы и методы. В январе-феврале 2009 года был проведен первый этап медицинского аудита в г. Архангельске, в котором приняли участие 19 участковых врачей (терапевтов и врачей общей практики). Всего было проанализировано 532 случая ИРТ. Результаты исследования сравниваются с данными аудита, проведенного в скандинавских странах в 2008 г.

Результаты исследования и их обсуждение. Диагностика инфекции респираторного тракта в России базируется, в основном, на клинических данных. Каждому десятому пациенту (11,3%) была проведена рентгенография грудной клетки (инфильтративные изменения при этом выявлены в 1,9% случаев). Для сравнения, в скандинавских странах количество проводимых рентгенографических исследований на порядок меньше. Так, только 1,4% пациентов были направлены на рентген легких в Швеции и только

0,6 % пациентов в Дании. Одним из факторов, способствующим снижению количества направляемых на рентген пациентов является широкое применение экспресс-теста СРБ (так, он назначается примерно третьей части всех пациентов с ИРТ в Дании (30,9 %) и Швеции (29,3%)), который позволяет дифференцировать бактериальную пневмонию, подозрение на которую – основная причина назначения рентген-исследований, от вирусных бронхитов. Кроме этого, использование этого экспресс-теста в практике также способствует рациональному назначению антибактериальной терапии. Так, при уровне СРБ ниже 15 ммоль/л назначение антибиотиков не показано.

В г. Архангельске в более чем половине случаев ИРТ (64,5%) врачи указали вирусную инфекцию как наиболее вероятный этиологический фактор. Это решение российскими докторами принимается субъективно на основе данных анамнеза и клиники. Во многих странах Европы для выявления β-гемолитического стрептококка как этиологического агента при остром тонзиллите также широко используется экспресс-диагностика- Strep A- тест, он проводится каждому четвертому пациенту с ИРТ в Швеции (24,8%) и Дании (25,3%). К сожалению, в России подобные экспресс-методики, несмотря на их невысокую стоимость и большую диагностическую и практическую ценность, в настоящее время практически не применяются.

Известно, что острый бронхит в 90-95% случаев имеет вирусную этиологию, однако преобладающее большинство врачей (84,3%) для его лечения продолжают назначать антибактериальные препараты (в основном амоксициллин - в 68,7% случаев).

Острый тонзиллит также примерно в половине случаев вызывается вирусами, однако назначение

антибиотиков при остром тонзиллите достигает почти ста процентов (97,9 %). Наиболее часто при этом заболевании также назначается амоксициллин (37,8%). Часто применяемый в этой ситуации в Европе феноксиметилпенициллин как препарат выбора, имеющий узкий спектр действия, а также высокую стоимость, применяется российскими врачами редко – в 13,3 %.

При лечении острого отита (бактериальная инфекция в 50-70% случаев) практически всем пациентам (92,0%) были назначены антибиотики, в более чем половине случаев также из группы полусинтетических пенициллинов (в 65,2% случаев).

Известно, что причиной более чем половины всех обострений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) являются вирусы. Однако

антибактериальные препараты были назначены преобладающему большинству (85,8%) пациентов с обострением ХОБЛ. Наиболее часто в этой ситуации назначались защищенные β-лактамы (50,0%).

Таким образом, при проведении первой регистрации аудита выявлены аспекты нерациональной терапии ИРТ (частое преждевременное и/или непоказанное назначение антибиотиков, редкое использование антибактериальных препаратов узкого спектра) врачами первичного звена здравоохранения г. Архангельска. С целью оптимизации лечебно-диагностических мероприятий при ИРТ считаем целесообразным соответствующее обучение врачей в рамках последипломного образования, а также широкое внедрение в практику экспресс-тестов (Strep A- тест, экспресс-теста СРБ).

## **ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ. ДАННЫЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ГОРОДУ КОТЛАСУ**

**Сидорова Н.В. Ситникова В.А.**

**МУЗ «Котласская центральная городская больница»**

В настоящее время приобретают актуальность различные аспекты некоронарогенных заболеваний миокарда. На их долю приходится 8-10% всех заболеваний системы кровообращения. Среди форм некоронарогенных заболеваний сердца, при которых наиболее часто развивается сердечная недостаточность, следует, прежде всего, отметить ДКМП. Именно это заболевание характеризуется синдромом малого сердечного выброса, нарушениями ритма и проводимости, нарастанием дилатации полостей сердца, миокардиодистрофией.

В США от ДКМП ежегодно погибает более 9 тысяч человек, заболеваемость составляет 6,9 на 100 000 в год, распространенность 36,5 на 100 000. В России систематизированные данные по эпидемиологии ДКМП практически отсутствуют, поэтому показалось интересным рассмотреть этот вопрос на примере жителей города Котласа.

Данные по ДКМП за 2006-2008 годы по городу Котласу представлены в таблице 1. Количество больных за эти годы увеличилось с 19 до 21 человек, в основном за счет лиц трудоспособного возраста (30-50 лет). Вновь выявленные больные трудоспособного возраста: 2006 год–3 случая, 2007 год–2 случая, 2008 год–4 случая.

Возраст наблюдаемых больных ДКМП составляет от 32 до 67 лет. Распределение больных по возрасту представлено в таблице 2. Преобладает число больных в возрасте 50-60 лет. Лица, достигшие пенсионного возраста, составляют половину всех случаев (52,6%-42,8%). Учитывая тяжесть заболевания, наблюдается высокий процент инвалидизации–84,2%-85,7%. Сохранили трудоспособность 26,3%-33,3% больных. Среди больных ДКМП преобладают лица мужского пола (84,2%-81%). Это говорит о возмож-

ной роли факторов риска в развитии заболевания. Можно утверждать, что алкогольная болезнь скрывается за значительным числом случаев дилатационного поражения миокарда. Достоверный наследственный фактор (семейный характер заболевания в среднем наблюдается в 20-30% случаев) по нашим наблюдениям прослеживается только в 1 случае.

Тяжесть течения заболевания, частота осложнений, развивающаяся со временем резистентность к лечению, приводят к высокому проценту госпитализации: 2006г – 73,7%; 2007г – 52,9%; 2008г – 42,9%. Случаев госпитальной смертности за три года не было. Все вновь выявленные больные были госпитализированы в кардиологическое отделение для уточнения диагноза и подбора лечения. Снижение случаев госпитализации, малый процент повторной госпитализации (1-2 случая в год) говорит об эффективной работе поликлинической службы.

Средняя продолжительность жизни больных с ДКМП составляет 6-8 лет. По нашим наблюдениям она не превышает 7-8 лет. Установить истинную длительность заболевания невозможно, так как начало его какое-то время протекает малосимптомно. Этот период может продолжаться от 2-х до 10 лет. По нашим наблюдениям «случайно» выявлены больные с ДКМП при медосмотре, либо при обращении по поводу других заболеваний от 1 до 3 случаев (2006 г.–1, 2007 г.–2, 2008 г.–3 случая). Самостоятельно больные обращаются при наличии признаков сердечной недостаточности, когда уже выявляется значительная дилатация камер сердца, снижение фракции выброса ЛЖ менее 35-40%, нередко наблюдаются нарушения ритма и проводимости. Показатели сократительной способности миокарда у наших больных с ДКМП представлены в таблице 3.



Одним из ранних симптомов ДКМП является пароксизмальная мерцательная аритмия (МА), которая, как правило, быстро переходит в постоянную форму. По нашим наблюдениям МА выявляется у более половины больных с ДКМП: 2006-2007 годы по 12 случаев (63,2%), 2008 год – 14 случаев (66,7%). Нарушение ритма по типу желудочковой экстрасистолии высокого риска у 3-4 больных в год, нарушение проводимости по типу ПБЛНПГ – 2-3 случая.

Специфического лечения ДКМП не существует, проводится симптоматическая терапия по общепринятым правилам для ХСН. Основой лечения ДКМП является применение ингибиторов АПФ (получают все больные-100%), диуретиков (верошпирон-84,4%-90,5%; фуросемид-68,4%-71,4%). Чаще стали использоваться В-блокаторы-68,4%-85,7%. Для профилактики тромбозов применяется аспирин-57,9%-33,3%; варфарин-42,1%-71,4%. Дигоксин получают – 63,1%-66,7%.

Смертность составила: 2006 г.–3 случая (15,8%), 2007 г.–4 случая (21%), 2008 г.–2 случая (9,5%). Прогноз при ДКМП в целом неблагоприятный. Факторы, определяющие неблагоприятный прогноз: начало болезни в молодом возрасте, тромбозомболические осложнения, тяжелые аритмии, выраженная кардиомегалия, низкая фракция выброса.

Таблица 1.  
Данные по ДКМП за 2006-2008г.  
по городу Котласу

	Случаи		
	2006	2007	2008
Число жителей(чел.)	72 800	72 514	72 600
Всего больных	19	19	21
Заб-ть на 10 000 чел.	2,6	2,6	2,9
новые случаи	3 (15,8%)	4 (21%)	5 (23,8%)
смертность	3 (15,8%)	4 (21%)	2 (9,5%)
трудоспособные	5 (26,3%)	5 (26,3%)	7 (33,3%)
инвалидность	16 (84,2%)	16 (84,2%)	18 (85,7%)
пенсионеры	10 (52,6%)	8 (42,1%)	9 (42,8%)
пол мужской	16 (84,2%)	16 (84,2%)	17 (81%)
женский	3 (15,8%)	3 (15,8%)	4 (19%)
госпитализация	14 (73,7%)	10 (52,6%)	9 (42,8%)
повторная госпитал-я	1 (5,3%)	2 (10,5%)	2 (9,5%)
смертность	3(15,8%)	4 (21%)	2 (9,5%)

Таблица 2.  
Распределение больных ДКМП по возрасту

	2006	2007	2008
30-40 лет	3 (15,8%)	3 (15,8%)	4 (19%)
41-50 лет	4 (21%)	5 (26,3%)	6 (28,6%)
51-60 лет	9 (47,3%)	9 (47,3%)	8 (38,1%)
61-70 лет	3 (15,8%)	2 (10,5%)	3 (14,3%)

Показатели сократительной способности миокарда ЛЖ

Фракция выброса	Число случаев		
	2006	2007	2008
10% - 20%	3 (15,8%)	2 (10,5%)	2 (9,5%)
20% - 30%	5 (26,3%)	5 (26,3%)	6 (31,6%)
30% - 40%	6 (31,6%)	7 (36,8%)	7 (33,3%)
40% - 50%	5 (26,3%)	5 (26,3%)	6 (31,6%)

## ХАРАКТЕРИСТИКА МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

Скобаро Ю.А., 4 курс, факультет клинической психологии

Астраханская государственная медицинская академия

Кафедра наркологии и психотерапии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Великанова Л.П.

От коммуникативной культуры человека во многом зависит успешность его деятельности в общественной и профессиональной сфере.

Умение общаться с людьми – наиболее ценное качество в сфере «человек – человек». Коммуникативная культура рассматривается как условие и предпосылка эффективности профессиональной деятельности и как цель профессионального самосовершенствования.

Преподаватель постоянно включен в процесс общения, предусматривающий разнообразные и многоплановые отношения со студентами, коллегами. В связи с этим, существует реальная по-

требность современного общества в специалистах, способных к развитию своих личностных качеств, духовного мира, профессионализма, умеющих с максимальным эффектом использовать свои природные возможности, развивать общую и коммуникативную культуру.

Одной из ключевых компетентностей в коммуникации является установка в межличностном общении, как конструктивные, так и деструктивные. Примерами последних могут быть манипулятивное общение, агрессивное взаимодействие, авторитарный стиль общения, игнорирование контактов. Деструктивные установки затрудняют или разрушают

отношения и пагубно сказываются на человеке или обоих партнерах.

Целью нашего исследования явилось изучение установок в общении преподавателей высшей школы.

Было обследовано 30 преподавателей Астраханской государственной медицинской академии, в возрасте от 25 до 70 лет, со стажем работы от 3 до 48 лет.

Для исследования использовалась методика В.В. Бойко, предназначенная для количественной и качественной оценки деструктивных установок в межличностных отношениях. Исследование проводилось однократно, после проведения беседы, мотивирующей на сотрудничество.

Вся выборка была разделена на 3 группы в зависимости от стажа работы: 1 группа - до 10 лет; 2 группа – от 10 до 25 лет; 3 группа – более 25 лет.

Было установлено, что деструктивные установки были наиболее выражены в 3 группе. Преподаватели, стаж работы которых превышал 25 лет, обладали наибольшими показателями завуалированной жестокости в отношении к людям, в суждениях о них; открытой жестокостью в отношении к людям; брюзжанием (склонностью делать необоснованные обобщения негативных фактов в области взаимоотношения с партнерами и в наблюдении за социальной действительностью), негативным личным опытом общения с окружающими.

Необходимо отметить, что по результатам исследования преподаватели 1 и 3 групп обладают одинаковым уровнем обоснованного негативизма в суждениях о людях, выражающимся в объективно обусловленных отрицательных выводах о некоторых типах людей и отдельных сторонах взаимодействия. Преподаватели со стажем работы от 10 до 25 лет (2 группа) обладали средними показателями по всем параметрам.

Таким образом, с увеличением стажа профессиональной деятельности выявляется тенденция к накоплению деструктивных установок. Это может свидетельствовать о снижении профессиональной продуктивности, формировании синдрома выгорания и требует проведения психологической работы с педагогами по предотвращению развития и коррекции деструктивных установок в общении.

Список литературы:

1. Леонтьев А.А. Педагогическое общение / Под ред. М.К. Кабардова. 2-е изд., перераб. и доп. М.; Нальчик.- 1996. –С.122.
2. Психология: Словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.С. Ярошевского. М.-1996. –С.250.
3. Митина Л.М. Психологическая диагностика коммуникативных способностей учителя: Учебное пособие. Кемерово. -1996. –С.67.
4. Ершов П.М. и др. Общение на уроке, или Режиссура поведения учителя. 2-е изд., перераб. и доп. М.- 1998. –С. 5

## **ИЗ ИСТОРИИ КАФЕДРЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ АГМИ-АГМА-СГМУ. ЕВГЕНИЙ НИКОЛАЕВИЧ МЫШКИН**

**Скороварова Е.А., 1 курс, стоматологический факультет.**

**Кафедра истории медицины СГМУ.**

**Научный руководитель: проф. Щуров Г.С., директор музейного комплекса Андреева А.В.**



В 2009 году исполняется 80 лет со дня рождения доктора медицинских наук Евгения Николаевича Мышкина, заведующего кафедрой оториноларингологии Архангельского государственного медицинского института (АГМИ) с 1975 по 1984 гг.

Евгений Николаевич Мышкин родился 24 сентября 1929 года в селе Богословское Шабалинского района Кировской области. В 1946 году, после окончания школы, он поступил в Ленинградский медицинский институт, реорганизованный через год в Ленинградский санитарно-гигиенический медицинский институт Министерства здравоохранения РСФСР.

Студентами института реорганизация тогда была воспринята тогда неоднозначно. Для убедительности к ним в институт приехал Николай Александрович Семашко, являвшийся в тот период директором института школьной гигиены АПН РСФСР и одновременно - института организации здравоохранения и истории медицины АМН СССР. Аудитория согласилась с аргументами известного ученого и перспективной изучением гигиенических наук, но высказала пожелания о сохранении в учебном плане всех клинических дисциплин, что давало право получить квалификацию врача. В июне 1952 года Е.Н. Мышкин окончил Ленинградский санитарно-гигиенический медицинский институт с отличием. Решением государственной экзаменационной комиссии от 30 июня 1952 года Евгению Николаевичу Мышкину была присвоена квалификация врача по специальности «санитарно-гигиеническое дело».

Однокурсницей Мышкина в ленинградском «сангиге» была Раиса Васильевна Банникова, ставшая в

последствии доктором медицинских наук, профессором, заведующей кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Архангельского государственного медицинского института. В АГМИ они встретились много лет спустя.

В течение нескольких лет после окончания института Евгений Николаевич Мышкин работал в должности главного врача санэпидстанции и районной больницы. С 1956 года Мышкин начал работать в качестве отоларинголога. В 1957 году Евгений Николаевич окончил курсы усовершенствования в Центральном институте усовершенствования (ЦИУ) врачей по оториноларингологии. В 1966 году он закончил аспирантуру при кафедре ЛОР-болезней педиатрического факультета II-го Московского государственного медицинского института имени Н.И. Пирогова. В этом же году успешно защитил диссертацию на тему «Клиника и лечение хронических стенозов гортани у детей». 20 июня 1966 года решением Совета II-го Московского государственного медицинского института им. Н.И.Пирогова, Е.Н. Мышкину присвоена учёная степень кандидата медицинских наук.

С 1967 года по 1974 год Е.Н. Мышкин работал заведующим ЛОР-отделением Елецкой больницы Липецкой области. В 1970 году ему была присвоена высшая квалификационная категория врача-оториноларинголога. Занимаясь практической работой, Е.Н. Мышкин много времени и внимания уделял научным исследованиям. В результате научных изысканий во время работы практическим врачом Е.Н. Мышкиным в 1973 году была защищена диссертация на соискание учёной степени доктора медицинских наук на тему «Стенозы гортани и трахеи у детей». 28 декабря 1973 года Высшей Аттестационной комиссией Евгению Николаевичу Мышкину присвоена учёная степень доктора медицинских наук.

В марте 1974 года Е.Н. Мышкин был избран по конкурсу старшим научным сотрудником Московского НИИ уха, горла и носа, где работал до мая 1975 года. В мае 1975 года он был избран по

конкурсу на должность заведующего кафедрой ЛОР-болезней Архангельского государственного медицинского института.

Заведование кафедрой ЛОР-болезней АГМИ доктор медицинских наук Евгений Николаевич Мышкин принял после ухода известного профессора Ильи Васильевича Филатова. Основными направлениями в научной работе кафедры в эти годы были: изучение клинико-физиологических особенностей патологии вестибулярного, слухового, обонятельного анализаторов у больных и в эксперименте (влияние алкогольной интоксикации на ЛОР-органы, вопросы краевой патологии).

За период заведования кафедрой доктор медицинских наук Евгений Николаевич Мышкин проявил себя как высококвалифицированный врач, хороший педагог и умелый руководитель коллектива кафедры. За время занятия научно-исследовательской деятельностью Е.Н.Мышкиным была опубликована 51 работа.

Евгений Николаевич Мышкин вёл активную общественную работу: с 1975 года являлся внештатным главным оториноларингологом Архангельского областного здравоотдела, избран председателем научного общества оториноларингологов, членом группы народного контроля, членом партийного бюро стоматологического факультета, членом правления институтского отделения общества «Знание», возглавляя цикловую методическую комиссию хирургических дисциплин. В декабре 1977 года он был назначен заместителем декана лечебного факультета АГМИ.

Доктор медицинских наук Е.Н.Мышкин активно участвовал в проведении конференций и съездов, неоднократно командировался в учебные и лечебные учреждения СССР. В 1976 году он был назначен Министерством Здравоохранения РСФСР председателем Государственной экзаменационной комиссии в Курском медицинском институте, а в 1977 году - в Ставропольском медицинском институте.

В Архангельске доктор медицинских наук Е.Н.Мышкин работал до 1984 года, затем переехал в Москву, где продолжил трудовую деятельность.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ВЫПУСКНИКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Смолина Е. Е., 4 курс, факультет клинической психологии и социальной работы  
(отделение клинической психологии)**

**Кафедра педагогики и психологии СГМУ**

**Научный руководитель: д.п.н., проф. Васильева Е. Ю.**

Психологический портрет личности представляет собой совокупность характерологических, темпераментологических особенностей, индивидуальных личностных свойств и характеристик, степень

выраженности которых позволяет определить психологическая диагностика [2]. На основе оценки свойств личности можно составить ее психологический портрет, включающий такие составляющие,

как: темперамент, характер, способности, направленность, интеллектуальность, эмоциональность, волевые качества, умение общаться, самооценка, уровень самоконтроля, способность к групповому взаимодействию [3].

С целью разработки психолого-педагогических рекомендаций, направленных на развитие личностно-деловых и профессионально важных качеств студентов, был составлен обобщенный психологический портрет студентов пятого курса стоматологического факультета Северного государственного медицинского университета (СГМУ).

Организация и методы исследования. В качестве испытуемых выступили студенты пятого курса стоматологического факультета СГМУ в количестве 19 человек, которые добровольно прошли процедуру психологического тестирования (1,5 часа), из них – 10 девушек (52,6%) и 9 юношей (47,4%). Средний возраст испытуемых составил 23 года. Из 19 студентов четверо (21%) обучается на компенсационной основе и 15 человек (79%) – на бюджетной, 11 студентов (57,9%) учатся на «4» и «5».

Для оценки профессионально-личностного потенциала выпускников университета применялся блок психологических методик: Калифорнийский психологический опросник (СРІ) и Краткий ориентировочный тест (КОТ).

Калифорнийский психологический опросник (СРІ) является комплексным личностным опросником, предназначенным для целостного психологического описания личности: её свойств и характеристик. СРІ включает в себя 462 утверждения, к которым испытуемый должен выразить свое отношение. В результате обработки получают показатели по 20 диагностическим шкалам. В состав этих шкал входят 3 контрольные шкалы, показатели которых позволяют судить о достоверности полученных данных и наличии у испытуемых тенденции к искажению результатов. Обработка данных осуществлялась с помощью специально разработанного программного обеспечения. Данные, полученные с помощью опросника СРІ, явились основанием для написания развернутого психологического портрета как отдельного выпускника, так и «среднего» выпускника стоматологического факультета университета.

Краткий ориентировочный тест (КОТ) состоит из 50 заданий разного типа. Испытуемому предлагается за ограниченный период времени (15 минут) решить как можно больше заданий. Данный тест позволяет за короткий период времени достоверно оценить интеллектуальные способности. Обработка данных КОТ, с помощью которого диагностируются такие профессионально важные качества, как динамичность и гибкость мышления, осуществляется с помощью специального программного обеспечения. Индивидуальные результаты каждого испытуемого заносятся в электронную базу данных и отображаются в виде профиля, отражающего структуру интеллектуальных способностей.

Предварительное заключение о степени выражен-

ности личностно-деловых профессионально важных качеств компьютерная программа формирует на основе агрегирования результатов СРІ и КОТ.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ полученных данных показал, что «среднего» выпускника стоматологического факультета характеризует достаточный уровень сформированности социальных навыков и ориентации на достижение в сфере интеллектуальной деятельности; удовлетворительный уровень воспитанности и психологической культуры. Будущий врач-стоматолог имеет высокую скорость восприятия, переработки и воспроизведения информации; его мышление динамично, он умеет отойти от жестко заданной инструкции для получения лучшего результата. Выпускник осмотрителен, практичен, настойчив в реализации планов, но не склонен искать новые подходы. Следовательно, будущему специалисту нужно развивать такие качества, как эмпатия, конкурентоспособность, ответственность, толерантность, самоконтроль, гибкость в общении, обоснованность и самостоятельность в принятии решений, способность к ведению переговоров.

У выпускников-юношей лучше, чем у девушек сформированы социальные навыки, у них выше уровень самоуверенности, уравновешенности и влияния. Они более эффективно выбирают стили межличностного взаимодействия. Юноши более любопытны, любознательны и восприимчивы, проявляют большую адаптабельность и сензитивность к окружению.

У выпускников, обучающихся на «3» и «5» лучше, чем у сокурсников, имеющих в зачетной книжке только хорошие и отличные отметки, сформированы социальные навыки, у них выше уровень самоуверенности, уравновешенности и влияния. Они более эффективно выбирают стили межличностного взаимодействия, более гибки и адаптабельны, восприимчивы и настроены на других. Хорошо понимают людей, имеют более высокий уровень эмпатии.

Студенты, обучающиеся на «4» и «5» более ответственны. Они больше нуждаются в контроле, знании специфики и четко определенных критериях в работе. Их мышление характеризуется системностью и динамичностью.

На основе полученных данных были разработаны следующие психолого-педагогические рекомендации:

Для студентов:

1. Обратить внимание на развитие такого качества, как эмпатия (способность к непосредственному эмоциональному пониманию чувств и переживаний других людей).

2. Такие качества, как руководство группой, мотивация к достижению и готовность к изменениям имеют удовлетворительную степень выраженности. Данные качества могут быть развиты самостоятельно.

Для преподавателей:

1. Обратить внимание на развитие у студентов такого качества, как эмпатия (проводить беседы

со студентами на данную тему, приводить примеры из собственной практики, объяснить студентам, что эмпатия – это одно из наиболее важных личностно-деловых профессионально важных качеств врача).

2. Следует обратить внимание будущих специалистов на роль ответственности врача за каждое действие, манипуляцию, решение, которое напрямую связано с жизнью и здоровьем пациентов, а

также на развитие толерантности, как терпимости к людям, способности завоевывать их доверие, а также дипломатичности.

Список литературы

1. Маркова А.К. Психология профессионализма / А.К. Маркова. – М., 1996. – 308 с.
2. [http://www.mmpi.ru/proftest/psihologicheskii\\_portret.htm](http://www.mmpi.ru/proftest/psihologicheskii_portret.htm)
3. <http://www.sunhome.ru/psychology/11425>

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЦЕНТРЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Смирнова Е.А.**

**ГУЗ «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1» г. Череповец**

**Научный руководитель: д.м.н., проф. А.М. Вязьмин**

Общая численность больных психическими расстройствами в России достигает 3,97 млн. чел. По официальным статистическим данным значительный рост выявления лиц с психическими расстройствами внебольничными психиатрическими учреждениями наблюдался в девяностых годах прошлого столетия и продолжался за последнее пятилетие. Так, в 1999 году было зарегистрировано 36,0 из каждых 10 тыс. чел. населения, а в 2006 году – 37,7. С 1990 этот показатель возрос на 40,7 %, а с 1999 года – на 4,7 % (Гурович И.Я., Голланд И.М., Сон И.М., Леонов С.А., Огрызко Е.В., 2007).

В связи с развитием социальной психиатрии в последние десятилетия возрос интерес исследователей к вопросам качества жизни психических больных. Актуальность проблемы качества жизни пациентов с психическими расстройствами обусловлена необходимостью оптимизации социально-реабилитационных мероприятий, ориентированных на максимальный высокий уровень социальной адаптации и социального функционирования данного контингента больных. Цель работы изучить влияние условий психиатрического стационара и определить эффективность деятельности Центра, основываясь на определении качества жизни.

С целью получения комплексных данных о социальных характеристиках и качества жизни контингента больных при поступлении в Центр (первая точка исследования) было обследовано 52 больных, проходивших лечение в стационарных отделениях и дневном стационаре диспансера. Повторно опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных, разработанный в 1998г. Московским НИИ психиатрии МЗ РФ заполнялся после проведения реабилитационных мероприятий (вторая точка исследования). Сформирована основная группа, в которую вошли пациенты, с диагнозом относящиеся к компетенции «большой психиатрии» (психозы, шизофре-

ния, органическое поражение головного мозга) и вторая группа с невротическими расстройствами, пациенты так называемой «малой психиатрии». Выборка целенаправленная, репрезентативная. Репрезентативность выборки была обеспечена соблюдением следующих условий: пропорцией между половозрастной структуры взрослого населения города соответствующего возраста, участие в исследовании городского населения.

В Центре осуществлялась разработка и проведение индивидуального комплекса реабилитационных, трудовых и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на повышение функциональных резервов здоровья пациентов, имеющего психическое заболевание, с преимущественным использованием трудовых, медико-социальных и психотерапевтических методов лечения. Проводилась организация групп по интересам, клубная работа, православные встречи, дискуссионные группы, группы тренинга социальных навыков.

При анализе результатов обследования при поступлении в Центр и через три месяца отмечается снижение числа пациентов с низким показателем удовлетворенности отдельными показателями своего социального статуса.

Изменения в первой группе пациентов касались в основном удовлетворенности кругом общения, семейным положением, отношением с родственниками и жизнью «в целом» и отдельными сферами жизни.

При анализе результатов обследования при поступлении в Центр и через три месяца отмечается снижение числа пациентов с низким показателем удовлетворенности отдельными показателями своего социального статуса (при  $p \leq 0,05$ ;  $0,01$ ). Изменения в обеих группах касались в основном удовлетворенности кругом общения, семейным положением, отношением с родственниками, жизнью «в целом» и отдельными сферами жизни.

Таблица 1

Удовлетворенность обследуемых больных отдельными показателями своего социального статуса, %

Показатель	Количество больных, не удовлетворенных определенной сферой своей жизни			
	1 группа		2 группа	
	поступление	выписка	поступление	выписка
Работа	34,2	31,1	20,1	17,2
Круг общения	49,6	31,8	24,8	18,5
Отношения с родственниками	47,5	17,8	32,3	8,9
Семейное положение	39,4	21,1	18,7	9,1
Материальное положение	63,7	59,2	42,5	39,9
Отношение к жизни «в целом»	62,3	31,8	21,3	15,4

Таким образом, у респондентов в процессе реабилитационных мероприятий отмечалось улучшение показателей качества жизни. Среди контингента с невротическими расстройствами улучшение качества

жизни в результате мероприятий было более выражено, чем у пациентов, с диагнозами относящимся к компетенции «большой психиатрии» (психозы, шизофрения, органическое поражение головного мозга).

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Смирнова Е.А.

ГУЗ «Вологодский областной психоневрологический диспансер №1» г. Череповец

Научный руководитель: д.м.н., проф. Вязьмин А.М.

В сфере охраны психического здоровья требуется широкая и многомерная концепция качества жизни (КЖ), поскольку доход, недостаточность автономии и низкая социальная поддержка неразрывно связаны с психопатологией. Качество жизни и социальное функционирование в настоящее время является одним из важнейших составляющих оценки состояния психически больных (Ивашиненко Д.М., 2003). В работах ученых указывалось, что при анализе статуса и течения заболевания необходимо учитывать не только клинико-психопатологические особенности, но и социально-психологические факторы (Воловик В.М., 1974; Лонгвинович Г.В., 1992; Мелехов Д.Е., 1963; Орлов В.А., 1992; Тиганов А.С., 1994; Шмуклер А.Б., 1995). Большинство существующих в настоящее время оценок качества жизни основано на самоотчетах пациентов, при этом возникает проблема достоверности полученных данных, связанная с возможностью неадекватности самооценок, особенно тяжелыми психическими больными (И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, К.Г. Шашкова). Одним из способов приближения к достоверности полученных результатов является сопоставление самоотчетов больных с объективными данными, отражающие реальные жизненные обстоятельства этих пациентов, поэтому оценка качества жизни пациента должна проводиться двумя основными способами: другим человеком (объективный подход); либо путем самооценки (субъективный подход). В настоящее время в медицине существует более 60 инструментов, измеряющих различные аспекты качества жизни, связанного со здоровьем.

По данным А.Б. Шмуклера лишь 1/4 часть больных с тяжелыми, стойкими и часто обостряющимися психическими расстройствами состоят в браке, а более 40% пациентов никогда не были замужем или женаты, более 2/3 диспансерного контингента проживают в семьях – как правило в родительских семьях или в семьях взрослых детей. При этом в большинстве случаев пациенты занимают в семье зависимое положение, отношение с родственниками достаточно сложные, однако семья оказывает максимальную поддержку больным (Болдырев А.И., 1997; Бурковский Г.В., 1981; Шмуклер А.Б., 1999). Круг общения больных в большинстве случаев ограничен (Ковалев В.В., 1975). В основном они общаются лишь с ближайшим окружением, отношения, с которыми носят зависимый или безразличный характер (Гурович И.Я., 1978; Шмуклер А.Б., 1995). Отрицательно сказывается на адаптацию пациентов особенно в бытовой сфере неадекватные ожидания и завышенные требования со стороны родственников (Зайцев В.В., 1999). Таким образом, необходимо отметить, что важным является не только приспособление больного к среде, но и среды к нему. Однако общение не должно ограничиваться только семейным окружением. Усилия должны быть направлены также и на создание оптимальной социальной сети, то есть сообщества лиц наиболее близко контактирующих с пациентом и оказывающим ему материальную и эмоциональную поддержку, особенно важно для пациентов, не имеющих близких родственников или не поддерживающих с ним отношений.

Следует отметить, что этот контингент наиболее подвержен риску, потерять работу. По данным А.Б. Шмуклера, 1995 среди лиц трудоспособного возраста, работают менее половины, а пациенты изменившие место работы, в большинстве сделали это вынужденно и чаще становились жертвами производственных реорганизаций. При этом пациенты психиатрических служб в большинстве случаев испытывают финансовые трудности. 13,3 % диспансерного контингента зачастую голодают, не имеют достаточного количества одежды, у 45% рацион скуден, питание бедное и однообразное.

Важную роль в разработке концепции исследования КЖ в здравоохранении играет определение понятия "здоровье", предложенное ВОЗ: "здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания или физических дефектов". Она основана на стремлении к целостному представлению о человеке и неразрывно связана с пониманием интересов самой личности (Кабанов М.М., 2001; Семернин Е.Н., Шляхто Е.В., 2001 и др.).

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что появление концепции качества жизни в медицине стало следствием переосмысления подходов к определению и оценке здоровья и болезни, изучение КЖ стал использоваться как один из основных показателей здоровья.

Литература:

1. Иванищенко Д.М. Качество жизни больных с органическими непсихотическими расстройствами (комплексное медико-социальное и клинко-статистическое исследование). Дис. к.м.н. – Рязань, 2003. – с. 137

2. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике / составители Г.В. Бурковский с соавт. Под редакцией профессора М.М. Кабанова. – 1998.

3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2002. – 320с.

4. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных / Шмуклер А.Б.: Дис. д-ра мед. наук. – М., 1999. – С. 432.

## **НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ МЕЛАНОМЕ**

**Смирнова М.Н., Давыдова А.А.**

**Архангельский областной клинический онкодиспансер**

**Центр гемостаза ЦНИЛ СГМУ.**

**Научный руководитель – проф. Н.А. Воробьева**

На протяжении многих лет злокачественные новообразования кожи занимают вместе с раком желудка и раком легкого одно из ведущих мест в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями, при этом заболеваемость раком кожи, а особенно меланомой неукоснительно растёт. В настоящее время меланома стала представлять реальную угрозу для значительного числа людей. Смертность от данного заболевания в России составила в 1998 году 1,6 случаев на 100 тыс. населения, а в 2007 году – 2,2 на 100 тыс. населения.

Целью нашей работы явилось изучение эпидемиологии меланомы в Архангельской области и состояния системы гемостаза при данном заболевании.

Материалы и методы. Проведена сплошная выборка пациентов с меланомой за период 1994 по 2008 годы по данным Архангельского областного клинического онкодиспансера. Состояние системы гемостаза изучено у 45 пациентов с меланомой на базе Центра гемостаза ЦНИЛ СГМУ.

Результаты исследования. Заболеваемость меланомой в Архангельской области составило 2,9-4,0 на 100 тыс. в 1994-95 г.г., и 5,8 на 100 тыс. населения в 2008 году. Смертность от меланомы кожи

в Архангельской области составила в 1994 году 1,7 на 100 тыс. населения, а в 2008 году – 2,4 на 100 тыс. населения. Таким образом, отмечается увеличение как заболеваемости, так и смертности при меланоме кожи. Следует отметить, что заболеваемость меланомой кожи среди женщин как в РФ, так и в Архангельской области, выше чем у мужчин и составила в РФ в 1994 году 3,9 на 100 тыс. населения (у мужчин – 2,6 на 100 тыс.), в 2007 году – 6,3 на 100 тыс. населения (у мужчин- 4,4 на 100 тыс.). В Архангельской области эти показатели следующие: в 1994 году среди женского населения 4,4 на 100 тыс. (мужчины – 3,6 на 100 тыс.), в 2007 году среди женщин – 7,2 на 100 тыс., (мужчины – 3,2 на 100 тыс.).

Заболеваемости населения меланомой кожи зависит от возраста. Средний возраст заболевших составляет 40 лет. Частота заболеваемости среди детей от 5 до 10 лет составила 0,1 на 100 000 человек, а в возрасте старше 10 лет – 10 на 100 000. за последние годы рост заболеваемости МК происходит за счет поражения опухолью лиц молодого возраста. Таким образом происходит «омолаживание» МК.

На высокую частоту тромботических осложнений у больных злокачественными новообразованиями и на взаимосвязь этих двух заболеваний клиницисты обратили внимание уже давно. В настоящее время установлено, что тромбозомболические осложнения являются второй причиной смерти у больных злокачественными новообразованиями. Наиболее часто тромботические осложнения развиваются при опухолях яичников, поджелудочной железы, желудка, легких, прямой и толстой кишки, молочной железы.

В литературе мы не нашли данных о состоянии системы гемостаза при меланоме. При исследовании крови пациентов с меланомой крови нами

отмечается в 36% случаев уменьшение МНО (в 55% этот показатель оставался в пределах референтной нормы), увеличение РФМК, повышение агрегации тромбоцитов крови в 78% случаев. Это свидетельствует о повышении риска тромботических осложнений при меланоме, что не может не отразиться на показателях смертности и выживаемости при данной патологии.

Выводы. Отмечено возрастание заболеваемости меланомой кожи у жителей Архангельской области во всех возрастных группах. Наши предварительные данные показывают о наличии выраженного гиперкоагуляционного и гиперагрегационного состояния у пациентов с меланомой кожи.

## ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА А.А. ВЕЧТОМОВА

**Степанова И.В., 1 курс, стоматологический факультет.**

**Кафедра истории медицины СГМУ**

**Научный руководитель: проф. Щуров Г.С., директор музейного комплекса Андреева А.В.**



Андрей Александрович Вечтомов родился в июне 1886 года в дворянской семье в Вятке (г. Киров). В 1905 году он окончил вторую Казанскую гимназию с золотой медалью, затем учился в Императорском Казанском Университете на медицинском факультете. В студенческие годы успешно подрабатывал рисованием лекционных таблиц, в каникулярное время участвовал в отрядах по борьбе с холерой. За конкурсную научную работу на тему «Анатомия добавочных органов симпатического нерва» студент Вечтомов получил золотую медаль. После окончания Университета в 1911 году он получил степень лекаря с отличием и остался работать на медицинском факультете (сначала – экстерном, затем – ординатором).

В период империалистической войны в 1914 году Вечтомов был мобилизован на фронт в качестве врача. В 1916 году он был по болезни эвакуирован в Казань, затем назначен заведующим хирургическим отделением в госпиталь, который располагался в Саратове. Здесь Вечтомов по совместительству работал хирургом – консультантом госпиталя Шведского генконсульства для гражданских военнопленных немцев. Во время пребывания в Саратове он успешно изучал патогистологическую технику в институте проф. А.А.Богомольца.

После Октябрьской революции Вечтомов остался работать в госпитале, обслуживающем раненых красногвардейцев, и был мобилизован в Красную Армию. С 1918 по 1921 гг. он заведовал хирургическим отделением госпиталя в г. Анатърь Симбирской губернии.

После мобилизации Вечтомов был принят ассистентом госпитальной хирургической клиники

Пермского Государственного Университета, где читал лекции по военно-полевой хирургии и по хирургии детского возраста, исполнял обязанности заведующего кафедрой и опубликовал ряд научных работ, получивших высокие оценки крупных специалистов (проф. Греков, проф. Сперанский). В 1925 году Вечтомов начал работу над докторской диссертацией. В этот период его публикации уже посвящались пластической хирургии, более всего – ринопластике. Во время работы в Перми Андрей Александрович был секретарем президиума медицинского общества.

В июне 1935 года доцент А.А. Вечтомов участвовал в конкурсе на замещение должности заведующего кафедрой факультетской хирургии Архангельского государственного медицинского института (АГМИ). Список научных публикаций ученого, показательные операции, выполненные им, и пробная лекция в АГМИ оказали положительное впечатление на администрацию института, что подтверждает письмо директора Кривицкого, который ходатайствовал о его кандидатуре в Москве. На основании приказа по НКЗ РСФСР № 279/а от 28 марта 1936 г. Андрей Александрович Вечтомов был утвержден профессором по кафедре пропедевтической хирургии АГМИ. В том же году он получил степень кандидата медицинских наук.

В июне 1936 года А.А. Вечтомов назначили заведующим кафедрой общей хирургии, первыми руководителями которой были проф. И.Л. Цимхес и проф. М.В. Алферов. В 1937 году, с началом действия нового корпуса Северной центральной бассейновой больницы им. Н.А. Семашко, кафедра общей хирургии переехала на новую базу, что способствовало улучшению обеспечения учебными помещениями и создало благоприятные условия для



формирования новой хирургической клиники АГМИ на базе 80-ти коек хирургического профиля.

Вечтомов был целеустремленным и образованным человеком, знатоком художественной литературы, незаурядным художником, владел иностранными языками. Увлечшись в начале своей практической деятельности пластическими операциями, он сохранил любовь к этому разделу хирургии на протяжении всей своей жизни, став мастером пластической хирургии. Научные изыскания кафедры общей хирургии АГМИ в период ее руководства А.А. Вечтомовым тесно касались вопросов пластической хирургии, особенно ринопластики, которая была ключевой проблемой в подготовке докторской диссертации ученого. Отличным косметологом считали его современники и последователи.

В 1944 году Андрей Александрович неоднократно командировался в Москву. 20 декабря 1944 года, согласно приказу Всесоюзного комитета по делам

высшей школы при СНК СССР, Вечтомов был освобожден от должности заведующего кафедрой общей хирургии АГМИ «в связи с переходом на работу в другой институт». Заведующим кафедрой общей хирургии на основании приказа № 120 от 17.11.44. по АГМИ был назначен профессор Георгий Андреевич Орлов. Только в начале 1945 года А.А. Вечтомов передал руководство кафедрой Г.А. Орлову и по вызову из Союзнаркомздрава был командирован на месяц в Москву (согласно письма академика Сперанского). Через несколько лет отличный хирург А.А. Вечтомов вернулся в Архангельск и, не получив рабочего места на кафедрах АГМИ, трудился хирургом в 1-й городской больнице. Исследование жизненного пути Андрея Александровича Вечтомова продолжается. Известно, что его жена была сначала педиатром детского отделения Архангельского диспансера, затем – главным врачом центральной поликлиники г. Архангельска.

## **ИЗУЧЕНИЕ БИОДОСТУПНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ СМЕСИ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ С ЛАМИНАРИНОМ В ОПЫТАХ «IN VITRO»**

**Струсовская О.Г., Бурдейная К.В.**

**Кафедра фармации и фармакологии СГМУ**

**Научный руководитель: д.м.н. Буюклинская О.В.**

В ходе предварительно проведенных исследований установлено, что ламинарин влияет на растворимость ацетилсалициловой кислоты, увеличивая её в три раза. Так как показатели растворимости и биологической доступности непосредственно связаны между собой, следует ожидать улучшения последней малорастворимого в воде вещества (1:300) – ацетилсалициловой кислоты.

Первичные данные об изменении биологической доступности можно получить изучив динамику растворения исследуемого вещества через полупроницаемую мембрану. Изучение биодоступности проводили методом диализа через полупроницаемую мембрану. С этой целью нами была получена физическая смесь растворимого ламинарина и ацетилсалициловой кислоты в соотношении компонентов 1:3, которое обусловило лучшую растворимость препарата, при проведении испытания растворимости. Физическую смесь получали растиранием двух компонентов в ступке в течение 1 часа. В приборы для диализа помещали воду очищенную (ФС 42-2619-97), точно отмеренное количество 50 мл. В стеклянные диализные трубки диаметром 30 мм, затянутые с одной стороны целлофаном марки «Купрофан», толщиной 45 мкм, помещали точные массы исследуемых веществ – около 0,1 г ацетилсалициловой кислоты и 0,4 г физической смеси исследуемых компонентов. Приборы для диализа термостатировали в течение 3-х часов при температуре 37° С,

после чего в них помещали диализные трубки с точными навесками изучаемых веществ. Отборы проб осуществляли через каждые 30 мин эксперимента в количестве 5 мл пипеткой, с немедленным возвратом растворителя в прибор в том же количестве. Количество ацетилсалициловой кислоты, перешедшее в растворитель определяли методом спектрофотометрии. Расчет содержания препарата в растворе проводили по стандартному образцу ацетилсалициловой кислоты (ОФС 42-0220-07) относительно раствора сравнения – вода очищенная. Измерения оптической плотности растворов проводили в кварцевых кюветках с толщиной слоя 10 мм при длине волны 270 нм.

В ходе проведенных исследований было установлено, что через 30 мин эксперимента в диализате интактной ацетилсалициловой кислоты определялось лишь 2,5% от внесенного количества вещества, тогда как в диализате физической смеси – около 20% от содержания препарата во внесенном количестве физической смеси. Через 1 час в около 7% и 30%, а через 3 часа эксперимента определяли 25% и 49,8% от внесенного количества веществ соответственно.

По полученным в ходе исследования данным строили кривые диализа (рис. 1) в системе координат время – концентрация ацетилсалициловой кислоты, перешедшей в раствор.

Графическая зависимость концентрации ацетилсалициловой кислоты от времени эксперимента ин-

тактного соединения представляет собой гиперболу, в то время, как физической смеси – параболу. Для более объективной оценки результатов эксперимента нами были рассчитаны площади под кривыми диализа, для чего использовали метод расчета площадей треугольников и трапеций. Установлено, что площадь под кривой диализа физической смеси примерно в три раза больше площади под кривой препарата сравнения.

Таким образом, можно сделать заключение о том, что при взаимодействии ацетилсалициловой кислоты с ламинарином изменяются физико-химические свойства препарата, приводящие к улучшению его биологической доступности.

Кривые диализа ацетилсалициловой кислоты и физической смеси

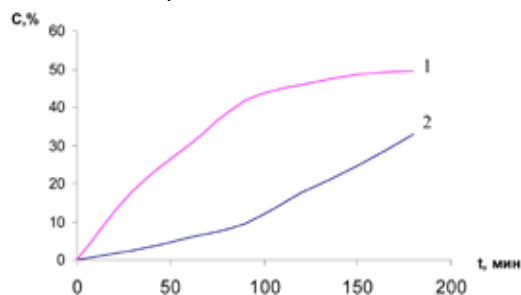


Рис. 1

1-кривая диализа физической смеси ацетилсалициловая кислота - ламинарин (1:3)

2- кривая диализа интактной ацетилсалициловой кислоты.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛАМИНАРИНА С НЕКОТОРЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В РАСТВОРЕ

Струсовская О.Г., Буюклинская О.В.

Кафедра фармации и фармакологии СГМУ.

Бурые водоросли семейства Laminariaceae: Ламинария сахаристая (*Laminaria saccharina*) (L.) Lamour, ламинария пальчаторассеченная — *Laminaria digitata* (Hunds.) Lamour, ламинария японская — *Laminaria japonica* Aresch., ламинария Клоустона — *Laminaria cloustoni* Edm. (*Laminaria hyperborea*) и ламинария узкая — *Laminaria angustata* Kjellm, *Laminaria gujapovae*, обладают широким спектром фармакологической активности, обусловленной их химическим составом, который включает разнообразные стеринны, оксипирины, полисахариды, L-фруктозу, белки, следы жирного масла, витамины, макро- и микроэлементы, пигменты и т.д. Одним из фармакологических активных веществ, содержащихся в ламинарии является полисахарид – ламинарин. В макромолекулах ламинарина остатки D-глюкозы связаны  $\beta$ -1 $\rightarrow$ 3 и  $\beta$ -1 $\rightarrow$ 6 связями [5,6].

Ламинарин обладает широким спектром фармакологической активности: иммуномодулирующим, антибактериальным, противовирусным, противогрибковым, противоопухолевым. Установлено, что ламинарин нормализует секрецию некоторых гормонов, активизирует кишечный метаболизм [7,8,9,10]. Однако, биологическая активность 1 $\rightarrow$  $\beta$ -D-глюканов зависит не только от структуры, но и от их молекулярной массы. Возникающие побочные явления ограничивают возможности непосредственного использования высокомолекулярных малорастворимых соединений в клинике. Исследования наноструктуры ламинарина показали некоторое сходство со структурными особенностями циклодекстринов, позволяющие предположить возможность возникновения взаимодействия полисахарида с лекарственными веществами. Взаимодействия такого рода могут оказывать влияние на физико-химические

свойства лекарственных препаратов, изменяя их биодоступность. Одним из факторов улучшающих биодоступность лекарственных веществ, является улучшение их растворимости в воде.

Целью проводимых нами исследований было установление возникновения взаимодействия ламинарина с малорастворимыми в воде веществами. Для эксперимента нами были выбраны два вещества из различных групп: фурацилин (растворимость 1:4200 и ацетилсалициловая кислота 1:300). Ламинарин получали из ламинарии сахаристой методом экстракции с последующей гельфильтрацией через мембраны с размером пор 10 кДа и 1 кДа.

Полученный полисахарид представлял собой белую с бежевым оттенком пористую массу без запаха и растворимостью в воде 1:30. Взаимодействие между ламинарином и исследуемыми веществами проводили в растворе. Для этого навески веществ добавляли к ламинарину в разном массовом соотношении и встряхивали полученные смеси в течение трех-пяти часов, фильтровали и измеряли оптическую плотность на спектрофотометре СФ-56 М в кювете с толщиной слоя 1 см.

Извлечения, полученные в эксперименте с фурацилином имели два максимума поглощения при 260 $\pm$ 2 нм и 374 $\pm$ 2 нм, что совпадало с холостым опытом. Количественное содержание фурацилина в растворе рассчитывали по стандартному образцу. В ходе проведенных исследований установлено, что в холостом опыте в раствор перешло 12,2% фурацилина, в растворе, полученном смешиванием ламинарина и фурацилина в массовом соотношении 1,5:1 – 12,96% препарата; при соотношении компонентов 1:1 в растворе обнаруживали 12,5% фурацилина, а при соотношении 1:3 – 11,7%. В

эксперименте с ацетилсалициловой кислотой были выбраны соотношения компонентов ламинарин-препарат 1:1 и 3:1 в сравнении с холостым опытом. Во всех случаях наблюдался 1 максимум поглощения при  $270 \pm 2$  нм. Расчет также проводили по стандартному образцу ацетилсалициловой кислоты. В ходе эксперимента было установлено, что наибольшее взаимодействие наблюдается в опыте при соотношении компонентов 3:1. В этом случае в раствор перешло 52,3% препарата, тогда как в холостом опыте лишь 19,5%.

Таким образом, в ходе проведенных исследований установлено, что ламинарин вступает в слабое взаимодействие с молекулами лекарственных веществ малой молекулярной массы, изменяя их физико-химические свойства. Так при взаимодействии с ацетилсалициловой кислотой улучшается растворимость препарата в воде более, чем 2 раза, тогда, как при взаимодействии с фурацилином заметных изменений не наблюдается. Не изменяется и профиль спектральной кривой - новых пиков или смещения полос поглощения не фиксируется. Следовательно, взаимодействие ламинарина с лекарственными веществами зависит не только от молекулярной массы, но и от их структурных особенностей. А установленное взаимодействие ламинарина с лекарственными веществами в растворе является перспективным для проведения дальнейших исследований.

Литература.

1. Беседнова Н.Н., Иванушко Л.А., Звягинцева Т.Н., Елякова Л.А. Иммунотропные свойства I->3; I->6--D-глюканов/ Ж. Антибиотики и Химиотерапию- 2000.-N2.- с. 37-44.
2. Гроссер А.В., Купец Т.В., Матело С.К. / Биологически активные вещества морской водоросли ламинарии.// Профилактика today. 03. 2007 с. 12-17.

3. Меньшикова Е.А. Физиологические механизмы влияния на иммунологическую реактивность.: автореф. дисс... канд. биол. наук/Е.А. Меньшикова.- Архангельск, 2006.

4. Сливкин А.И. Полиурониды. Структура, свойства, применение.(Обзор)/Вестник ВГУ. Серия химия, биология.-2000.-с.30-46.

5. Bonneville M, Saint-Mezard P, Benetiere J, Hennino A, Pernet I, Denis A, Nicolas JF / Laminaria ochroleuca extract reduces skin inflammation./ J. Eur. Acad. Dermatol.Venereol.-2007.-Vol.21.-№8.-p.1124-1125.

6. Kim,-K-H; Kim,-Y-W; Kim,-H-B; Lee,-B-J; Lee,-D-S. Anti-apoptotic activity of laminarin polysaccharides and their enzymatically hydrolyzed oligosaccharides from Laminaria japonica/J. Biotechnol. Lett.-2006.-Vol.-28.-No6.-p. 439-446.

7. Miyanishi N., Iwamoto Y., Watanabe E., Oda T. Induction of TNF- $\alpha$  Production from Human Peripheral Blood Monocytes with  $\beta$ -1,3-Glucan Oligomer Prepared from Laminarin with  $\beta$ -1,3-Glucanase from *Bacillus clausii* NM-1/ J. Biosci. Bioeng.-2003ю.-Vol. 95.-p. 192-195.

8. Shevchenko NM, Anastiuk SD, Gerasimenko NI, Dmitrenok PS, Isakov VV, Zviagintseva TN. Polysaccharide and lipid composition of the brown seaweed Laminaria gurjanovae/J.Bioorg Khim. -2007.- Vol.33ю.-№1.-p.96-107.

9. Steve M. Read, Graeme Currie and Antony Bacic. Analysis of the structural heterogeneity of laminarin by electrospray-ionisation-mass spectrometry/ J. Carbohydrate Research.-1996.- Vol. 281.- N 2.- p. 187-201.

10. Verhaeghe EF, Fraysse A, Guerquin-Kern JL, Wu TD, Devès G, Mioskowski C, Leblanc C, Ortega R, Ambroise Y, Potin P. Laminaria digitata suggests a new mechanism for its accumulation./ J. Biol. Inorg. Chem.- 2008.-Vol.13.-No2.- p.257-269.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ ДО 40 ЛЕТ**

**Совершаев А.Л., Белякова И.В.**

**Центральная научно-исследовательская лаборатория СГМУ, г.Архангельск.**

**МУЗ «Первая городская клиническая больница им. Е.Е.Волосевич», г. Архангельска.**

**Научный руководитель: проф. Воробьева Н.А**

Цель работы: выявить эпидемиологические особенности развития острого инфаркта (ОИМ) миокарда у молодых людей до 40 лет включительно.

Материалы и методы: с 1999 по 2008 гг. в отделении кардиореанимации 1 ГКБ пролечено 6293 пациента, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС). Из них 977 пациентов до 50 лет, среди них (n=600), проживающих в городе Архангельске и Северодвинске. Методом случайной компьютерной

выборки отобрана каждая пятая история болезни. Сформирована база из 123 пациентов. В процессе комплексного обследования у 8 пациентов диагноз ИБС был исключен. Обратил внимание факт высокой частоты встречаемости острого коронарного синдрома (ОКС) у лиц до 40 лет включительно. Больные данной категории составили 23,5 % (n=27) из 115. Среди 115 пациентов с ОКС (n=74) с подтвержденным ОИМ, (n=41) с проявлением неста-

бильной стенокардии (НС). Среди пациентов до 40 лет (n=5) с НС, (n=22) с ОИМ, что составляет 29,7% среди исследуемой группы с ОИМ. Мы изучили эпидемиологические характеристики пациентов с ОИМ в возрасте до 40 лет.

Результаты: средний возраст составил 32,4±7,6 лет. Среди 22 пациентов преобладали мужчины (n=21), женщин (n=1). Среди поступивших у (n=15) диагностирован передний ОИМ, у (n=7) ОИМ задне-базальной локализации. Крупноочаговый Q- ОИМ развился у (n=15) больных, не-Q ОИМ у (n=7). В анамнезе у 10 пациентов зарегистрирована артериальная гипертония. У 8 пациентов нарушение жирового обмена: (n=3) страдали ожирением 1 степени, (n=3) страдали ожирением 2 степени, у (n=2) наблюдалась повышенная масса тела. Среди исследуемой группы больных с нарушением углеводного обмена не было. Отягощенный семейный анамнез по ИБС имели (n =15) пациентов. Из 22 человек – 20 имели фактор риска курение. Среди пациентов (n=9) отмечали снижение физической активности. ОИМ в анамнезе имели (n = 2) пациента. К моменту случившегося ОИМ страдали стенокардией напряжения (n =5) пациентов. У (n =5) наблюдались признаки хронической сердечной недостаточности. Причем постоянную лекарственную терапию получали лишь 2 пациента в виде ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (энап) и бета-блокатора (эгилок). Дислипидемия в виде гиперхолестеринемии наблюдалась у (n=14) человек, гипертриглицеридемии у (n=13), повышение уровня холестерина липидов низкой плотности зафиксировано у (n=18) пациентов, снижение холестерина липидов высокой плотности наблюдалось у (n=16) человек. В 19 случаях из 22 проведена коронароангиография (КАГ). Оставшиеся пациенты (n=3) отказались от КА. Однососудистое поражение коронарного бассейна имели (n=6) больных, 2-х сосуда (n=8), 3-х сосуда (n=3), 5-и сосуда-

стое (n=1), не выявлено значимого поражения КА у (n=1) пациента. Стволовое поражение левой КА имели (n=1) больных, правой КА (n=8), огибающей КА (n=3), передней межжелудочковой КА (n=13), задней межжелудочковой КА (n=2), диагональной ветви (n=7), ветви тупого края (n =3). Правый тип кровотока наблюдался у (n=17) пациентов, левый у (n=1), сбалансированный у (n=1). Вид лечения зависел от времени поступления в стационар. До 90 минут с момента ангинозных болей поступило (n=3) пациента, от 1,5 до 3-х часов (n=8) больных, от 3-х до 6 – и часов (n=2), свыше 6-и часов до 24 часов (n=5) больных, свыше суток (n=4). Системный тромболитис проведен в 6-и случаях, причем в 3-х он был неэффективен и потребовал проведения срочной чрезкожной коронарной ангиопластики (ЧТКА). Стрептокиназа использовалась в 5 случаях, проурокиназа в одном случае. ЧТКА без стентирования проведена у (n=5) пациентов, ЧТКА со стентированием проведена (n=10) случаях. Коронарное шунтирование по срочным показаниям проведено у (n=2) пациентов. Интервенционные методы реваскуляризации миокарда проведены в 77% случаев.

Вывод. По данным проведенного анализа ОИМ в возрасте до 40 лет встречается в 29,7 % случаев, среди больных преобладают мужчины – 96%. Среди факторов риска ИБС у молодых лидируют нарушение липидного обмена, наблюдаемое в 100% случаев. В 91% случаев имел место факт курения. Отягощенный семейный анамнез по ИБС прослеживался у 68%, артериальная гипертония как фактор риска присутствовал у 45,5% исследуемых, нарушение жирового обмена наблюдалось у 36%. По данным КАГ 81% пациентов имели значимое поражение коронарного русла. Пациенты до 40 лет являются наиболее активными членами общества, поэтому данная проблема остаётся актуальной как с научной, так и с социально-экономической точки зрения и требует дальнейшего изучения.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ УЧЕБНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КУРСА ОБУЧЕНИЯ**

**Спицына Е. В., 4 курс, факультет клинической психологии и социальной работы (отделение клинической психологии)**

**Кафедра педагогики и психологии СГМУ**

**Научный руководитель: д.п.н., проф. Васильева Е. Ю.**

Ключевые слова: учебная активность, возрастные аспекты учебной активности, успеваемость студентов.

Методика: Опросник учебной активности студента (Волочков А.А.), компьютерная программа статистической обработки STATISTICA 6.0

В условиях социально-экономических преобразований профессиональные знания, востребованные на современном рынке труда, требуют

повышения качества профессиональной подготовки будущих специалистов. Приоритетным направлением в этой связи является формирование учебно-познавательной активности студентов высших учебных заведений.

В отечественной психологии учебная активность чаще всего понимается как качественно-количественная мера включенности студента в процесс обучения. Эта включенность проявляется,

с одной стороны, в особенностях учебной мотивации, а с другой, в особенностях осуществления и регуляции деятельности.

В нашем исследовании учебная активность рассматривается как разновидность целостной активности субъекта конкретной сферы деятельности (Волочков А.А., 2007 г.).

Как в отечественной, так и в зарубежной психологии проблема активности субъекта деятельности остается одной из мало разработанных.

В этой связи возникает целый ряд проблем: от определения и системной структуры целостной активности в конкретной деятельности до диагностики ее проявлений и измерения общего уровня развития. Решение этих проблем могло бы принести реальную практическую пользу, например, современным образовательным системам и моделям, которые нацелены на создание условий для развития обучающегося как субъекта деятельности.

Все это ставит исследование активности субъекта деятельности (например, учебной) в ряд наиболее актуальных, приоритетных направлений отечественной психологии, имеющих как общепсихологический, так и прикладной аспекты.

Целью нашего исследования явилось изучение различий показателей уровня учебной активности студентов в зависимости от курса обучения. Объект исследования - студенты второго и пятого курсов стоматологического факультета Северного государственного медицинского университета (СГМУ).

Опрошено 82 студента второго и пятого курсов. В первую выборку (второй курс) вошли 42 человека: 17 юношей и 25 девушек. Во вторую - (пятый курс) 30 человек - 13 юношей и 17 девушек. Использовался опросник учебной активности студента Волочкова А.А.

Анализ результатов показал, что студенты второго и пятого курсов имеют сходный, средний, уровень учебной активности.

Достоверные различия получены по шкалам «обучаемость» и «потенциал учебной активности» ( $p=0,05$ ). Это свидетельствует о том, что студенты пятого курса стоматологического факультета более высоко оценивают собственную обучаемость (легкость, скорость усвоения материала) по сравнению со студентами второго курса.

Для студентов пятого курса более характерно проявление субъективной активности в сфере обучения (шкала «потенциал учебной активности»). Отсюда следует, что студенты пятого курса имеют более выраженную учебную мотивацию, а также скрытую потенциальную готовность к включению и реализации других структурных компонентов

целостной учебной активности в отличие от студентов второго курса.

В ходе исследования была установлена связь между уровнем учебной активности студентов и успеваемостью. Так, студенты с хорошей успеваемостью (обучающиеся без троек в последние две сессии) имеют более высокий уровень учебной активности. Отсюда следует, что от уровня учебной активности студентов зависит уровень их успеваемости.

На основании полученных результатов были составлены психолого-педагогические рекомендации для педагогов и организаторов учебного процесса, направленные на повышение уровня учебной активности студентов.

Преподавателям рекомендуется создавать атмосферу состязательности на занятиях (использование рейтинговых систем оценки знаний), внедрять в учебный процесс информационные технологии, деловые игры и другие формы активной учебной деятельности, стимулирующие творчество и самостоятельность мышления студентов; развивать междисциплинарное знание, привлекать студентов к научно-исследовательской работе в рамках учебного процесса.

Организаторам учебного процесса - анализировать и обобщать опыт работы различных кафедр и факультетов по применению различных активных форм и методов учебно-воспитательной деятельности, проводить смотры-конкурсы знаний студентов, предметные олимпиады, научные конференции, создать систему общей и специальной информированности студентов о различных сферах жизнедеятельности университета, организовывать практическую деятельность студентов во всех сферах вузовской жизни (в т.ч. и в общественно-полезных работах), обеспечивать профессиональную готовность преподавателей к реализации современных педагогических принципов (знание педагогами особенностей развития личности, ее потребностей, интересов и целей).

Литература

1. Бережная Л.А. Роль некоторых методов обучения в формировании познавательной активности студентов медицинского института//Активизация мыслительно-познавательной деятельности студентов медицинских и фармацевтических вузов: Сб. науч. тр. -Пермь, 1990.-с.8-14.

2. Волочков А.А. Активность субъекта бытия: Интегральный подход/ А.А. Волочков; Перм. гос. пед.ун-т.-Пермь, 2007-376с.

3. Зинченко В.П. О целях и ценностях образования// Педагогика-№5, 1997.

# РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Тараканова Н.Г., Ковалев Э.Ю.

МУЗ «Котласская центральная городская больница имени святителя Луки (В.Ф.Войно-Ясенецкого)», г.Котлас.

Научный руководитель – зам.гл.врача Хохлов С.В.

Анальная трещина – спонтанно возникающий линейный, или эллипсовидный дефект (язва) слизистой оболочки анального канала.

Частота возникновения анальной трещины, по обращаемости колеблется от 11% до 15% среди заболеваний толстой кишки. Чаще болеют женщины молодого и среднего возраста.

Анальная трещина более чем в 80% случаев локализуется на задней стенке анального канала, в 10% - на его передней стенке (в основном у женщин), и очень редко на боковых стенках.

С развитием сначала острой, мягкой трещины, а затем плотной, часто приподнятыми краями трещины-язвы появляется боль, спазм, кровотечение.

Первый симптом объясняется травмой оголенных нервных окончаний на дне трещины, второй – это рефлекторное сокращение внутреннего жома в ответ на болевой импульс, а третий симптом – кровотечение – возникает вследствие прямого травмирования сосудов стенок и дна трещины.

При обращении больных с анальной трещиной, мы начинаем лечение с консервативных мер:

- Диета с исключением острой, соленой, кислой пищи и спиртных напитков.
- Теплые сидячие ванны с травами и душ-массаж.
- Свечи с метилурацилом, пастеризан, ультра-прокт.
- Мазевые аппликации (актовегин, левомеколь).
- На ночь микроклизмы с отварами трав.
- Дилатация заднего прохода.
- Физиолечение

Физиолечение

Применяемые методики:

При острой трещине – традиционно применялись: магнитотерапия (аппарат «Магнитер» - переменный режим, II положение интенсивности, время 15 мин, при воздействии на перианальную зону), курс № 7-10 процедур, особенно при сочетании с геморроем, дополнительно со 2-3 дня лечения ректально ТНЧ (аппарат Ультратон) или Д-Арсонваль.

При подострой трещине – не было должного эффекта от магнитотерапии, поэтому применялась лазеротерапия (аппарат «Шатл», ГНЛ ректально – излучатель в виде оливы, 25 мвт/см<sup>2</sup> по 2-4 мин, курс 10 сеансов).

При хронической трещине в силу недостаточной эффективности магнитотерапии и полостной лазеротерапии – применялась МИЛ-терапия наружно проекция ануса – 5вт 5гц (ректальный излучатель, контактно, частота 1500гц, время 5 мин, курс 12 сеансов).

При сохранении болевого синдрома после 3 сеансов – дополнительно воздействовали ИКЛ (аппарат «Шатл») или Мил-терапия на БАТ широкого спектра действия (хе-гу, цюй-чи, цзу-сан-ли).

Обращает на себя внимание, что практически все обратившиеся получили лечение весной с III по V месяцы.

Результаты лечения по группам больных:

	кол-во человек	средний	пол		Кол-во процедур
			муж	жен	
Острая трещина	7	36 лет	3	4	7
Подострая Трещина	10	35 лет	1	9	10
Хроническая Трещина	11	43 года	2	9	12

При острой трещине и применяемой традиционной физиотерапии – уменьшение боли к 4 сеансу; при окончании лечения полная эпителизация.

Из 11 пациентов с подострой трещиной – отсутствие эффекта 1 человек сделано 4 сеанса, отказался от процедуры, т.к. интенсивность боли не изменилась.

1 женщина 22 лет – снятие боли на период лечения; но эпителизации слизистой не было. После родов 2,5 месяца, кормила грудью; гипохромная анемия легкой степени; сделана через полгода операция. Эффективность составила 80%.

При наличии хронической трещины – уменьшение боли было у всех пациентов; но отсутствовало заживление слизистой – у трех человек; прооперированы. Эффективность 72%. Лечение дополнялось приемами антиоксидантов (витамины А или Е).

Вывод:

Консервативное лечение анальной трещины сочеталось с диетой, исключением алкоголя, ограничение физической нагрузки на период лечения. Обязателен клинический анализ крови для исключения сопутствующей анемии.

Дифференцированная физиотерапия применялась в зависимости от характера повреждения слизистой:

Острая трещина – местно магнитотерапия и ТНЧ или Д-Арсонваль ректально, средний курс – 7 процедур;

Подострая трещина – ГНЛ ректально 25 мвт/см<sup>2</sup>, время 2мин, 10 сеансов;

Хроническая трещина – МИЛ-терапия, наружно ректально 5вт, 5гц, время 5мин, сеансов 10 (частота 1500гц).

При сохранении болевого синдрома при подострой и хронической трещине к 3-4 сеансу дополнительно воздействие на БАТ широкого спектра действия. Эффективность составила при подострой – 80%, при хронической – 72%.

Снятие болевого синдрома, улучшение состояния пациентов сопровождалось эпителизацией слизистой. Данное лечение применялось в амбулаторных условиях, не сопровождалось освобождением от работы, что важно в плане социальной адаптации пациентов.

Литература:

1. Воробьев Г.И. Основы проктологии / под редакцией академика РАМН Воробьева Г.И./Ростов-на-Дону//изд-во «Феникс», 2001г.

2. В.М.Масях Практическая колопроктология /В.М.Масях, М.П. Павловский, Ю.С.Логинский, И.М.Варивода // Львов, 1990г.

3. М.М.Генри Колопроктология и тазовое дно / под редакцией М.М.Генри, М.Своша // Москва «Медицина», 1988г.

## **ДИНАМИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ В ТЕЧЕНИЕ НЕДЕЛЬНОГО ЦИКЛА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

**Ташев А.Б.**

**Кировская государственная медицинская академия, Коми филиал**

**Кафедра Нормальной физиологии человека**

**Научный руководитель: к.б.н., доц. Азаров Я.Э**

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:**

Артериальное давление, частота сердечных сокращений, ортостатическая проба, барорецепторный рефлекс.

Для оптимизации процесса обучения в высшей школе необходим поиск объективных показателей воздействия учебного процесса на организм студентов и степени адаптации студентов к учебе в ВУЗе. Нами проверена гипотеза о том, что эффективность барорецепторного рефлекса как основного механизма срочной регуляции системного артериального давления меняется в течение учебной недели.

Нами были обследованы студенты III-V курсов лечебного факультета Коми Филиала Кировской Государственной Медицинской Академии, проживающие в студенческом общежитии. Испытуемым ежедневно в течение недели проводили ортостатическую пробу. В покое и в горизонтальном положении после 10 минут адаптации определяли частоту сердечных сокращений за 30 секунд в перерасчете на 1 минуту и артериальное давление. Затем обследуемый медленно, без лишних движений встает и в удобном положении у него измеряют пульс и артериальное давление, а затем это делают через минутные интервалы в течении 10 минут. Затем обследуемого просят снова лечь; сразу же после укладывания измеряют через минутные интервалы артериальное давление и частоту сердечных сокращений в течении 3 минут. Оценку барорецепторного рефлекса проводили по коэффициенту корреляции между частотой сердечных сокращений и средним артериальным давлением

в ходе ортостатической пробы. При наличии высокого положительного коэффициента корреляции между частотой сердечных сокращений и средним артериальным давлением можно судить о том, что уровень артериального давления контролируется сердечным компонентом барорецепторного рефлекса, а при отсутствии значимой корреляции можно сделать вывод о неэффективности рефлекторного контроля артериального давления.

Установлено, что наиболее напряженные по субъективной оценке периоды недельного цикла (начало и конец недели) характеризуются низким коэффициентом корреляции между частотой сердечных сокращений и средним артериальным давлением в ходе ортостатической пробы и, следовательно, низкой эффективностью барорецепторного рефлекторного механизма контроля артериального давления. Наименее напряженными испытуемые считали выходные дни и середину рабочей недели. Эти два периода отличались друг от друга по абсолютной величине показателей АД артериального давления и частоты сердечных сокращений в ходе ортостатической пробы, однако в оба благоприятных периода наблюдается значимая корреляция между частотой сердечных сокращений и средним артериальным давлением, что свидетельствует об эффективности контроля артериального давления барорецепторным рефлекторным механизмом.

Таким образом, ортостатическая проба может относительно простым способом мониторинга состояния организма студентов в ходе учебного процесса.

## МАГНИЙ И СЕВЕР

Теремецкая И.Ю., 6 курс, медико-биологический факультет

Кафедра общей и неорганической химии СГМУ

Научный руководитель: к.б.н., доцент Айвазова Е.А.

Общеизвестен факт зависимости внутренней среды организма от условий проживания человека. Внешняя среда оказывает влияние на состояние всех систем организма и гомеостаз. Климат Севера, отличающийся отрицательным радиационным балансом, повышенной геомагнитной активностью, необычным фотопериодизмом, дефицитом тепла и инсоляции, является дискомфортным для человека и формирует своеобразный региональный уровень жизнеобеспечения, характеризующийся напряжением всех систем организма. Европейский Север, в связи с этим, является регионом с высоким уровнем распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы, ЦНС, ЖКТ, а также более высоким уровнем смертности по сравнению со средними широтами. (Добродеева Л.К., 2004)

Одной из причин высокого уровня заболеваемости на Севере может являться дисбаланс электролитов, отмеченный у северян (Айвазова Е.А., 1999; Бойко Е.Р., Ткачев А.В., 1995), в частности магния, который занимает 4 место по содержанию в организме и 2 место по содержанию в клетке.

Можно выделить 2 основные функции Mg:

- участие в метаболизме
- поддержание электрического равновесия

клетки.

Mg необходим для формирования биопотенциала, обеспечивающего процессы деполяризации; он является основным фактором стабильности клеточных мембран. При недостатке Mg клетка становится сверхвозбудимой. Mg является физиологическим регулятором возбудимости клеток (мышечных, нервных). Следствием дефицита Mg может являться развитие заболеваний нервной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, пищеварительной систем. Недостаток Mg повышает риск онкологических заболеваний, ведет к увеличению числа спонтанных аборт. По данным департамента здравоохранения Архангельской области на Севере сохраняется стабильно высокий уровень сердечно-сосудистой патологии, болезней крови и кроветворных органов, значение которого выше, чем в центральном федеральном округе.

Mg влияет на тонус сосудистой стенки и способствует ее расслаблению. Исследования швейцарских ученых (Suter P.M. et al, 1999) показали, что длительный дефицит Mg является достоверным фактором

острого инсульта мозга. По данным департамента здравоохранения Архангельской области в нашем регионе регистрируется высокая частота данного заболевания, которая составляет 3,6 заболевших на 1000 человек за 2008 год.

Негативным последствием гипомagneзиемии является повышенная агрегация тромбоцитов, увеличение риска тромбообразования и тромбоэмболических осложнений, распространенность которых на Севере также превышает таковую по сравнению со средними широтами.

Наиболее распространенным проявлением дефицита Mg при беременности является патологически повышенный тонус матки, что может являться причиной спонтанных аборт. Север является тем регионом, который по уровню спонтанных аборт, невынашиваемости беременности стоит на одном из первых мест, так, 10 % женщин, проживающих в условиях Европейского Севера, не заканчивают беременность родами в срок.

Длительно действующий дефицит Mg является предрасполагающим фактором к формированию бронхообструктивных заболеваний (бронхиальная астма, рецидивирующие бронхиты). Данные заболевания являются лидирующей патологией на Севере, о чем свидетельствуют статистические данные департамента здравоохранения Архангельской области. 40% зарегистрированных больных с диагнозом установленным впервые имели патологию дыхательной системы в 2008 году.

Mg наравне с Ca, мочевой кислотой, цистеином и другими компонентами входит в число 15 наиболее известных камней почек. В большинстве почечных камней присутствуют соединения Ca. Повышенная доза Mg в моче в состоянии предотвратить образование солей Ca и, таким образом, возникновение камней. Следовательно, дефицит Mg может быть причиной возникновения мочекаменной болезни и Север находится на лидирующих позициях. В среднем, за последние 5 лет по данным департамента здравоохранения по Архангельской области зарегистрировано 6 случаев данной патологии на 1000 населения.

Таким образом, исследование магниевого статуса населения является важным звеном в профилактике и раннем лечении заболеваний, распространенных на Европейском Севере.



## ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ВИТАМИНАМИ А, Е, В1 И В2

Титова О.Е., Ломакина А.Н.

Кафедра неонатологии и перинатологии СГМУ.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Чумакова Г. Н.

Организм беременной женщины особенно нуждается в получении всех необходимых витаминов и минералов для развития плода и поддержания нужд организма. Известно, что для беременных потребность в микронутриентах выше, чем для небеременных женщин того же возраста. Питание матери является наиболее значимым внешним фактором для исхода беременности. С недостаточным поступлением микронутриентов связывают рождение детей с низкой массой тела, младенческую смертность, восприимчивость к инфекциям, недоношенность, врожденные уродства, нарушение физического и умственного развития детей. Таким образом, здоровье плода и новорожденного во многом определяется условиями его эмбрионального развития. Недостаточное обеспечение микронутриентами беременных женщин может приводить к дефицитным состояниям витаминов и микроэлементов плода и новорожденного.

Цель исследования - определить уровень витаминов А, Е, В1, В2 у рожениц и новорожденных детей в зимний сезон года в условиях пренатальной витаминoproфилактики. В период с ноября по февраль 2007 – 2008 гг проведено исследование обеспеченности витаминами А, Е, В1, В2 71 рожениц в родильных домах г Архангельска и г Северодвинска. Критерии включения: одноплодная беременность; возраст матери 19 – 34 года; отсутствие декомпенсированных хронических заболеваний; срочные роды; роды через естественные родовые пути; отсутствие тяжелых осложнений родов. 85,3 % женщин принимали в течение беременности витаминно – минеральные комплексы (Vitrum Пренатал, Комплевит, Комплевит- мама, Элеевит, Гендевит); 2 женщины (2,9%) – витамин Е; 47,1% - витаминно – минеральные комплексы и витамин Е.

Уровень витаминов группы В определялись в гемолизате, показатели жирорастворимых витаминов А и Е определялись в сыворотке крови флюо-

рометрическим методом на спектрофлюориметре «Флюорат-02-АБЛФ». Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета статистических программ SPSS 15.0. Данные имели непараметрическое распределение, описаны с помощью медианы (Md), первого и третьего квартилей (Q1; Q3)

Уровень витамина А в сыворотке крови обследованных женщин (n = 49): 0,51 (0,42; 0,65) мкмоль/л; в пуповинной крови (n = 60): 0,4 (0,25; 0,69) мкмоль/л. Согласно полученным данным уровень витамина А в сыворотке материнской крови находится на нижней границе нормы для взрослого человека, в пуповинной крови находится ниже нормы для новорожденных. Уровень витамина Е в сыворотке крови матерей (n = 49): 12,2 (7,00; 21,02) мкмоль/л; в пуповинной крови (n = 60): 9,99 (5,5; 19,8) мкмоль/л, что находится в пределах физиологической нормы. Установлены прямые корреляционные связи уровней витамина А ( $r = 0,35$ ,  $p = 0,015$ ) и витамина Е ( $r = 0,55$ ,  $p = 0,0001$ ) матери и ребенка.

Обеспеченность витамином В1 определяли по величине ТДФ эффекта. Данные свидетельствуют об адекватном обеспечении витамином В1: у матерей 1,04 усл. ед. (Q1 = 0,93; Q3 = 1,12); у детей 1,03 усл. ед. (Q1 = 0,91; Q3 = 1,10). Концентрация витамина В2 также в пределах нормы: в материнской крови 150,7 нг/мл (Q1 = 101,7; Q3 = 239,6); в пуповинной крови 170,60 нг/мл (Q1 = 100,2; Q3 = 240,00). Установлены прямые корреляционные связи уровней витамина В2 ( $r = 0,571$ ,  $P = 0,0001$ ) и обеспеченности витамином В1 ( $r = 0,46$ ,  $P = 0,0001$ ) матери и ребенка.

Анализ полученных данных показал, что у беременных женщин и новорожденных детей наблюдается тенденция недостаточной обеспеченности витамином А, что необходимо учитывать при поведении сезонной пренатальной витаминoproфилактики.

# ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Тропина С.Г., 4 курс, факультет клинической психологии и социальной работы  
отделение клинической психологии)

Кафедра педагогики и психологии СГМУ

Научный руководитель: д.п.н., проф. Васильева Е. Ю.

Развитие индивидуальных ресурсов и возможностей личности, ее активизация, формирование новых стратегий социально-профессионального поведения, поведенческих установок и ценностных ориентаций, отражающих новые социальные экономические реалии, обеспечение социальной и профессиональной мобильности непосредственно связано с понятием социальной компетентности личности.

Цель исследования состояла в анализе различий выраженности уровня социальной компетенции у студентов факультета клинической психологии Северного государственного медицинского университета. Предмет исследования - социальная компетентность студентов.

В качестве гипотезы исследования было принято утверждение о том, что существуют достоверные различия в уровне социальной компетентности студентов второго и четвертого курсов обучения.

Организация и методы исследования. Объект исследования - студенты факультета клинической психологии СГМУ в количестве 13 человек: 6 студентов 2-го курса (5 девушек и 1 юноша) и 7 студентов 4-го курса (девушки). Средний возраст составил 20 лет.

Для оценки социальной компетенции применялся блок психологических методик: Калифорнийский психологический опросник (СРІ) и Краткий ориентировочный тест (КОТ).

Калифорнийский психологический опросник (СРІ) является комплексным личностным опросником, предназначенным для целостного психологического описания личности: её свойств и характеристик. СРІ включает в себя 462 утверждения, к которым испытуемый должен выразить свое отношение. В результате обработки получают показатели по 20 диагностическим шкалам. В состав этих шкал входят 3 контрольные шкалы, показатели которых позволяют судить о достоверности полученных данных и наличии у испытуемых тенденции к искажению результатов. Обработка данных осуществлялась с помощью специального разработанного программного обеспечения. Данные, полученные с помощью опросника СРІ явились основанием для написания развернутого психологического портрета как отдельного выпускника, так и «среднего» выпускника стоматологического факультета университета.

Результаты исследования. Нами были выделены следующие критериальные признаки социальной компетентности личности: ответственность, со-

циализация, самоконтроль, толерантность, интеллектуальная эффективность, эффективность взаимодействия с людьми, готовность к изменениям. На основе выделенных критериальных признаков определялся уровень каждого из показателей с помощью критерия Манна-Уитни. В результате были получены следующие данные:

1. Уровень ответственности в группе 1 не ниже уровня ответственности в группе 2 ( $U_{эмп} > U_{кр}$  ( $p=0,05$ )).

2. Уровень социализации в группе 1 не выше уровня социализации в группе 2 ( $U_{эмп} > U_{кр}$  ( $p=0,05$ )).

3. Уровень самоконтроля в группе 1 не ниже уровня самоконтроля в группе 2 ( $U_{эмп} > U_{кр}$  ( $p=0,05$ )).

4. Уровень толерантности в группе 1 не ниже уровня толерантности в группе 2 ( $U_{эмп} > U_{кр}$  ( $p=0,05$ )).

5. Уровень интеллектуальной эффективности в группе 1 не ниже уровня интеллектуальной эффективности в группе 2 ( $U_{эмп} > U_{кр}$  ( $p=0,05$ )).

6. Уровень эффективности взаимодействия с людьми в группе 1 не выше уровня эффективности взаимодействия с людьми в группе 2 ( $U_{эмп} > U_{кр}$  ( $p=0,05$ )).

7. Уровень готовности к изменениям в группе 1 не выше уровня готовности к изменениям в группе 2 ( $U_{эмп} > U_{кр}$  ( $p=0,05$ )).

Таким образом, ни по одному из выделенных критериев социальной компетентности статистически значимых различий не выявлено. Полученные результаты можно объяснить так: примерно одинаковый возраст и жизненный опыт испытуемых в группах обследования; малый объем выборок; слабая выраженность педагогических мер, направленных на развитие социальной компетенции студентов.

На основе полученных данных разработан спектр психолого – педагогических рекомендаций, ключевыми из которых выступают:

1) для студентов:

- активное участие в образовательном процессе и проявление самостоятельности, инициативы, способности брать ответственность за результат, самостоятельное осуществление самоанализа и самооценки собственной деятельности, реализация индивидуальных интересов, формирование понятий и организация своих действий на их основе, выражение своей точки зрения, отличной от точки зрения окружающих, стремление выслушивать, стараться понять мнение других.

- самовоспитание активной жизненной позиции, стремления к самосовершенствованию, толерантности, дисциплине, развитие социально значимых качеств, стремления к интеллектуальным видам деятельности.

Для преподавателей:

1. Демонстрация педагогом компетентного поведения.

2. Формирование представлений о толерантности, социальной компетентности, их значимости в работе психолога. Информирование о функциях, назначениях социальных институтов общества, формирование готовности к эффективному взаимодействию с ними, повышение правовой грамотности студентов.

3. Поощрение самостоятельности, инициативы, реализации индивидуальных интересов студентов, побуждение к постановке трудных, но реалистичных целей, поддержка студентов, когда они делают ошибки и помощь в работе над ними.

4. Обучение самооценке поведения и его результатов по известным критериям, умению работать в

группе, показывать, что лежит в основе эффективной работы группы, задавать вопросы и высказывать пожелания, выслушивать и стараться понять мнение других, имея право не соглашаться с ним, понимать других людей, имеющих иные ценности, интересы и способности.

Список литературы

1. Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования // Интернет-журнал «Эйдос». – 2006. <http://www.eidos.ru/journal/2006/0505.htm>

2. Зимняя И.А. Компетентностный подход как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании: электронное издание. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004.

3. Чичерина Н.В. Медиаобразование в контексте изменяющейся социальной реальности: монография. – Архангельск.: Поморский университет, 2008. – 176 с.

## **ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКИХ УЧАСТКАХ МУЗ Г. АРХАНГЕЛЬСКА**

**Туркина А.И., VI курс, педиатрический факультет .**

**Кафедра ПДБ и поликлинической педиатрии СГМУ**

**Научные руководители: д.м.н., проф. Макарова В. И.; к.м.н., доц. О.Ю.Леонтьева**

Скарлатина и ангина как основные заболевания стрептококковой этиологии до сих пор остаются серьезной эпидемиологической и клинической проблемой [3,6]. Заболеваемость скарлатиной в последние годы невысокая, но нередко проявляется групповыми вспышками в детских коллективах [4,5]. Широкое применение антибактериальных препаратов привело к тому, что в настоящее время преобладают легкие и среднетяжелые формы болезни. Однако, бесспорным является значение стрептококковой инфекции в формировании хронических поражений носоглотки [2]. Значительна опасность алергизации стрептококком и развития поражений сердца, почек (инфекционно-аллергический миокардит, гломерулонефрит, ревматизм). Возможны также тяжелые септические осложнения и даже летальные исходы. В связи с этим особое значение имеет адекватная диагностика и лечение скарлатины и ангины участковым педиатром, чтобы не допустить появления осложнений после перенесенных заболеваний [1].

Цель исследования: провести экспертизу качества диагностики и лечения больных скарлатиной и ангиной на педиатрических участках МУЗ г. Архангельска по данным формы 112/у (история развития ребенка).

Материалы и методы. Были отобраны 40 историй развития ребенка (форма 112/у) детей, которые

перенесли скарлатину и фолликулярную ангину стрептококковой этиологии за период с января 2005 года по июнь 2009 года, из которых проведена выкопировка данных.

Результаты исследования. По возрастному составу среди заболевших преобладали дети до 8 лет (92,5%), дети старше 8 лет составили 7,5%. День вызова педиатра от начала заболевания: в 1 день заболевания – 2 ребенка (5%); на 2 день – 19 детей (47,5%); на 3 день – 14 детей (35%); на 4 день – 5 детей (12,5%). В 80 % случаев первичный и уточненный диагнозы совпали. Из 40 случаев заболевания мазок на ВЛ (бациллы Леффлера) был взят у 11 детей (27,5%). При этом во всех 11 случаях результат – отрицательный. Посев слизи из ротоглотки на гемолитический стрептококк был взят только в одном случае заболевания (2,5%). Общий анализ крови (ОАК) первично из рассмотренных 40 случаев заболеваний назначался: на 1-7 день – в 17 случаях (42,5%); на 10-12 день – в 11 случаях (27,5%); на 14-21 день – в 10 случаях (25%). В 2 случаях (5%) ОАК был назначен, но результатов анализа в медицинских документах нет. Общий анализ мочи (ОАМ) первично из рассмотренных 40 случаев заболеваний назначался: на 1-7 день – в 24 случаях (60%); на 8-11 день – в 11 случаях (27,5%); на 15-21 день – в 3 случаях (7,5%). В 2 случаях (5%) ОАМ был назна-

чен, но результатов анализа не было. Контроль ОАК и ОАМ на 21 день от начала заболевания выполнен только в 2 случаях (5%) из 40. Антибактериальная терапия назначалась в день первого посещения врачом больного. Во всех случаях заболевания применялся антибиотик из группы пенициллинов (95% – флемоксин, 5% – амоксициллин), однако в 4 случаях после 3-х дневного курса флемоксин был заменен на препарат из группы макролидов (макропен) курсом на 7 дней. Длительность антибактериальной терапии при лечении фолликулярной ангины (рассмотрены 8 случаев заболевания) составила: 5 дней – в 4 случаях (50%); 7 дней – в 2 случаях (25%); 10 дней – 1 случай (12,5%). В 1 случае заболевания (12,5%) длительность антибактериальной терапии фолликулярной ангины была не указана. Только в 1 случае заболевания (12,5%) соблюдена необходимая продолжительность антибактериальной терапии – 10 дней. Длительность антибактериальной терапии при лечении скарлатины (рассмотрены 32 случая заболевания) составляет: 5 дней – в 1 случае (3,1%); 7 дней – в 5 случаях (15,5%); 10 дней – в 8 случаях (24,8%); 11–13 дней – в 9 случаях (28%); 14–17 дней – в 6 случаях (18,7%). В 3 случаях заболевания (9,3%) длительность антибактериальной терапии скарлатины не указана. Дюрантные формы пенициллина не назначались ни в одном случае заболевания. Первое активное посещение больного ребенка на 2-3 день проводилось в 36 случаях (90%), на 4-6 день – в 4 случаях (10%) из 40. Выписка выздоровевшего после перенесенной скарлатины (всего 32 случая) состоялась на 22-32 день от начала заболевания – в 13 случаях (40,6%); на 20-21 день – 12 случаев (37,5%); на 16-19 день – в 7 случаях (21,8%). Выписка выздоровевшего после перенесенной ангины (всего 8 случаев): на 12-14 день от начала заболевания – в 2 случаях (25%); на 10-11 день – 4 случая (50%); на 7-8 день – 2 случая (25%). Консультация кардиолога или нефролога проводилась в 16 случаях заболевания из 40 (40%). Рекомендации при выписке (медицинский отвод от профилактических прививок, диспансерное наблюдение в течение 1 месяца, контроль ОАК, ОАМ через месяц) отсутствовали во всех 40 случаях заболевания.

**Заключение.** Для подтверждения диагноза скарлатины и ангины практически не используется бактериологический метод диагностики с посевом слизи из ротоглотки на гемолитический стрептококк. Основным методом диагностики этих заболеваний является клиническая диагностика. В этиотропной терапии препаратами выбора служат полусинтетические пенициллины широкого спектра действия (флемоксин, амоксициллин). Однако в 75% случаев при фолликулярной ангине и в 18,6% случаев при скарлатине длительность антибактериальной составляет менее 10 дней, что может быть недостаточным для надежной эрадикации возбудителя. Методические рекомендации по наблюдению за детьми, перенесшими острую стрептококковую инфекцию, не выполняются.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Антибактериальная терапия стрептококкового тонзиллита (ангины и фарингита) / Насонова В.А., Белов Б.С., Страчунский Л.С., Судилова Н.Н., Каманин Е.И., Богданович Т.М., Кречикова О.И., Богомильский М.Р., Овчинников Ю.М. // Антибиотики и химиотерапия. – 1999. - №9.
2. Белов Б. С. Ревматические аспекты острого стрептококкового тонзиллита и современные подходы к его антибактериальной терапии / Б. С. Белов, В. А. Насонова, Т. П. Гришаева // Клиническая антибактериальная химиотерапия. – 2000. - №2.
3. Инфекционные болезни у детей: этиопатогенез, клиничко-лабораторная диагностика, принципы терапии, работа в очаге: учебное пособие для студентов медицинских вузов / (Титова Л. В. И др.); Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Северный государственный медицинский университет, - Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2007.
4. Особенности клиники и лечения современной скарлатины / В. Н. Тимченко, Е. Б. Павлова, Н. В. Павлова, З. Л. Сертакова // Детские инфекции. – 2004. - №3
5. Скарлатина у детей на современном этапе / Е. Б. Павлова, В. Н. Тимченко, Л. В. Колобова, В. И. Тимченко // Педиатрия. – 1998. - №3.
6. Тимченко В. И. Инфекционные болезни у детей. – СПб.: СпецЛит, 2007.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

**Тюкина Ю.В., Власова Н.В.**

**Кафедра внутренних болезней ФПК и ППС, СГМУ**

**Научный руководитель: доцент, к.м.н. Латухина С.А., к.м.н. Стрелкова А.В.**

Актуальность: Фибрилляция предсердий (ФП) занимает 2-ое место по частоте среди аритмий и составляет 40% случаев всех нарушений ритма, уступая по частоте встречаемости лишь экстрасистолии.

Это самая клинически значимая форма аритмии из всех наджелудочковых тахикардий. Распространенность её среди населения увеличивается с возрастом. В популяции в целом выявляется

у 0,4% населения, у лиц старше 80 лет - до 8%. При ФП риск инсультов повышается в 2-7 раз, тромбоэмболических осложнений – в 5,6 – 17,6 раза, удваивается риск смерти от всех причин (Framingham Study, 1978). ФП является причиной госпитализации каждого четвертого больного в кардиологические отделения. Медикаментозная терапия пароксизмов ФП не всегда эффективна. В последние годы появилась возможность лечения пациентов с ФП методом радиочастотной абляции (РЧА).

Цель: изучить клиническую характеристику пациентов с ФП, подвергшихся РЧА 2006 – 2008 гг. в ГКБ СМП им. Е.Е.Волосевич г.Архангельска. Оценить безопасность РЧА.

Материалы и методы исследования: проанализированы 120 историй болезни пациентов, подвергшихся РЧА. Всем больным в дооперационном периоде проводилось: общее клиническое исследование, электрокардиография, чрезпищеводная эхокардиография (ЭхоКГ), лабораторные исследования (ОАК, ОАМ, МНО, липидный спектр, ФПП, креатинин). РЧА проводилось на базе МУЗ ГКБ СМП им. Е.Е.Волосевич рентген-хирургами Иваненко А.Н., Гольшевым С.В. и аритмологами Стрелковым А.С., Курбановым М.А.

Результаты: Группа больных, подвергшихся РЧА по поводу ФП, составила 120 человек. Из них - 65% мужчин и 35% женщин. Преобладала средняя возрастная группа (51-60 лет), которая составила 49%. Но встречались пациенты (24%) в возрасте 20 - 50 лет и (27%) больных в возрасте 61 – 70 лет, т.о. средний возраст составил 57 + 9 лет. Выявлено, что наиболее частой формой аритмии, при которой проводится и показано проведение РЧА, является пароксизмальная форма ФП (66%/78). На 2 месте - персистирующая форма ФП (25%/29). В качестве основного заболевания, являющегося причиной нарушений ритма чаще выступала ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 77% и гипертоническая болезнь (ГБ) – 18%. В меньшей мере - идиопатическая форма ФП – 3%, когда причина была неуточнена. В 1 % случаев - врожденные пороки и постмиокардитический кардиосклероз. У 18% пациентов выявлена патология ЩЖ. На момент проведения РЧА все пациенты были в эутиреозе, но из них - 37% имели гипотиреоз в стадии компенсации и 13% оперированных – манифестный компенсированный тиреотоксикоз, в том числе один пациент с амиодарон-индуцированным деструктивным тиреотоксикозом в анамнезе. При обращении за медицинской помощью пациенты предъявляли

жалобы на сердцебиение, одышку, слабость, головокружение, которые были наиболее выражены при пароксизмальной форме ФП. Для контроля частоты сердечных сокращений и контроля ритма до и после РЧА чаще (70%) применялись антиаритмики III класса (амиодарон и соталекс). Терапия в связи с операцией не менялась. Антикоагулянтная терапия была адекватной (уровень МНО в среднем 2.3, доза варфарина - от 3.25 до 5 мг). Пациенты, подвергшиеся РЧА, исходно имели достаточно сохранные ЭхоКГ показатели, однако встречалась диастолическая дисфункция, которая преобладала в группе лиц с персистирующей формой ФП (у 40%).

Пациентам были проведены следующие виды РЧА: изоляция легочных вен - 105 пациентам, изоляция легочных вен и фрагментация левого предсердия - 9 пациентам, в 39 случаях у этих же пациентов проводилась абляция правого и левого перешейков сердца.

В 58,5% случаев выполненные РЧА были, вероятно, эффективными (то есть аритмия не рецидивировала в стационаре), еще у 27,5% на фоне рецидива аритмии проводилось повторное РЧА в раннем или отдаленном послеоперационном периоде. У 26(83%) пациентов из 31 с персистирующей формой ФП восстановился после РЧА синусовый ритм. У 6 этих больных в послеоперационном периоде наблюдались стойкие инцизионные трепетания предсердий. Осложнения РЧА зарегистрировано у 2 пациентов (ОНМК по ишемическому типу, перфорация левого предсердия абляционным катетером) без летальных исходов. У 86% больных в раннем послеоперационном периоде проводилось холтеровское мониторирование, у 49% из них количество предсердных аритмий значительно уменьшилось, у 27% увеличилось, у остальных не изменилось

Выводы:

Для проведения РЧА, как правило, отбирались пациенты без серьезных структурных изменений в сердце и тяжелой сопутствующей кардиальной патологии, но с симптомной тахикардией.

Среди пациентов подвергшихся РЧА высокая встречаемость тиреоидной патологии в анамнезе (50%), но на момент проведения операции у всех пациентов был эутиреоз.

РЧА показана больным, которые тяжело переносят пароксизмы и у кого медикаментозная терапия оказалась неэффективной (нужен ли этот вывод).

РЧА достаточно безопасная методика в лечении ФП.

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОЭСТРОГЕНА «ЭСТРОВЭЛ» ПРИ РАННЕВРЕМЕННЫХ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК

Усольцева Е.Н., Ломидзе Л.Т.

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования,  
г. Челябинск

Кафедра акушерства и гинекологии

МУЗ «Гродская клиническая больница №3», г. Челябинск

Научный руководитель: д.м.н., проф. Брюхина Е.В.

Климактерическим периодом является отрезок времени, в процессе которого прекращается репродуктивная и менструальная функции. Данные процессы сопровождаются комплексом вегетативно-сосудистых, метаболических, психо-эмоциональных и эндокринных нарушений различной степени выраженности, что существенно ухудшает качество жизни (КЖ) пациенток. Изучение влияния патологического климактерического периода на КЖ больных и его коррекция остается актуальной проблемой.

Цель работы: изучить клиническую эффективность фитоэстрогена «Эстровэл» и оценить динамику качества жизни у пациенток, страдающих ранневременными менопаузальными расстройствами.

Материалы и методы исследования. Обследованы 10 пациенток в периоде постменопаузы, средний возраст  $52,5 \pm 4,7$  года. Учитывались следующие критерии включения: наличие естественной менопаузы и возраст от 45 до 55 лет; ранневременных климактерических расстройств легкой степени. Критерии невключения: необходимость назначения системной заместительной гормональной терапии; наличие индивидуальной непереносимости компонентов препарата. Препарат «Эстровэл» содержит экстракт цимицифуги 30мг, сои 62,5мг, корня дикого ямса 50мг, индол-3-карбинол 25 мг, экстракт листьев крапивы 30мг, органический бор 1 мг, витамин Е 16мг, В6 2 мг, фолиевую кислоту 0,2 мг, 5-гидрокситриптофан 50мг, D, L – фенилаланин 50 мг и назначался по 1 таб. 2 раза в сутки (утром и вечером, во время еды), непрерывно в течение 3 месяцев.

У всех женщин определяли значение модифицированного менопаузального индекса (ММИ) Куппермана через 1 и 3 месяца наблюдения. Оценка КЖ проводилась с помощью общего опросника SF-36 до начала исследования и через 3 месяца лечения.

При статистическом анализе данных применялась программа SPSS 13.0. Для описательной статистики признаков с правильным распределением использовали среднее значение и стандартное отклонение, для оценки динамики изменения абсолютных показателей в процессе лечения – критерий знаковых рангов Уилкоксона.

Результаты исследования.

Наступление менопаузы у пациенток зарегистрировано в  $46,7 \pm 4,3$  лет. Среднее значение ММИ было  $28,5 \pm 13,2$  баллов, причем нейровегетативные симптомы составили  $17,8 \pm 7,5$ , метаболические -  $4,1 \pm 2,6$ , а психо-эмоциональные  $6,6 \pm 3,9$  баллов. Через 1 месяц терапии значение ММИ снизилось до  $23,8 \pm 9,5$  баллов ( $p=0,04$ ), при этом нейровегетативные симптомы уменьшились до  $14,8 \pm 6,1$  ( $p=0,039$ ), метаболические и психо-эмоциональные имели лишь тенденцию к регрессу до  $3,3 \pm 1,9$  и  $5,7 \pm 2,7$  баллов соответственно. Через 3 месяца наблюдения значительно снизился ММИ до  $20,7 \pm 15,5$  баллов по сравнению как с исходными данными ( $p=0,005$ ), так и результатами первого контроля ( $p=0,008$ ). Нейровегетативные симптомы уменьшились до  $11,5 \pm 9,0$  баллов ( $p1-p3=0,005$ ,  $p2-p3=0,008$ ). Отмечена положительная динамика психо-эмоциональных симптомов: если через 1 месяц после лечения симптомы имели лишь тенденцию к регрессу, то уже через 3 месяца произошло статистически значимое снижение, составив  $5,6 \pm 4,2$  баллов ( $p1-p3=0,039$ ,  $p2-p3=0,039$ ). Метаболические проявления имели только общую тенденцию к снижению к концу терапии -  $3,6 \pm 2,6$  баллов ( $p1-p3=0,1$ ,  $p2-p3=0,18$ ).

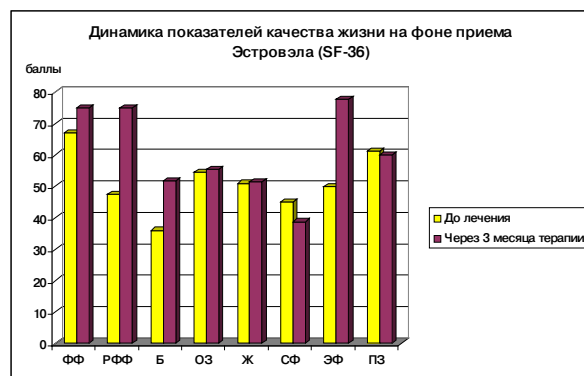


Рисунок 1. Примечание: ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, Ж – жизнеспособность, СФ – социальное функционирование, ЭФ – эмоциональное функционирование, ПЗ – психологическое здоровье.

В связи с тем, что объем выборки был небольшой, то при оценке динамики КЖ женщин выявлены определенные тенденции, заслуживающие внимания (рис.1). Отмечено повышение уровня ФФ с  $67 \pm 28,3$  до  $75 \pm 26,8$  баллов, РФФ – с  $47,5 \pm 27,8$  до  $75 \pm 28$  баллов, Б с  $36 \pm 25$  до  $51,7 \pm 17,2$  (здесь повышение показателя свидетельствует о снижении болевых ощущений) и ЭФ с  $50 \pm 47,8$  до  $77,8 \pm 33,3$  баллов. Практически не изменились показатели ОЗ –  $54,5 \pm 14,4$  vs  $55,5 \pm 7,2$  баллов, Ж -  $51 \pm 6,6$  vs  $51,5 \pm 6,7$  и ПЗ –  $61,2$  vs  $10,7$  баллов, однако наметилась тенденция к снижению СФ пациенток с  $45 \pm 6,5$  до  $38,8 \pm 9,2$  баллов, что требует дополнительного изучения.

Выводы:

Фитопрепарат «Эстровэл» достаточно быстро и эффективно купирует ранневременные менопаузальные расстройства легкой степени.

Предложенная фитотерапия положительно влияет как на физический, так и на эмоциональный компоненты качества жизни пациенток.

Литература:

1. Здоровье женщин и менопауза / Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 528 С.

2. Медицина климактерия / Под ред. В.П. Сметник. – Ярославль.: ООО «Издательство Литера», 2006. – 848 с.

3. Гинекология: национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072 с.

## УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ СПОСОБ ЗАШИВАНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ

Фомин С.А.

Муниципальное клиническое учреждение здравоохранения МСЧ НЯ НПЗ, г. Ярославль.

Операционная рана при аппендэктомии традиционно зашивается послойно с использованием нерассасывающегося шовного материала. Нами разработан и применяется «Косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии» (приоритет № 2008147994/14(062850) от 04.12.2008, положительное решение о выдаче патента от 10.06.09).

Косметический способ зашивания операционной раны при аппендэктомии включает периоперационную антибиотикопрофилактику цефалоспориновыми антибиотиками третьего поколения. Герметично зашивается париетальная брюшина рассасывающимся шовным материалом со временем полной абсорбции до 30 дней (Safil-Quick, Dar-Vin). На следующем этапе операционная рана обрабатывается 0,5% водноспиртовым раствором хлоргексидина с экспозицией 1-2 минуты. Апоневротическая часть наружной косой мышцы живота зашивается отдельными узловыми швами с использованием монофиламентного рассасывающегося шовного материала со временем полной абсорбции около 200 дней (Капролон, Капрофил, Максон). У пациентов с индексом массы тела более 26 и развитой подкожно-жировой клетчаткой используется активная аспирация из подкожно-жировой клетчатки через отдельную контрапертуру с помощью «Устройства для активного дренирования ран однократного применения с баллоном ёмкостью 250 см<sup>2</sup>» (ТУ 64-2-114-82). Кожа зашивается отдельным внутрикожным внутриузловым швом, рассасывающимся шовным материалом со временем полной абсорбции до 90 дней (Викрил, ПГА, Дексон).

Материалы и методы. За период с 2003 по 2008 годы разработанный нами косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии был применён у 187 больных. Женщины - 146 (78,1%), мужчины - 41 (21,9%). Средний возраст -  $23,9 \pm 0,7$  лет. Контрольная группа составила 90 больных, женщины – 70 (77,8%), мужчины – 20 (22,2%), средний возраст –  $24,4 \pm 0,9$  лет. Операционная рана в контрольной группе зашивалась традиционно простым узловым швом нерассасывающимся шовным материалом. Аппендэктомия выполнялась из разработанного нами косого параректального мини-доступа (Патент № 2346658 РФ).

Результаты. Различия между средними значениями длительности субфебрильной температуры тела в послеоперационном периоде основной и контрольной группах составили 0,5 дня при статистически значимых различиях между группами ( $U=6599$ ,  $df=275$ ,  $p=0,003634$ ). Длительность пребывания в стационаре после различных способов зашивания операционной раны составило 0,9 дня, при статистически значимых различиях между группами ( $W-W=3,297006$ ,  $df=275$ ,  $p=0,000977$ ). При использовании косметического способа зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии отмечалось уменьшение количества гнойно-воспалительных осложнений в основной группе в 3,9 раза по сравнению с контрольной группой.

Гнойно-воспалительные осложнения в области хирургического вмешательства приводили к увеличению длительности амбулаторного лечения. У 3 (2,8%) пациентов основной группы потребовалась

повторная госпитализация с выполнением хирургической обработки гнойного очага под внутривенным наркозом. В контрольной группе таких пациентов оказалось 5 (6,7%).

Обсуждение. В отличие от традиционного способа зашивания операционной раны предлагаемый нами способ сочетает в себе ряд преимуществ: 1) периоперационная антибиотикопрофилактика цефалоспориновыми антибиотиками третьего поколения способствует снижению риска инфицирования области хирургического вмешательства гематогенным и лимфогенным путём в ближайшем послеоперационном периоде; 2) обработка операционной раны 0,5% водноспиртовым раствором хлоргексидина с экспозицией 1-2 минуты снижает уровень контаминации операционной раны и эффективна в отношении большинства микроорганизмов; 3) зашивание апоневротической части наружной косой мышцы живота отдельными узловыми швами с использованием монофиламентного рассасывающегося шовного материала со временем полной абсорбции около 200 дней способствует формированию полноценного рубца до момента полной

абсорбции шовного материала; 4) использование активной аспирации у пациентов с индексом массы тела более 26 и развитой подкожно-жировой клетчаткой ликвидирует полость, возникающую при зашивании кожи отдельным внутрикожным внутриузловым швом, что снижает риск возникновения послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений; 5) зашивание операционной раны отдельным внутрикожным внутриузловым швом способствует формированию тонкого линейного рубца с отсутствием «кожных меток»; 6) отдельный внутрикожный внутриузловый шов среди всех узловых швов обеспечивает наилучший косметический эффект и адаптацию краев раны; 7) использование рассасывающегося шовного материала со временем полной абсорбции до 90 дней достаточно для формирования полноценного рубца на коже; 8) нет необходимости снимать швы.

Заключение. Применение рассасывающегося шовного материала при зашивании операционной раны при аппендэктомии возможно при проведении современной комплексной профилактики гнойно-воспалительных осложнений.

## **ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Ходаревская Т.Н.**

**Ставропольский государственный университет.**

**ГУЗ Ставропольский краевой клинический перинатальный центр**

**Научный руководитель: проф. Губарева Л.И.**

Перед современным отечественным акушерством стоит проблема психических нарушений, которые осложняют течение беременности. В акушерской литературе есть данные о влиянии беременности на психические заболевания (Э.К.Айламазян, С.А.Маркин, 2003; И.З.Вельвовский, 1963; В.Д.Менделевич, 1998 и др.), но практически нет данных о влиянии психических факторов на течение беременности. В контексте нашего исследования нас интересовало, могут ли соматические осложнения беременности быть обусловлены психологическими факторами.

Исследования проводились на базе ГУЗ Ставропольского краевого клинического перинатального центра. В исследование приняли участия 378 женщин. Из них 52 женщины составили контрольную группу беременных с нормальным течением беременности безотягощенного акушерского анамнеза, 326 женщин составили основную группу беременных женщин с высоким риском невынашивания беременности, обусловленным зачастую тяжелой экстрагенитальной патологией. Женщины основной группы находились на стационарном лечении.

В комплекс методов исследования беременных были включены: анкетирование, интервью, наблюдение, психологическое тестирование. Из тестовых методик использовали: тест психологической компоненты гестационной доминанты (ПКГД) Добрякова И.В (2005); К-78 – клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К.Яхин, Д.М.Менделевич, 2002); опросник Шмишека (2002); шкала самооценки и оценки тревоги Ч. Спилбергера (2002).

Наши исследования показали, что на течение беременности влияют как психологические, так и социальные факторы. Анализ анкетных данных выявил, что среди женщин с угрозой невынашивания беременности в 1,3 раза чаще встречаются женщины, не состоящие в браке - 21,6% (в контрольной группе 17,3%), в 1,2 раза чаще – работающие женщины - 65,0% (в контрольной группе 54,0%) и в 2,5 раза чаще курящие женщины - 59,3% (в контрольной группе 23,1%).

Беременные женщины с угрозой невынашивания, имеющие экстрагенитальные заболевания, нарушающие физиологическое течение беременности,



имеют ряд психологических особенностей, predisposing к этим нарушениям, по сравнению с женщинами с нормально протекающей беременностью. В качестве психологического фактора – неразрешенный внутриличностный конфликт, в результате которого женщина испытывает уже привычные негативные эмоции, но с более сильной интенсивностью.

Важным критерием нормально протекающей беременности, по мнению И.А.Аршавского (1967), является наличие гестационной доминанты и ее тип. Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Анализ результатов теста ПКГД у женщин основной группы выявил существенное снижение среди них числа женщин с оптимальным типом гестационной доминанты - в 1,6 раза и достоверно выраженного повышения числа женщин с гипогестозическим - в 1,5 раза, тревожным - в 1,7 раз и депрессивным - в 2,0 раза типами гестационной доминанты по сравнению с контрольной группой. Течение беременности при сочетании этих типов гестационной доминанты с иммуногормональными нарушениями сопровождалось ярко выраженной угрозой прерывания беременности на ранних сроках и осложнялось гестозом на поздних сроках.

Этим женщинам сложно перестроить их жизненный стиль; они не выполняют назначения и рекомендации врачей, чаще всего у них встречается амбивалентный и игнорирующий стили переживания беременности, истерические черты личности, декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания агравироваются, трудности преувеличиваются. Эти женщины склонны к янтрогенным состояниям. Настроение снижено. Женщина, мечтает о ребенке, и в то же время может начать утверждать, что не хочет его, не

верит в способность выносить и родить здорового ребенка, боится умереть в родах. Эти женщины боятся быть покинутыми мужем, часто плачут, им не нравятся изменения их тела.

Сравнительный анализ шкал тревоги показал, что в группе риска невынашивания беременности уровень общей тревоги достоверно выше, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). При этом достоверно значимые различия обнаружены по шкалам личностной (ЛТ) и ситуативной (СТ) тревожности ( $p < 0,05$ ). Полученные данные свидетельствуют, что женщины групп риска находятся в напряжении, у них выражено беспокойство, нервозность, мрачные представления об их состоянии, эмоциональная лабильность. Высоко тревожные женщины острее реагируют на стрессовые ситуации (госпитализацию, диагноз угроза прерывания беременности, результаты анализов), они расценивают ситуацию как личную неудачу, появляются ощущения неполноценности, беспомощности, блокируется деятельность.

Наиболее тяжелая ситуация по нашим наблюдениям имеет место у женщин групп риска с высокой разницей между СТ и ЛТ – 7 и более баллов. У этих женщин наблюдалось более выраженное тревожное состояние, с которым им сложно справиться. Женщины говорят, что не могут себя контролировать, они устали, ощущают пустоту, страх, гнев (ярость), разочарование, находятся в состоянии возбуждения или заторможенности. Женщины находятся в диссонансном состоянии, их «разрывают» противоречия и несоответствия, что влияет на соматическое состояние. Нередко тревога сопровождается ипохондричностью.

Полученные нами данные согласуются с теорией «Когнитивного диссонанса» американского психолога Л.Фестингера (1957) и указывают на необходимость дополнять симптоматическую фармакотерапию методами психокоррекции.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В Г. АРХАНГЕЛЬСК.**

**Холматова К.К., Черепанова В.В.**

**Кафедра внутренних болезней ФПК и ППС СГМУ.**

**Научный руководитель: проф. Дворяшина И.В.**

Актуальность: в последние годы уделяется большое внимание ранним стадиям расстройств углеводного обмена у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) независимо от наличия сахарного диабета (СД) в анамнезе. Отмечено, что уровень гликемии при поступлении пациентов с ОИМ может быть ассоциирован с повышением риска неблагоприятных исходов как в госпитальном периоде, так и при последующем наблюдении данной категории пациентов.

Цель работы: изучение частоты развития различных вариантов нарушений углеводного обмена, в том числе нарушенной гликемии натощак (НГН), нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ), впервые выявленного СД 2 типа, с помощью стандартного перорального теста толерантности к глюкозе у больных с ОИМ в г. Архангельск, а также связи гипергликемии при поступлении с вероятностью летального исхода в период госпитализации.

Материалы и методы: Обследована сплошная выборка пациентов (380 человек, 64,2% мужчин) в возрасте до 80 лет, госпитализированных по поводу ОИМ в Городскую клиническую больницу №1 г. Архангельска за период с 2008 г. по 2009 г. Гипергликемией при поступлении считали уровень глюкозы крови более 6,1 ммоль/л в состоянии натощак или более 11,1 ммоль/л при случайном измерении. С помощью порошка глюкозы 269 больным при стабилизации состояния после острого инфаркта миокарда (7 – 14 сутки) при отсутствии у них СД в анамнезе и/или по уровню глюкозы натощак (менее 6.1 ммоль/л) в утренние часы проводился стандартный тест толерантности к глюкозе (СТТГ). Уровень глюкозы определялся натощак и через два часа после нагрузки. Были использованы критерии диагностики НТГ и СД ВОЗ (1980, пересмотр 2006). Статистический анализ проведен с использованием программы SPSS for Windows (версия 13,0). Различия в группах оценены с помощью t-критерия Стьюдента и U-критерия Манна-Уитни для количественных данных и  $\chi^2$  для номинальных переменных.

Результаты: у 140 (36,8%) пациентов при поступлении в стационар выявлена гипергликемия. У 200 (52,6%) пациентов выявлены различные варианты нарушения углеводного обмена. Из всех

больных СД 2 типа имели 103 (27,1%) пациента (из них 67 (65%) пациентов имели СД в анамнезе, у 36 (34,9%) пациентов СД был впервые выявлен за период госпитализации по поводу ОИМ). По результатам СТТГ пациентов у 10 (3,7%) человек выявлена НГН, у 87 (32,3%) – НТГ, у 22 (8,2%) – СД 2 типа, у 150 (55,8%) – нормальные показатели обмена глюкозы.

В результате проведенного анализа выявлено, что пациенты с гипергликемией на момент госпитализации были значимо старше (63,7 и 59,1 лет,  $p = 0,021$ ), чаще женского пола (56,4 и 24,0%,  $p < 0,001$ ), имели большую частоту развития кардиогенного шока (72,3 и 27,7%,  $p < 0,001$ ) и застойной левожелудочковой недостаточности (48,6 и 33,6%,  $p = 0,004$ ), а также тенденцию к повышению уровня С-реактивного белка (15,7 и 10,1 мг/г,  $p = 0,058$ ). Среди пациентов с летальным исходом гипергликемия при поступлении выявлена значимо чаще по сравнению с пациентами, выписанными из стационара (80,6 и 32,9%, соответственно,  $p < 0,001$ ).

Выводы: У пациентов г. Архангельск в раннем периоде ОИМ широко распространены различные варианты нарушения углеводного обмена. Гипергликемия при поступлении является фактором риска ранней госпитальной летальности пациентов с ОИМ.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВРАЩАЮЩИХСЯ NITI ИНСТРУМЕНТОВ СИСТЕМ PROTAPER (MAILLEFER, ШВЕЙЦАРИЯ) И Mtwo (VDW, ГЕРМАНИЯ)**

**Хромцова Е.П., Хромцов С.А., Григорик О.А., Гурьева Е.А., Кичигина И.А.**

**МУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» г. Архангельска**

**Научный руководитель: Заслуженный врач РФ, доц. Давыдова Н.Г.**

Эндодонтическое лечение является неотъемлемой составной частью ежедневной работы врача стоматолога-терапевта, а основным средством эндодонтического лечения остается внутриканальный режущий инструмент.

Средства, выделяемые системой ОМС в последние годы, позволяют приобретать для работы современный эндодонтический инструментарий. Это значительно расширяет возможности врача-стоматолога на лечебном приеме, невзирая на сохраняющийся дефицит времени, отведенный на прием одного пациента по стандартам ОМС.

Для работы с эндодонтическим наконечником мы выбрали одни из самых прогрессивных систем: вращающиеся NITI инструменты файлы ProTaper (Maillefer, Швейцария) и Mtwo (VDW, Германия).

Внедрение обеих систем инструментов мы начали с препарирования искусственных каналов в пластиковых эндодонтических блоках. Отработав технологию, препарировали корневые каналы в удаленных зубах и только после этого приступили

к эндодонтическому лечению зубов этими инструментами непосредственно в полости рта.

Мы провели эндодонтическую обработку 47 корневых каналов зубов различных групп у пациентов в возрасте от 18 до 57 лет. Из них 23 канала обработали инструментами системы ProTaper, 24 - инструментами системы Mtwo.

В ходе эндодонтического лечения мы соблюдали строгую очередность и последовательность всех его этапов с обязательным рентгенологическим обследованием, которое позволяло определить состояние твердых тканей зуба, степень проходимости и длину корневых каналов, состояние тканей периодонта.

Система ProTaper (Maillefer, Швейцария) состоит из 6 файлов. Три первых файла - для препарирования коронкового и центрального участков корневого канала, еще три файла для обработки верхушечного участка.

Каждый инструмент этой серии имеет переменную конусность режущей поверхности. Верхушка инструментов позволяет легко проходить через

плотное содержимое канала без повреждения стенок корня. Винтовая нарезка хорошо удаляет опилки из канала. Оптимальное сочетание геометрических размеров рабочей части значительно повышает скорость и эффективность препарирования корневых каналов.

Система Mtwo (VDW, Германия) состоит из 4 основных инструментов: №10(конусность 04), №15 (конусность 05), №20(конусность 06), №25(конусность 06). Для корневых каналов с широким устьем предусмотрены еще четыре инструмента: №25 (конусность 07), №30(конусность05), №35(конусность 04), №40(конусность04).

Инструменты Mtwo (VDW, Германия) обладают двумя лезвиями, у которых отсутствует эффект ввинчивания. Расстояние между лезвиями увеличивается от верхушки к основанию, что уменьшает риск заклинивания инструмента и накопления дентинной стружки. Корневой канал сразу обрабатывается по всей длине.

Таким образом, вращающиеся NITI инструменты Файлы ProTaper (Maillefer, Швейцария) и Mtwo (VDW, Германия) позволяют придать корневому каналу нужную конусообразную форму для полноценной очистки и качественного пломбирования.

При достаточно хорошей практической подготовке врача-стоматолога инструменты обеих систем значительно сокращают время препарирования корневых каналов перед их пломбированием.

Мы не обнаружили существенных отличий при работе инструментами систем ProTaper (Maillefer, Швейцария) и Mtwo (VDW, Германия), получив удовлетворение результатами проведенного эндодонтического лечения. Инструменты обеих систем обладают прочностью, значительной гибкостью, что практически исключает возможность перелома инструмента в корневом канале или перфорации его стенок. Однако при работе с системой Mtwo нет необходимости применять инструменты для расширения устьев корневых каналов, обработка корневого канала при работе системой Mtwo завершается инструментом конусностью 06. Это обеспечивает минимум попадания дентинных опилок за верхушку корня.

Таким образом, вращающиеся NITI инструменты файлы ProTaper (Maillefer, Швейцария) и Mtwo (VDW, Германия) отличаются отличным качеством и могут быть рекомендованы для работы врачам стоматологам с целью достижения успешного эндодонтического лечения.

## **ДИНАМИКА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ТАЙБОКСЕРОВ В ГОДИЧНОМ ЦИКЛЕ ПОДГОТОВКИ В ДИСКОМФОРТНЫХ УСЛОВИЯХ СЕВЕРА**

**Цинис А.В.**

**Архангельский государственный технический университет, г. Архангельск**

**Научный руководитель: д.м.н. Мосягин И.Г.**

Для современных единоборств характерны высокая психическая напряженность, оперативный характер деятельности, динамизм, нестандартные условия решения двигательных задач, зависимость результата от особенностей противодействия соперника. При тренировочных нагрузках в таком режиме контроль физического и функционального состояния спортсмена обязателен. В роли интегративных показателей здоровья положительно зарекомендовали себя параметры variability сердечного ритма, информирующие о нейровегетативном обеспечении пейсмекерной активности сердца.

Целью данного исследования явилось изучение динамики variability сердечного ритма в годичном цикле подготовки у юношей, занимающихся тайским боксом, в дискомфортных условиях Севера.

Материалы и методы исследования

В течение 2008-2009 гг. обследовано 108 спортсменов-юношей, занимающихся тайским боксом (в течение первого года обучения), в возрасте  $17,64 \pm 0,09$  лет (рост -  $177,63 \pm 0,67$  см; масса тела -  $68,76 \pm 0,94$  кг). Variability сердечного ритма изучали с использованием программно-аппаратного

диагностического комплекса УПФТ-1/30 «Психофизиолог» (Россия) в первой половине дня в специально оборудованном кабинете с комфортным температурным режимом. Оценивались временные параметры ритма сердца: RRNN (мс) - средняя длительность зубцов RR; SDNN (мс) – средне-квадратичное отклонение динамического ряда R-R интервалов; Me (мс) – медиана; Mo (мс) – наиболее часто встречающееся значение длительности кардиоинтервалов; AMo (%) – амплитуда моды, число значений интервалов, равных Mo в процентах к общему числу зарегистрированных кардиоциклов; MxDMn (мс) – разница наибольшего и наименьшего значений динамического ряда R-R-интервалов, вариационный размах; CV (%) – коэффициент вариации; SI (усл.ед) – индекс напряжения регуляторных систем (Stress index); ПАПС (усл. ед) - показатель активности регуляторных систем. Осуществлялась регистрация частотных параметров: TP (с2 x 1000) - суммарная мощности спектра на всех частотных диапазонах; HF (%) – мощности спектра высоко-частотного компонента variability сердечного ритма (BCP); LF (%) - мощности спектра низко-

частотного компонента ВСП; VLF (%) - мощности спектра сверхнизкочастотного компонента ВСП; LF/HF (%) – отношение низкочастотной части спектра к высокочастотной; LFnorm (усл.ед) - нормированный индекс медленных волн первого порядка; HFnorm (усл.ед) - нормированный индекс дыхательных волн; IC (усл.ед) – индекс централизации; IS (усл.ед) – индекс активации; NSR (балл) – уровень функционального состояния. Исследование проведено в три этапа соответственно периодам годичного тренировочного цикла: 1 - втягивающий (октябрь), 2 - подготовительный (январь), 3 - заключительный (предсоревновательный) (май).

Статистическая обработка материала проведена с помощью пакета прикладных программ Statistica 15.0. При статистической обработке материала использовали критерий Бонферрони для связанных трех и более выборок в случае скошенного распределения. Критический уровень значимости ( $p$ ) в работе равен 0,05.

Результаты и их обсуждение

В результате исследования установлено, что в процессе тренировочной подготовки, от втягивающего периода к подготовительному, наблюдался рост парасимпатической активности ВНС - увеличивался RRNN ( $P<0,01$ ), SDNN ( $P<0,01$ ), Me ( $P<0,01$ ), Mo ( $P<0,01$ ) на фоне тенденции к снижению АМо и SI

(табл. 1) и NSR ( $P<0,01$ ). В динамике от подготовительного к заключительному периоду подготовки заметно снижалась парасимпатическая активность – уменьшались величины SDNN ( $P<0,01$ ), CV ( $P<0,05$ ), Me ( $P<0,01$ ), Mo ( $P<0,01$ ) и росла симпатическая активность ВНС – увеличивались АМо ( $P<0,01$ ) и SI ( $P<0,01$ ). В данный период наблюдалась активность частотного компонента - заметно снижались значения TP относительно втягивающего ( $P<0,05$ ) и подготовительного ( $P<0,01$ ) периодов и уменьшалась мощность HF% ( $P<0,01$ ;  $P<0,01$ ), отмечено снижение мощности VLF% ( $P<0,05$ ). Эти изменения происходили на фоне минимальных значений HFnorm ( $P<0,001$ ;  $P<0,001$ ) и максимальных величин LF/HF ( $P<0,001$ ;  $P<0,001$ ). Кроме того, в июне показатель IC достигал своих пиковых величин относительно октября и января ( $P<0,001$ ;  $P<0,001$ ), что указывает на активность центрального контура регуляции, хотя индекс функционального состояния спортсменов повышался от подготовительного к заключительному периоду и характеризовался высоким уровнем функциональных возможностей. Вероятно, рост симпатической активности на фоне повышения индекса функционального состояния у спортсменов указывает на высокую психофизиологическую готовность к соревновательной деятельности после подготовительного периода.

## 115 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА Ю.В. МАКАРОВА

Чапурин Р.В., V курс, факультет социальной работы

Кафедра истории медицины СГМУ.

Научный руководитель: проф. Малявская С.И., директор музейного комплекса Андреева А.В.



В 2009 году исполняется 115 лет со дня рождения основателя кафедры детских болезней, известного профессора Юрия Васильевича Макарова.

Юрий (Георгий) Васильевич Макаров родился в Казани в августе 1894 года. Он рано остался без родителей и воспитывался родственниками. В 1912 году Макаров окончил Казанскую гимназию и поступил в Казанский университет на юридический факультет, но в 1914 году перешел на медицинский факультет. В 1918 году на 4 курсе он вместе с другими студентами-медиками, в связи с военными действиями, был призван для работы в перевязочном отряде. Дождавшись разрешения оставить службу, Макаров переехал в Томск, где был принят на 4 курс медицинского факультета. Во время учебы он подрабатывал в эпидемическом отделе городского управления, обследуя сыпнотифозные очаги.

В военный период в 1919 году Юрий Васильевич был мобилизован в качестве зауряд-врача в армию Колчака в город Троицк. Позже он стал старшим врачом в 63-й Кавказском полку 1-й Конной армии Буденного. В сентябре 1920 года Макаров был переведен в Казанский университет для окончания медицинского образования. В 1921 году он успешно окончил медицинский факультет и был направлен в Казанский Клинический институт для стажировки. Стажировался Ю.В. Макаров в детской клинике института, где в 1921 году был назначен ординатором, в 1923 году - ассистентом. В этот период он начал принимать активное участие в научных мероприятиях.

В 1932 году Макаров назначен приват-доцентом детской клиники Казанского клинического института для усовершенствования врачей им. Ленина. Там он проработал до 1935 года. За 14 лет работы в Казани Юрий Васильевич поднялся по карьерной лестнице от ассистента до доцента детской клиники при институте. За активную общественную работу и «за усердную врачебную работу» Ю.В. Макаров был награжден множественными премиями и грамотами.

В 1930 году Макаров женился на Герме Адольфовне Хайн (Гальпер), работавшей с ним в Казани. Вместе они отправились в октябре 1935 года в Архангельск, куда Юрий Васильевич был приглашен на работу. Он был избран по конкурсу заведующим кафедрой детских болезней Архангельского Государственного Медицинского Института (АГМИ). Осенью 1935 г. Ю.В. Макаров организовал и возглавил данную кафедру. В феврале 1936 года профессор Ю.В. Макаров защитил при Казанском Медицинском Институте диссертацию на ученую степень доктора медицинских наук (решение ВКК при НКЗ СССР от 27.06.36). Начиная с 1937 года (первый выпуск АГМИ), профессор Макаров являлся членом государственной экзаменационной комиссии.

Накануне Великой Отечественной войны и в военные годы Юрий Васильевич состоял председателем Архангельского отделения Общества детских врачей РСФСР. В 1941-1945 гг. профессор Ю.В. Макаров был заместителем директора по научно-учебной части АГМИ, оставаясь заведующим кафедрой детских болезней. На заседаниях Ученого Совета АГМИ профессор Макаров неоднократно обращал внимание на необходимость улучшения научной работы. В начале 1941 года он поддержал введение научно-учебной частью новой формы контроля за ходом научной работы преподавателей – вызов исполнителей для информации о ходе своих научных работ, выяснения причин, тормозящих успешное выполнение в положенные сроки. Макаров обратил внимание руководства АГМИ на привлечение специалистов, объединенных в комиссии «для оказания исполнителям в потребных случаях надлежащей помощи». На заседании Ученого совета 17 марта 1941 года им впервые был поставлен вопрос о вовлечении молодых врачей в научную работу, чтобы они могли получить «право домогаться ученого звания ассистента». По словам профессора Макарова, в институте «не должно быть ни одного работника, не участвующего в научной работе».

В военный период профессор Макаров проявил инициативность, добросовестность и требователь-

ность к учебно-административному аппарату, профессорско-преподавательскому составу и студентам, оставаясь хорошим организатором и педагогом. На его кафедре использовались многие разработки архангельских ученых военного времени, в том числе и препараты из беломорских водорослей, что позволило улучшить процесс лечения детей. В клинике детских болезней применялись новые препараты для лечения детей с острыми желудочно-кишечными заболеваниями, были разработаны новые принципы лечения детей с истощением и рахитом. Значимая роль в улучшении педиатрического обслуживания детского населения не только Архангельской области, но и эвакуированного, принадлежит профессору Макарову и его ученикам, среди которых – М.В. Пиккель, ставшая в АГМИ первой из женщин профессором.

Ю.В. Макаров выполнял большую работу организационного характера по борьбе с детской заболеваемостью и смертностью, работу по повышению квалификации медицинских работников детских ЛПУ, консультировал по повышению качества работы, выступал с докладами на конференциях по вопросам детского здравоохранения. За время своей научной практики Макаров написал множество научных работ, некоторые из них: «О релаксации диафрагмы у детей», «О клинике и патологической анатомии туберкулеза у детей», «О туберкулезных инфильтратах в легких у детей», «Роль яслей в профилактике детского туберкулеза», «О морфологических изменениях в почках у детей при инфекциях, расстройствах пищеварения и питания и при некоторых других заболеваниях», «Ревматизм у детей», «О лечении острой сердечной недостаточности», «О терапевтическом действии альгиновых кислот и альгинатов при желудочно-кишечных заболеваниях у детей».

9 сентября 1946 года профессор Ю.В. Макаров был переведен на работу в Казанский медицинский институт, где после смерти профессора В.К. Меньшикова возглавил кафедру детских болезней, которой руководил на протяжении многих лет.

## **ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БЕРЕМЕННЫХ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ**

**Черепанова О.С., 3 курс ВСО СГМУ**

**Кафедра педагогики и психологии СГМУ**

**Научный руководитель: Ульяновская Т.Н.**

В последнее время вопросы психоэмоциональной подготовки беременной женщины к родам занимает одно из важных мест в работе с этими женщинами. Успешное решение задач развития положительного психологического состояния в родах во многом определяют специфику будущего материнства и особенности взаимоотношений с ребенком.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей эмоциональной сферы беременных с различным уровнем подготовки к будущему материнству.

Исследование носило пилотный характер, в нем приняли участие 20 беременных женщин в возрасте 25-35 лет. Экспериментальную группу представили

респонденты, посещающие курсы дородовой подготовки, контрольную – не посещающие ее. Исследование проводилось на базе МУЗ «Родильный дом им. К.Н.Самойловой» г. Архангельска.

Тестовый материал составили методики:

- личностная шкала проявления тревоги, адаптированная Немчиным Т.А., изучающая различный уровень проявлений тревоги,

-методика «Не слишком ли Вы беспокойны?», определяющая качество данного состояния в виде сильного беспокойства, владения или согласия с собой.

Большинство респондентов (75%) указали на наличие страха и беспокойства перед предстоящими родами. Однако, уровень этих проявлений колеблется в зависимости от посещения беременными курсов дородовой подготовки. Частота очень высокого уровня тревожности была одинакова в исследуемых группах (10%). У беременных контрольной группы

чаще выявлялась высокая тревожность (60%), а в экспериментальной средняя с тенденцией к высокому (20%) или низкому (40%) уровню.

Сильное беспокойство встречается у 70% беременных, не посещающих курсы дородовой подготовки, что значительно чаще по сравнению с женщинами, посещающими их (20%). Эмоциональной состоянии у половины опрошенных респондентов экспериментальной группы определяется как «согласие с собой», в то время как в контрольной группе он составляет 20%. «Владение собой» наблюдалось у 30% первой и 20% второй группы соответственно.

Таким образом, эмоциональное состояние у беременных, не посещавших занятия по психоподготовке к родам, характеризуется повышенным уровнем тревожности и сниженной способностью управлять своими эмоциями. Полученные в ходе исследования результаты могут быть использованы специалистами, работающими с беременными.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЗАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

**Черных А.В., VI курс, медико-биологический факульт.**

**Белякова И.В., научный сотрудник ЦНИЛ.**

**ЦНИЛ СГМУ, Северный филиал ГКЦ РАМН**

**МУЗ “Первая городская клиническая больница”, г. Архангельск.**

**Научный руководитель: проф. Воробьева Н.А.**

Актуальность.

Одним из центральных звеньев патогенеза острого коронарного синдрома (ОКС) является тромбообразование в области стеноза коронарной артерии вследствие активации агрегации тромбоцитов. В связи с этим дезагрегантная терапия получила широкое применение при лечении пациентов с ОКС. Ведущими механизмами дезагрегантного действия антитромботических препаратов является: необратимое ингибирование циклооксигеназы-1, рецепторов к аденозин дифосфату (АДФ), рецепторов GP IIb/IIIa, что приводит к блокированию путей, по которым активируется агрегация тромбоцитов. Но среди популяции людей есть индивиды, являющиеся резистентными к тому или иному лекарственному препарату из группы дезагрегантов в силу своих генетических особенностей. Следовательно, необходим постоянный и качественный контроль лечения. Основным методом контроля эффективности дезагрегантной терапии является лабораторный контроль, в ходе которого исследуется тромбоцитарное звено гемостаза. Цель:

- улучшение контроля эффективности дезагрегантной терапии у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) путем лабораторного мониторинга

- разработка схем лабораторного контроля
- выявление лиц, резистентных к дезагрегантной терапии.

Материалы и методы.

Среди 2000 пациентов первой городской клинической больницы, поступивших с диагнозом ОКС в период с 2005 по 2008 год, методом слепой выборки была взята каждая двадцатая история болезни. В ходе работы были проанализированы подходы к лечению, частота исследования тромбоцитарного гемостаза лабораторными методами: оценка количества тромбоцитов, их агрегационной способности (агрегация с АДФ, адреналином).

Результаты.

В ходе исследования было выявлено, что среди ста исследуемых пациентов (100%) все получали дезагрегантную терапию. Агрегационная способность тромбоцитов была оценена у 17% исследуемых, при этом: у 6% - на первые сутки после поступления, у 9% - на пятые сутки, у 5% - на тридцатые сутки. Повторно анализ был сделан у 3% исследуемых. У 1% пациентов агрегационная способность тромбоцитов была повышена. Количество тромбоцитов было оценено у 88% исследуемых, при этом: у 11% - при поступлении, у 3% - через час, у 45% - через сутки, у 56% - на пятые сутки, у 21% - на

тридцатые сутки. Повторно анализ был сделан у 32% исследуемых. У 4% пациентов количество тромбоцитов было понижено, у 6% - повышено.

**Выводы.**

Эффективность лечения больных с ОКС зависит от комплексной терапии, одной из составляющих которой является дезагрегантная. В результате наших исследований мы можем сделать вывод о том, что

лабораторный контроль эффективности дезагрегантной терапии выполняется не в полном объеме. Это не дает возможности эффективно оценить терапию дезагрегантами, а, следовательно, говорить о хороших ближайших и отдаленных результатах. Таким образом, лабораторный контроль тромбоцитарного гемостаза является залогом эффективного лечения дезагрегантами больных с ОКС.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА-ИНТЕРНАТА**

**Шалаурова Е.В., Скрипниченко Г.В.**

**Новодвинский детский дом-интернат для умственно отсталых детей**

**Научный руководитель: проф. Соловьев А.Г.**

Среди общего контингента воспитанников стационарных детских домов-интернатов (ДДИ) заметно выделяется группа подростков с выраженной девиацией поведения. В Новодвинском ДДИ Архангельской области она достигает более 50 человек с неоднородным гендерным составом (девушки - 18, юноши - 32); все подростки имеют диагноз умеренной умственной отсталости, но в части случаев выставлен пограничный диагноз (с легкой умственной отсталостью).

Целью работы явилась систематизация механизмов развития химической зависимости умственно отсталых детей для обоснования основных направлений ее профилактики в ДДИ.

Девиантное поведение подростков спровоцировано группой факторов, включая неблагоприятный социальный анамнез (малообеспеченные семьи, одинокий родитель, злоупотребление алкоголем, тунеядство, бродяжничество, отсутствие семьи с рождения). Зависимость у таких детей нередко является проявлением реакции имитации (подражания) и играет доминирующую роль в жизни субъекта. Кроме того, реакции зависимости усугубляются неврастеническими симптомами (плохой сон, бессонница, эмоциональная лабильность), так как дети часто уже имели опыт употребления алкоголя или никотина, либо воспитывались в среде активно зависимых членов семьи.

Органическое поражение головного мозга в сочетании с реакцией зависимости является основой для развития органической психопатии у этой группы детей. Существенным патогенетическим звеном является нарушение ликворо-гемодинамики, усиление гипертензивных явлений, дезорганизация установившихся нейродинамических отношений. Психоорганические расстройства характеризуются, главным образом, нарушением ядра личности, растормаживанием примитивных инстинктов, недостаточностью интеллектуальной продуктивности.

Из-за слабого внимания и отсутствия интереса они неспособны к организации систематической деятельности, не критичны, недостаточно понимают и оценивают ситуацию. Общий фон настроения чаще благодушный с выраженным эйфорическим оттенком; характерны быстрая реакция на любое внешнее впечатление и немедленная - импульсивная реализация возникающего желания без понимания и учета последствий.

При поступлении в ДДИ дети отличаются крайней агрессивностью, склонностью к побегам, стремлением к употреблению табака (убегали «чтобы покурить»). Замкнутость, проблемы в коммуникации, неумение общаться в коллективе сверстников в позитивном направлении, отсутствие стремления заботиться о других затрудняли процесс адаптации детей в учреждении. Очевидным является тот факт, что наличие органического поражения мозга у умственно отсталых подростков затрудняет развитие волевых качеств, снижает возможности защитных механизмов организма препятствовать формированию зависимости, как на психологическом, так и на физиологическом уровнях. Таким детям свойственна патологическая инертность основных нервных процессов.

Профилактика зависимости у детей носит комплексный характер. С каждым воспитанником проводится профилактическая беседа, детей, имевших опыт употребления никотина или алкоголя, в течение адаптационного периода наблюдают специалисты учреждения, педиатр, психиатр, психолог, дефектолог. В нашем учреждении существуют общие правила поведения для воспитанников, среди которых - отказ от курения, пропаганда здорового образа жизни. Очень важным условием является создание условий с отсутствием возможностей употребления, позитивный настрой детского коллектива и педагогического персонала, наличие системы поощрений, обязательная организация занятости

и досуга. Из опыта работы с данным контингентом можно отметить положительное влияние трудоустройства, причем первоначальная мотивация подростков - всегда с целью получения карманных денег для приобретения табачных изделий, но у нас существуют некоторые условия:

- два месяца бесплатного (посильного) труда, чтобы получить первоначальные трудовые навыки и зарекомендовать себя, как добросовестного работника. Все подростки в нашем интернате знают – оплачиваемый труд это поощрение и доверие педагога;

- заработную плату подросток получает вместе с воспитателем, вместе идут в магазин и вместе принимают решение о расходовании денег;

- у каждого работающего заведена тетрадь учета, куда вклеиваются чеки на приобретенный товар. Контроль за ведением отчетной тетради ведет завуч или директор; отсутствие тетради учета влечет за собой отказ в рабочем месте.

Важное место в профилактике зависимости занимает вовлечение в физкультурно-оздоровительную деятельность. Исходя из возможностей здоровья, способностей и желаний подростков все зани-

маются спортом, некоторые выходят на профессиональный уровень (призеры Всероссийских и международных специальных игр). В ДДИ работает тренажерный зал, педагогом по двигательной активности для девушек введены креативные практики: аэробика и восточные танцы. Данные направления физкультурно-оздоровительной деятельности любимы и посещаемы воспитанниками.

Профилактика зависимости включает в себя и мероприятия по медицинскому наблюдению, два раза в год проводится витаминпрофилактика, психиатр осуществляет деятельность по снижению и профилактике негативных поведенческих реакций в подростковой группе при назначении щадящей медицинской коррекции. Активно применяются курсы массажа, физиопроцедуры, курсы электросна.

Общие единые требования со стороны обслуживающего персонала, педагогов, комплексное сопровождение специалистов, занятость, воспитание интереса, трудолюбия, волевых качеств позволяют надеяться на успешность результата в работе по профилактике зависимости у подростков, имеющих умственную отсталость и поведенческие нарушения.

## **НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ПЛОДА ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ И ИСХОДЫ РОДОВ**

**Шалтина О.П. VI курс, лечебный факультет.**

**Кафедра акушерства и гинекологии СГМУ.**

**Родильное отделение ОКБ г.Архангельска.**

**Научный руководитель: проф. Баранов А.Н.**

Актуальность ведения беременности и родов в тазовом предлежании плода обусловлена повышением перинатальной смертности в 3-5 раз по сравнению с родами в головном предлежании. В настоящее время применяются мероприятия направленные на дородовое изменение тазового предлежания плода на головное. Так рекомендуется комплекс гимнастических упражнений, разработанный разными авторами (И.И. Грищенко, И.Ф. Дикань и др.) или имеются попытки изменения тазового предлежания на головное путем наружного поворота. Анализ сообщений, посвященных наружному повороту в последние 20 лет, позволяет сделать следующие заключения. Во-первых, наружный поворот плода, по данным разных авторов, успешен в среднем в 50% случаев. Во-вторых, частота обратного поворота в тазовое предлежание, по данным разных авторов, составляет от 4,4 до 17,4%. В-третьих, от 16 до 37% женщин с успешно проведенным поворотом все равно родоразрешаются путем кесарева сечения в процессе родов. Следовательно, применение наружного акушерского поворота может снизить общую частоту кесарева сечения на 1-2%. [3]

Определены условия проведения наружного поворота: гестационный срок 34-36 недель, (по данным Савельевой Г. М. 2008 г. - 38 недель); чисто ягодичное предлежание; нормальный объем околоплодных вод; отсутствие прижатия ягодиц ко входу в малый таз; боковое расположение спинки плода. С целью диагностики гипоксии проводят нестрессовый тест (НСТ) и кардиомониторинг. [4]

Разработаны этапы данной манипуляции. Наружный поворот на головку обычно производится в родовспомогательных учреждениях с соблюдением выше описанных условий и отсутствии противопоказаний. Перед поворотом необходимо использовать токолитические препараты, с целью снижения тонуса матки. Значительно повышает успех наружного поворота применение эпидуральной анестезии. Беременная лежит на твердой кушетке. Врач располагается с правой стороны от беременной и под контролем УЗИ проводят наружный поворот плода. Врач охватывает рукой ягодицы плода и отводит их от входа в малый таз. После этого ягодицы смещаются в сторону, соответствующую позиции плода. После отведения ягодиц от входа в малый



таз другой рукой акушер охватывает головку со стороны подзатылочной области и смещает ее в сторону, противоположную позиции плода. При возникновении напряжения матки манипуляции временно прекращаются, руки акушера при этом остаются в том же положении. Когда головка оказалась над входом в таз, руки акушера перемещаются на боковые стороны живота, как при втором акушерском приеме. При этом выполняются движения от пупка кзади, одновременно матка слегка сдавливается с боковых сторон. После проведения поворота необходимо следить за ЧСС плода с помощью кардиомониторинга в течение часа.[2]

Противопоказаниями к наружному повороту плода являются рубец на матке, угроза прерывания беременности, ожирение, возраст первородящей старше 30 лет, бесплодие и невынашивание беременности в анамнезе, гестоз, крупный плод, локализация плаценты на передней стенке матки, предлежание плаценты, аномалии развития матки, обвитие пуповиной плода, маловодие или многоводие, узкий таз, многоплодная беременность, расположение спинки плода кпереди или кзади, тяжелые экстрагенитальные заболевания матери, беременность в результате экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона. [1]

Во время и после проведения поворота могут возникнуть такие осложнения как: гипоксия плода, отслойка плаценты, травмы плечевого сплетения, разрыв матки, гибель плода в результате компрессии пуповины и эмболии околоплодными водами, преждевременные роды, преждевременная отслойка плаценты, прижатие или обвитие пуповины.

Нами случайной выборкой было обработано 19 историй родов в тазовом предлежании, из них исходом родов в 11 случаях стало кесарево сечение, через естественные родовые пути роды велись в 8 случаях. Ретроспективный анализ показал, что можно было провести наружный поворот плода пяти женщинам, у которых имелись условия для его проведения. Противопоказания к данной манипуляции были у 14 беременных, среди них отмечены следующие: аномалия развития матки (однорогая матка), общеравномерносуженный таз, простой плоский таз, гипоксия плода, маловодие, многоводие, выкидыш в анамнезе, крупный плод, обвитие пуповины, миома матки, двойня, сопутствующая патология (бронхиальная астма). Всего родилось 20 детей, из них 9 мальчиков и 11 девочек, средний вес новорожденных – 3319 г., средний рост – 51,8 см. С оценкой по Апгар в основном 7 и 8

баллов. Проведен ретроспективный анализ пяти историй родов беременных, с диагнозом тазовое предлежание, у которых был выполнен профилактический наружный поворот плода в родильном отделении АОКБ (август- декабрь 2008 года). Из 5 случаев в одном плод через 2 дня после проведения поворота вернулся в тазовое предлежание с формированием ножного, что стало показанием к кесареву сечению в 37-38 недель в плановом порядке. Из четырех случаев с успешным поворотом трое родов закончились через естественные родовые пути и протекали без осложнений. В одном случае было проведено кесарево сечение, показание к которому явилось разгибательное головное предлежание с формированием лобного вставления. У трех беременных из пяти данная манипуляция была проведена в сроке 37-38 недель. У двух женщин были противопоказания к проведению поворота: многоводие, замершая беременность в анамнезе. Все дети родились с массой тела от 3200 до 3700 г.

Таким образом необходимо выделять абсолютные и относительные противопоказания к проведению наружного поворота. На современном этапе следует конкретизировать срок беременности для проведения наружного поворота. Внимательно наблюдать беременных с диагнозом тазовое предлежание, и если есть условия и нет противопоказаний, то пробовать перевести тазовое предлежание в головное.

Список использованной литературы

Акушерство : национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2007. (с. 1200)

Акушерство. Клинические лекции: учебное пособие / Под ред. проф. О.В. Макарова. – М.: ГОЭТАР – Медиа, 2007 – 640 с. (с. 230-247)

Акушерство от десяти учителей: пер. с англ. (под ред. С. Кемпбелла, К. Лиза). – 17-е изд. – М.: Медицинская информационное агентство, 2004. – 464 с. (с. 270 - 272)

Норвиц Эррол Р., Шордж Джон О. Наглядное акушерство и гинекология: Пер. с англ. – М.: ГОЭТАР-Мед., 2003. – 144 с. (с. 124)

Современный подход к ведению беременности и родов при тазовом предлежании плода. Е. А. Чернуха. Научно-практический журнал «Акушерство и гинекология», М.: издательство «Медицина» 2000 г.

Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинова Л.Г., Панина О.Б. Акушерство: Учебник. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2008. – 656 с. (с. 230)

# НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шемякина Н.Я.

МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи  
им. Е.Е. Волосяева», г.Архангельск.

**ВВЕДЕНИЕ.** Одним из многочисленных факторов нарушения кровообращения в вертебробазилярной системе являются стенозирующие процессы в I сегменте позвоночных артерий. Надежным методом ревазуляризации головного мозга в данном случае может стать хирургическое устранение стенозов данной локализации.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Определить эффективность хирургических методов лечения в устранении клинических проявлений вертебробазилярной недостаточности

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С помощью сплошного метода проанализированы истории пациентов, подвергшихся хирургическому и эндоваскулярному (баллонная ангиопластика или баллонная ангиопластика со стентированием) вмешательству на позвоночных артериях в отделении сосудистой хирургии МУЗ Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосяева г. Архангельска. Анализировались все (церебральные, нейротравматические, тромбоэмболические, раневые) осложнения, возникшие после эндоваскулярных и открытых хирургических вмешательств. Отдаленные результаты эндоваскулярного и хирургического лечения прослежены на протяжении 2 лет после операции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** За период с 1989 по 2008 год на базе отделения сосудистой хирургии выполнено 213 хирургических вмешательств на ПА. Из них: 125 (58,7%) открытых хирургических вмешательств, 21 (9,8%) баллонная ангиопластика и 67 (31,5%) БАП со стентированием. Открытые хирургические и эндоваскулярные вмешательства выполнялись пациентам с клиническими проявлениями вертебробазилярной недостаточности на фоне гемодинамически значимого стеноза (более 70%) позвоночной артерии (ПА), при наличии гипоплазии или стенозирующего процесса в контралатеральной ПА.

После выполнения эндоваскулярных вмешательств отмечены следующие осложнения: нефатальные гемолатеральные инфаркты мозжечка вследствие дистального атеротромбоза задней нижней мозжечковой артерии в двух случаях (2,3%); транзиторные ишемические атаки (ТИА) в вертебробазилярном бассейне в трех случаях (3,4%); образование гематомы и ложной аневризмы в месте пункции бедренной артерии, потребовавшей оперативного вмешательства, в одном случае (1,1%).

После выполнения реконструктивных хирургических вмешательств летальность составила 1,6%; зарегистрировано 2 (1,6%) острых нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), из них одно с летальным исходом; один пациент погиб от септических осложнений; у 6 (4,8%) пациентов в послеоперационном периоде наблюдался переходящий неврологический дефицит как в вертебробазилярном, так и в каротидных бассейнах; травматические невропатии диафрагмального нерва, сопровождавшиеся парезом купола диафрагмы на стороне оперативного вмешательства зарегистрированы у 5 (4,0%) пациентов, синдром Горнера наблюдался у 78 (62,4%) прооперированных на ПА пациентов. Все невропатии ЧМН явились следствием сдавления и тракции нервных стволов при грубых манипуляциях во время оперативного вмешательства.

Через год после открытого оперативного вмешательства зарегистрировано четыре (3,2%) реконструкции ПА. После стентирования в течение года возникли: два рестеноза ПА и септальный стеноз ПА вследствие перегиба стента (3,4%). Трём пациентам выполнено рестентирование ПА.

Клинические проявления вертебробазилярной недостаточности сохранялись после хирургического лечения у 76% пациентов в группе пациентов, подвергшихся реконструкции ПА, и у 73% после эндоваскулярных вмешательств.

**ВЫВОДЫ:**

Несмотря на одинаковую частоту интраоперационных церебральных осложнений после хирургической и эндоваскулярной ревазуляризации головного мозга (6,4% и 5,7% соответственно), очевидны преимущества эндоваскулярных методов устранения стенозирующих процессов в I сегменте ПА, так как частота интраоперационных нейротравматических и общехирургических осложнений в 4 раза ниже по сравнению с открытыми хирургическими вмешательствами.

Однако хирургическое или эндоваскулярное устранение стенозов I сегмента ПА, улучшая качество жизни и снижая частоту вертебробазилярных кризов, не устраняет полностью клинических проявлений недостаточности кровообращения в данном бассейне, так как существует большое разнообразие вертеброгенных, ангиогенных, общесоматических факторов, способствующих ухудшению кровотока в вертебробазилярной системе.

# К ИСТОРИИ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ АГМИ-АГМА-СГМУ. ГЕОРГИЙ ПАВЛОВИЧ ЛИСИЦА

Шкуратова Е.А., III курс, ФВСО

Кафедра истории медицины СГМУ.

Научный руководитель: проф. Баранов А.Н., директор музейного комплекса Андреева А.В.

В 2009 году исполнилось 90 лет со дня рождения Георгия Павловича Лисицы — известного акушера-гинеколога и заведующего кафедрой акушерства и гинекологии Архангельского государственного медицинского института (АГМИ).

Родился Георгий Павлович Лисица 6 февраля 1919 года в селе Высокое Житомирской области на Украине. В 1932 году он закончил на «отлично» общеобразовательную школу, 1936 году - фельдшерско-акушерскую школу. Затем Георгий Павлович поступал во 2-ой Киевский мединститут, но не прошел по конкурсу. Целая группа подобных ему «непоступивших» обратилась тогда за помощью к председателю Президиума Верховного совета СССР - «всесоюзному старосте» Михаилу Ивановичу Калинин. По его рекомендации абитуриенты уехали в город Ашхабад, где в новом Туркменском мединституте был недобор и их всех зачислили студентами. После 5 семестров Георгий Павлович перевелся из Туркменского во 2-ой Киевский мединститут. Отличную учебу в институте он совмещал с работой в хирургическом отделении 1-ой рабочей больницы Киева.

Учебный процесс был прерван началом Великой Отечественной войны. Первый день ВОВ Георгий Павлович встретил в больнице студентом IV-го курса. 22 июля 1941 года Сталинским райвоенкоматом города Киева Г.П. Лисица был призван в ряды Красной Армии в звании военврача 3 ранга. Ему было предложено стать хирургом-гинекологом. Первой практикой Лисицы стал аборт. Первые роды он принял в Польше. Это была двойня, которую он запомнил на всю жизнь.

В военный период Лисица служил в нескольких войсках и подразделениях на различных должностях. Георгий Павлович Лисица участвовал в боевых действиях Юго-Западного и Южного фронтов, на Северо-Кавказском и Закавказском фронтах, в отдельной Черноморской группе войск, отдельной 4-ой Армии и 4-ом Украинском фронте. Он участвовал в двух десантных операциях: на «Малую Землю» под Новороссийском и Крым на Керченский полуострове. Лисица трижды был ранен и два раза контужен.

После демобилизации в конце марта 1948 года коммунист Г.П. Лисица был направлен для окончания образования во вновь организованный Станиславский государственный мединститут, который в 1951 году окончил с «отличием». Затем он затем работал клиническим лаборантом на кафедре акушерства и гинекологии Ивано-Франковского медин-

ститута, исполнял обязанности ассистента на данной кафедре. Он напряженно работал над повышением своей квалификации и над своей кандидатской диссертацией на тему «Лечение преждевременного прерывания беременности бромистым натрием и кофеином», после защиты которой в 1960 году был избран доцентом кафедры. В данной должности Лисица работал до конца декабря 1965 года.

В январе 1966 года Георгий Павлович Лисица подал документы на конкурс в АГМИ. С августа 1966 года он был доцентом, затем старшим научным сотрудником кафедры акушерства и гинекологии. В марте 1968 года Лисица был утвержден в должности заведующего кафедрой акушерства и гинекологии АГМИ. С 1981 по 1994 гг. Г.П. Лисица исполнял обязанности доцента на кафедре. Работал Георгий Павлович на основной акушерской базе - родильном отделении Архангельской областной клинической больницы, являющейся специализированным учреждением по экстрагенитальной патологии беременных.

Г.П. Лисица был членом правления общества акушеров-гинекологов СССР и России, участвовал в съездах, международных конгрессах. Он возглавлял проблемную комиссию и научное общество акушеров-гинекологов в Архангельске, был заместителем председателя областной комиссии по родовспоможению, членом комиссии лечебно-профилактической помощи матерям и детям, членом медицинского совета Дома санитарного просвещения, членом медико-биологической секции областного общества «Знание». Также Г.П. Лисица являлся консультантом родовспомогательных учреждений города Северодвинска. Он организовал филиалы общества акушеров-гинекологов в Котласе и Мирном.

По воспоминаниям коллег, Георгий Павлович был прекрасным специалистом и знатоком своего дела, талантливым педагогом. Г.П. Лисица внес большой вклад в развитие медицины нашей области, много сделал для улучшения качества лечебно-профилактической работы в клинических больницах города и Архангельской области. За многие годы Георгий Павлович воспитал не одну сотню студентов, десятки ныне работающих акушеров-гинекологов считают его своим Учителем. Под руководством Г.П. Лисицы выполнено 6 кандидатских диссертаций.

Скончался Георгий Павлович 24 сентября 2004 года после продолжительной болезни.

Медицинскую династию Лисицы продолжили две дочери. Его старшая дочь Татьяна Георгиевна

Абрамова, работающая заведующей терапевтическим отделением в Архангельской городской поликлинике, предоставила уникальные фотографии и документы отца в фонд музейного комплекса СГМУ.

Так же родственники Г.П. Лисицы выступили на заседании Общества изучения истории медицины Европейского Севера, посвященного памяти известного ученого.

## **ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

**Шумилова А.А., Ипатов О.Н.**

**Факультет клинической психологии и социальной работы СГМУ**

**Дошкольное образовательное учреждение комбинированного вида №37**

**Научный руководитель: д.м.н., доц. Бочарова Е.А.**

Понятие «задержка психического развития» (ЗПР) включает в себя: замедленный темп психического развития, личностную незрелость, недостаточность развития познавательной деятельности. В настоящее время существуют различные направления коррекционно-развивающей работы психологов и педагогов, среди которых особое место занимают программы по развитию эмоционально-личностной сферы.

Целью исследования было выявление особенностей эмоциональной сферы у детей дошкольного возраста с ЗПР. В ходе исследования были поставлены следующие задачи: определить особенности эмоциональной сферы у детей с ЗПР; оценить динамику развития эмоциональной сферы у детей с ЗПР на фоне проведения психокоррекционной программы; разработать рекомендации по развитию познавательных процессов и эмоциональной сферы у детей.

Исследование проводилось в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ) № 178 и № 37 г.Архангельска в период с октября 2008 по апрель 2009 (10 месяцев). Основную группу (ОГ) составили дети с ЗПР резидуально-органического генеза (18 человек в возрасте 5 лет). Группу сравнения (ГС) составили нормально развивающиеся дети.

Обследование проводилось на фоне проведения психокоррекционной программы для детей с ЗПР, направленной на развитие основных эмоций, разработанной нами на основе ряда психокоррекционных занятий [1, 2, 4]. Содержание программы заключалось в развитии способности понимать эмоциональное состояние другого человека и умения адекватно выражать свои чувства. Программа включала серию занятий (14), содержащих задания, направленные на развитие основных эмоций у детей: радость, удивление, горе, гнев, страх. Занятия проводились по 2 раза в неделю продолжительностью 20 минут.

В ходе исследования были использованы следующие методики: «Выбери нужное лицо»; «Рисунок семьи»; «Дом – дерево – человек» [3], «Дорисуй» [5]. Математическая обработка данных проводилась

с помощью критерия Манна-Уитни, Вилкоксона, углового преобразования Фишера и метода ранговой корреляции Спирмена. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов прикладных программ: «Microsoft Excel», версия 7 и «SPSS» версия 10.

В эмоциональном развитии детей с ЗПР были выявлены следующие особенности: чувство неполноценности, враждебность, конфликтность ( $p \leq 0,05$ ), неблагополучие в семейной ситуации ( $p \leq 0,01$ ). Дети с нормой развития на рисунках семьи использовали разнообразные тона; улыбка на лице персонажей встречалась на всех рисунках (100%). Дошкольники с ЗПР отдавали предпочтение черно-белым тонам. По сравнению с ГС наличие улыбок на лицах персонажей наблюдалось лишь в 18% случаев. Дети с ЗПР почти в 2 раза реже (36%), чем их сверстники с нормой развития (59%) рисовали всех членов семьи, занятых общим делом.

После проведения психокоррекционной программы, было отмечено улучшение показателей эмоционального благополучия в семейной ситуации и эмоциональной сфере, в целом. Было выявлено снижение показателей конфликтности, незащищенности, тревожности и чувства неполноценности в конце периода коррекции ( $p \leq 0,05$ ).

При оценке взаимосвязи эмоциональной сферы и познавательных процессов нами была проведена оценка взаимосвязи таких параметров, как: благополучие в семейной ситуации и процессов воображения, творчества и фантазии у детей с ЗПР. Результаты показали наличие прямой корреляционной связи ( $r=0,629$ ,  $p \leq 0,05$ ) между данными показателями. Это может говорить о том, что благополучие в семейной ситуации оказывает позитивное влияние на процессы творчества и воображения у ребенка.

Таким образом, данное исследование подтверждает необходимость внедрения программ по коррекции эмоциональной сферы детей с ЗПР в общеразвивающие программы ДОУ. Дети с ЗПР нуждаются в своевременной коррекции психологического состояния. Развитие будет происходить тем

быстрее, чем благоприятней будут созданы условия для таких детей в семье.

#### Список литературы

1. Бабкина Н.В. Психологическое сопровождение детей с задержкой психического развития / Н.В. Бабкина // Дефектология – 2006. – № 4. – С.38-40.

2. Дубовец С. С. Развитие эмоций у детей / С. С. Дубовец // Социально-личностное развитие – 2005. – № 1. – С. 59-65.

3. Немов Р.С. Психология: Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование

с элементами математической статистики / Р.С. Немов – М.: Владос, 2003. – Т.3. – 640с.

4. Прозорова М.К. Изучение социальных эмоций у старших дошкольников с задержкой психического развития / М.К. Прозорова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития – 2006. – № 2. – С. 66-67.

5. Стребелева Е.А. Дети – сироты: консультирование и диагностика развития / Под ред. Е.А.Стребелевой. – М.: Полиграфсервис, 1998. – 336 с.

## СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Юницкая И.А., Никонова К.В., Буюклинская Е.Ю., Угловская Е.С.

Кафедра кожных и венерических болезней СГМУ.

Научный руководитель: Кашутин С.Л.

Представляло интерес изучения выявления сопутствующей патологии у больных псориазом. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 182 пациентов, страдающих псориазом. Отсутствие сопутствующей патологии регистрировали у 40,16% пациентов. Наиболее часто - у 17,03% больных псориазом наблюдались поражения желудочно-кишечного тракта. Посредством диагностической ультразвуковой системы Toshiba nemio обследованы 28 больных псориазом в возрасте от 21 до 45 лет, не имеющих жалоб, связанных с патологией ЖКТ. Наиболее часто регистрировали наличие признаков дискинезии желчевыводящих путей (у 13 человек или 46,42%). Утолщение стенок желчного пузыря мы отмечали у 4 (14,28%). Псориазический процесс сопровождался диффузными изменениями в печени у 6 обследуемых (21,42%). Изменение структуры поджелудочной железы выявлено у 3 больных псориазом (10,71%). На втором месте по частоте регистрировали ЛОР-патологию (8,79%), из них - хронические тонзиллиты (3,29%) и хронические отиты (5,49%). С одинаковой частотой (6,04%) псориазу сопутствовали остеохондрозы различной локализации и патология сердечно-сосудистой системы (в основном гипертоническая болезнь II, значительно реже III стадии). У мужчин чаще наблюдался остеохондроз,

а у женщин - гипертоническая болезнь. Удельный вес вегетососудистой дистонии преимущественно по гипертоническому типу в общей сложности составил 2,19%, и отмечен у лиц мужского пола. Патология желез внутренней секреции (ЖВС) (сахарный диабет II типа) отмечена у 6 человек (3,29%). Поражение дыхательной системы (ДС) (хронические бронхиты) и мочеполового тракта (МПТ) (хронические пиелонефриты, хронические циститы) регистрировали у 2,19% - 2,75% больных. На протяжении стационарного лечения 8,24% больных псориазом перенесли острую респираторную вирусную инфекцию, на фоне которой заболевание в ряде случаев вновь приобрело прогрессивный характер. Изредка (от 0,55% до 1,09%) наблюдалось сочетание псориаза с крапивницей, атопическим дерматитом, экземой, розовыми угрями, кандидомикозом гладкой кожи, вульгарными угрями и фурункулезом. Однако у 10,44% больных выявлен микоз стоп.

Таким образом, псориазическая болезнь наиболее часто сопровождается патологией желудочно-кишечного тракта, в том числе, наличием функциональных и органических изменений в гепатобилиарной системе, что необходимо учитывать при проведении лечебных и противорецидивных мероприятиях.

# АДГЕЗИВНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИ АДЕНТИИ БОКОВЫХ РЕЗЦОВ

Юрьев Ю.Ю., клинический интерн

Кафедра ортопедической стоматологии СГМУ

Научный руководитель: д.м.н. Юшманова Т.Н.

Аденция – аномалия, характеризующаяся отсутствием или гибелью зачатков зубов. Чаще наблюдается отсутствие третьих моляров, премоляров или боковых резцов, причем отсутствие последних, прежде всего, беспокоит наших пациентов, т.к. всё, что окружает человека, воспринимается им в значительной мере с позиции эстетики. В современном мире улыбка занимает важное место в жизни каждого индивида, а ее красота невозможна без полноценности зубов. Поэтому отсутствие фронтальных зубов требует в первую очередь эстетической реабилитации пациента [1].

Возможности современной стоматологии позволяют решить проблему аденции боковых резцов несколькими способами: ортодонтическое лечение с последующим камуфляжем клыков, замещение дефекта зубного ряда ортопедической конструкцией, дентальная имплантация. Внедрение адгезивных технологий в ортопедическую стоматологию позволило расширить спектр консервативных эстетических реставраций малых дефектов зубных рядов [1]. В данной статье мы освятим один из клинических случаев.

Пациентка К., 20 лет обратилась на кафедру ортопедической стоматологии СГМУ с жалобами на отсутствие боковых резцов нижней челюсти, наличие промежутков между зубами, нарушение эстетики улыбки. Из анамнеза выяснено, что зубы отсутствуют с детства, удалений не проводилось. При объективном обследовании выявлено отсутствие зубов 32, 42, расстояния между 31-33, 41-43 зубами 2,0 и 2,5 мм соответственно при ширине режущего края 31, 41 зубов по 4,0 мм. Ограничивающие дефекты зубов клинически здоровы, не имели пломб и дефектов эмали, прицельные рентгенограммы не выявили изменений в периапикальных тканях. Ортопантомографическое исследование показало отсутствие зачатков 32, 42 зубов. Пациентке был поставлен диагноз: частичное отсутствие зубов на нижней челюсти IV класс по Кеннеди, обусловленное отсутствием зачатков 32, 42 зубов, эстетическая недостаточность. План лечения предусматривал 2 этапа: создание места в зубном ряду ортодонтическим методом с помощью брекет-системы (подготовительный этап) и замещение дефектов зубного ряда нижней челюсти адгезивными мостовидными протезами (АМП) с парапульпарными штифтами (основной этап).

Пациентка была направлена к ортодонту для осуществления подготовительного этапа, который был завершен через 9 месяцев, после чего (не снимая брекетов), были получены оттиски с обеих челюстей альгинатной массой «Kromopan», изготовлены диагностические модели, модель нижней челюсти

изучена в параллеломере – спланированы конструкции протезов и выбраны оптимальные направления пин-каналов с учетом рентгенограмм опорных зубов и таблицы Н.Г. Аболмасова «Толщина стенок зуба у передних зубов».

На следующем этапе под инфильтрационной анестезией Sol. Ultracaini DS 1,2 ml в зубах 31, 41, 33, 43 препарировали пин-каналы и оральные поверхности опорных зубов в проекции накладок — сошлифовывали кутикулу и наружный слой эмали до 40 мкм. Рабочие оттиски получали К-силиконовым материалом «Speedex» с введением в каналы штифтов. Оттиски после дезинфекции были направлены в зуботехническую лабораторию (ЗТЛ), где были получены модели из супергипса, смоделированы каркасы из воска, отлиты из кобальто-хромового сплава, припасованы на модели и обработаны в пескоструйном аппарате.

Готовые каркасы после стерилизации в глассперленовом стерилизаторе «ThermoEst» припасовывали в полости рта. В каркасе с опорой на зубы 31-33 промежуточную часть сошлифовывали с окклюзионной поверхности, т.к. протезного пространства для облицовки было недостаточно, осуществляли подбор цвета фарфора (А2). В ЗТЛ была нанесена керамическая облицовка.

В следующее посещение проводили припасовку АМП, проверяли соответствие цвета фарфора естественным зубам. Затем протезы были направлены в ЗТЛ на этап глазуровки.

Готовые работы окончательно припасовывали в полости рта, в «4 руки» проводили следующее: прилегающие к опорным зубам части протезов и штифты протравливали 4% плавиковой кислотой и обрабатывали силаном; оральные поверхности опорных зубов и каналы протравливали 32% ортофосфорной кислотой, наносили адгезив «All Bond 3», фотополимеризовали его. АМП фиксировали композитным цементом двойного отверждения «Duo Link». В заключение проводили полировку поверхности протеза и опорных зубов пастой «Super Polish».

В последующем пациентка была направлена к ортодонту для снятия брекет-системы и гигиенисту для проведения профессиональной гигиены. После проведения всех манипуляций пациентка осталась довольна достигнутым результатом.

Таким образом, описанный клинический случай демонстрирует возможность применения АМП для замещения дефектов зубных рядов, обусловленных аденцией, и позволяет рекомендовать их использование в подобных ситуациях как наиболее эстетичный вариант.

Литература

1. Юшманова Т.Н. Применение адгезивных мостовидных протезов при замещении малых дефектов зубных рядов / Т.Н. Юшманова, Н.В. Скрипова, О.В.

Котлова, Е.А. Поливаная // Материалы XXI и XXII Всероссийских научно-практических конференций. – Москва, 2009. – С. 431-433.

## **СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ДАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Яковец Н.В., Татарская Е.В., Сафронова Т.А., клинические ординаторы ФПК и ППС**

**Кафедра поликлинической и социальной педиатрии с курсом детской кардиологии ФПК и ППС СГМУ**

**ФГУ «СКМЦ им Н.А. Семашко ФБА России» г. Архангельск**

**Научный руководитель: доц. Избенко Н.Л.**

Несмотря на совершенствование профилактики, диагностики и прогресс медицины в разработке новых антибактериальных препаратов, до настоящего времени существенных тенденций к снижению удельного веса пневмоний в заболеваемости и смертности детского населения не отмечается. Широкое распространение пневмоний в детской популяции и серьезность прогноза (пневмония по-прежнему остается одной из основных причин младенческой смертности) определяют актуальность проблемы своевременной установки диагноза и эффективности амбулаторного лечения пневмоний у детей.

Цель: изучение эффективности амбулаторного лечения пневмоний у детей и причин госпитализации, поступивших для стационарного лечения в детское отделение СКМЦ им. Н.А.Семашко ФМБА России с диагнозом острая пневмония.

Материалы и методы исследования: работа проведена на базе детского отделения СКМЦ им. Н.А.Семашко ФМБА России. Проанализированы истории развития детей (уч. ф. №112/у) и выписные эпикризы из стационара 41 пациента в возрасте от 1 года до 17, наблюдавшихся в детской поликлинике и находившихся на стационарном лечении в детском отделении СКМЦ им Н.А. Семашко ФМБА России с диагнозом острая пневмония в период с 1.01.2008-31.12.2008. Полученные данные обрабатывались с помощью математико-статистической обработки и анализа результатов исследования.

У всех детей в 100% случаев диагноз острой пневмонии был подтвержден рентгенологически.

Для оценки эффективности амбулаторного лечения и определения показаний для госпитализации была разработана формализованная карта, при заполнении которой учитывались возраст ребенка на момент госпитализации; день установки диагноза от начала заболевания; локализация и степень тяжести пневмонии; стартовый антибиотик, назначенный в амбулаторных условиях и его эффективность; альтернативная антибиотикотерапия при наличии показаний для смены антибиотика.

Результаты исследования. Пик заболеваемости пневмонией пришелся на возрастную группу от 3 до 7 лет, в которую вошли 18 детей (43,9%). Группа раннего детского возраста составила 7 детей (17%), дети школьного возраста – 16 детей (39%).

У большинства детей диагноз пневмонии клинически был установлен на 3-5 день, а рентгенологическое подтверждение получено у 75,6% детей в период с 6-го по 10-ый день от начала заболевания. Лишь у 8 детей (19,5%) диагноз был подтвержден на более ранних сроках – от 1-го до 5-ти дней.

С учетом предполагаемой этиологии и принципов эмпирического выбора стартовой антибактериальной терапии, мы выделили 2 возрастные группы - от 6 месяцев до 5 лет и от 5 до 17 лет, которые составили 31,7% и 68,3% соответственно. В обеих возрастных группах наиболее частой причиной госпитализации явилась неэффективность стартовой антибактериальной терапии: в группе от 6 месяцев до 5 лет – 14,6%; в группе от 5 до 17 лет – 39%. Вторая по частоте причина госпитализации в обеих возрастных группах – тяжесть пневмонии, обусловленная дыхательной недостаточностью - в группе от 6 месяцев до 5 лет – 9,8%; от 5 до 17 лет – 17%. Фоновая патология явилась третьей причиной госпитализации в группе от 6 месяцев до 5 лет – 7,3%, от 5 до 17 лет – 12,2%.

Установлено, что рекомендации по эмпирическому выбору антибактериальной терапии практикующими врачами выполняются. В 51,2% случаев – препаратом стартовой терапии выступал амоксициллин. Применение защищенных пенициллинов в качестве первого курса антибактериальной терапии встречалось в 24,4% случаев, макролидов – 24,4%. Всем детям антибиотикотерапия назначалась перорально с учетом степени тяжести пневмонии. Не встретилось назначение препаратов группы фторхинолонов, гентамицина и тетрациклина.

В 70,7 % случаев при поступлении в стационар была проведена замена группы антибиотика на

альтернативный.

Всем детям, которым клинически был установлен диагноз острая пневмония, сразу была назначена адекватная антибактериальная терапия.

Выводы. Выбор стартовой терапии в амбулаторных условиях выполнялся правильно, с учетом

вероятного потенциального возбудителя пневмонии в зависимости от возраста.

Наиболее частыми причинами госпитализации явились неэффективность стартовой антибактериальной терапии, наличие дыхательной недостаточности, фоновой патологии.

## ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В МОЛОДОМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Яковлева А.С., VI курс, лечебный факультет.

Кафедра факультетской терапии с курсом эндокринологии СГМУ.

МУЗ «Первая городская клиническая больница СМП» г. Архангельска.

Научный руководитель: проф. Миролюбова О.А.

Актуальность. На сегодняшний день показатели смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) в Российской Федерации значительно превосходят таковые в развитых странах мира, при этом ведущей причиной летальных исходов остается острый инфаркт миокарда (ОИМ). Подобный диагноз не является удивительным даже у тридцатилетних больных. Ранний ОИМ, развивающийся в возрасте моложе 45 лет, представляет собой огромный массив для изучения вопросов, касающихся причин и особенностей течения в сравнении с пожилыми больными, для которых коронарные катастрофы более характерны.

Цель исследования: изучить вероятные причины, способствовавшие развитию острого коронарного события, и особенности течения раннего постинфарктного периода у молодых больных по сравнению с пациентами пожилого возраста.

Материалы и методы. Объектом исследования стала группа молодых пациентов ( $n=65$ ), получавших лечение по поводу острого инфаркта миокарда (ОИМ) в МУЗ «Первая городская клиническая больница» г. Архангельска в период с января 2006 г. по август 2009 г., выживших к моменту выписки. Критериями отбора являлись возраст до 45 лет, диагноз ОИМ. Группа сравнения ( $n=65$ ) набиралась методом «копи-пара» из выживших пациентов, при этом критериями включения были: возраст старше 60 лет, диагноз ОИМ. Средний возраст молодых больных, перенесших ОИМ, составил  $40,47 \pm 3,99$  года; пожилых больных –  $68,49 \pm 6,15$  года. Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по полу и инструментальной характеристике ОИМ (локализация, наличие элевации сегмента ST и зубца Q на ЭКГ). В ходе работы изучались особенности анамнеза и профиля риска, тяжесть ОИМ по классификации Killip, эхокардиоскопическая картина и наличие явлений хронической сердечной недостаточности (ХСН) перед выпиской у пациентов обеих групп. Анализ полученных данных выполнен с использованием программы медицинской статистики SPSS, 17 версия. Количественные данные представлены как  $M \pm SD$ .

Результаты исследования. При изучении основной группы и группы сравнения на предмет распространенности традиционных факторов риска развития ИБС было установлено, что артериальная гипертензия (АГ) чаще наблюдалась у пожилых пациентов (87,7%) по сравнению с молодыми больными (64,6%),  $p=0,002$ . Напротив, курение (32,3% и 61,5% соответственно,  $p=0,001$ ) и отягощенная наследственность (21,5% и 47,7% соответственно,  $p=0,001$ ) встретились чаще у молодых пациентов. Выявлены положительные корреляционные связи между отягощенной наследственностью и ожирением ( $r_{Sp}=0,294$ ,  $p=0,01$ ), содержанием триглицеридов в венозной крови и отягощенным наследственным анамнезом ( $r_{Sp}=0,241$ ,  $p=0,008$ ), а также уровнем триглицеридов и ожирением ( $r_{Sp}=0,305$ ,  $p=0,01$ ). Концентрация ХСЛПВП оказалась достоверно ниже у молодых больных:  $0,96 \pm 0,24$  ммоль/л. против  $1,18 \pm 0,35$  ммоль/л. у пожилых ( $p=0,03$ ).

Хронический психоэмоциональный стресс до развития ОИМ испытывали чаще больные молодого возраста (29,2%), чем пожилые (1,5%),  $p<0,001$ .

Анамнестические указания на стенокардитические боли преимущественно имели место в старшей возрастной группе (70,8%), встречаясь достоверно реже у молодых больных (29,2%),  $p<0,001$ . Следовательно, в молодом возрасте ИБС чаще дебютировала развитием острого коронарного события (ОИМ). Для 26,2% пожилых пациентов и для 6,2% молодых пациентов настоящий ОИМ оказался повторным.

Класс тяжести ОИМ по Killip преимущественно соответствовал I в группе молодых больных (38,5%) и II – у пожилых пациентов (49,2%). Однако среди выживших к моменту выписки пациентов такие осложнения как отек легких и кардиогенный шок чаще возникали в молодом возрасте: III класс тяжести по Killip встречался у 16,9% молодых и 9,2% пожилых больных, IV – у 13,8% и 1,5% соответственно. В целом, у молодых пациентов отмечалась тенденция к развитию острого коронарного синдрома со стойкой элевацией сегмента ST (80,0% случаев) и проникающего ОИМ с зубцом Q (64,6%).



По результатам эхокардиоскопического исследования, выполненного перед выпиской из стационара, выяснилось, что средняя фракция изгнания была достоверно ниже в группе пожилых больных и составила  $0,56 \pm 0,12$  по сравнению с  $0,58 \pm 0,11$  у молодых пациентов ( $p=0,01$ ).

С явлениями II стадии ХСН выписывались 27,7% пациентов основной группы и 81,5% больных группы сравнения ( $p<0,001$ ). Методом логистической регрессии установлено, что независимо от групповой принадлежности достоверными предикторами появления застойной ХСН оказались: возраст ( $p<0,001$ ), стенокардия в анамнезе ( $p=0,022$ ), класс тяжести ОИМ по Killip ( $p<0,001$ ), рецидив ОИМ ( $p=0,043$ ).

Выводы. В молодом возрасте ИБС чаще дебютировала ОИМ (в 70,8% случаев). Пожилые больные чаще страдали АГ (87,7%) по сравнению

с молодыми пациентами (64,6%), однако последние в большей степени подвергались воздействию таких факторов риска как курение (61,5%) и хронический психоэмоциональный стресс (29,2%). Выявлены положительные корреляции между такими факторами риска как отягощенная наследственность, ожирение и гипертриглицеридемия. Среди выживших к моменту выписки пациентов отмечалась тенденция к более частому развитию острой сердечной недостаточности в группе больных молодого возраста (III класс тяжести по Killip – 16,9% молодых и 9,2% пожилых, IV – у 13,8% и 1,5% соответственно). Независимо от групповой принадлежности достоверными предикторами появления застойной ХСН оказались: возраст ( $p<0,001$ ), стенокардия в анамнезе ( $p=0,022$ ), класс тяжести ОИМ по Killip ( $p<0,001$ ), рецидив ОИМ ( $p=0,043$ ).

## **ПАРАРЕЛИГИОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ, ПСИХИЧЕСКИЕ ЭПИДЕМИИ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В РОССИИ XIII-XVIII ВВ**

**Якушев И.Б.**

**Кафедра психиатрии, клинической психологии и наркологии СГМУ**

**Научный руководитель: проф., ак. РАМН Сидоров П.И**

В Концепции национальной безопасности РФ экстремизм (Э) назван среди важных социальных угроз. За последние 20 лет наметилась тенденция экстремизации массового сознания, отразившаяся ростом преступлений, связанных с распространением парарелигиозных сект (ПС). Медико-социальную опасность имеют последствия их деятельности в виде психических эпидемий (ПЭ). Изучение проблемы в историческом аспекте создает предпосылки для ее прогнозирования, профилактики, разработки правовых и медицинских инструментов формирования толерантности общественного сознания.

Религиозная потребность формируется в ходе социализации человека. При некоторых условиях она может быть формой удовлетворения стремления к безопасности, порядку, адекватности, идентичности. Есть два вида идентичности: личностная (самоопределение физических, интеллектуальных, нравственных черт индивида); социальная (самоопределение в терминах отнесения себя к социальной группе). Социальная неопределенность формирует у части населения психоэмоциональное напряжение (ПЭН). Дабы вновь ощутить себя частью социума, субъект начинает поиск новой группы, которой может стать ПС. Ее отличают герметизм, дисциплина, иерархичность, подавление индивидуальности, аскетизм, эмоциональность ритуалов, пропаганда идей. Эти критерии образуют социально-психологические рамки системы ПС, в пределах которых распространение ПЭ упроща-

ется. ПС позволяет субъекту обрести социальную идентичность, растворяя его индивидуальность. Антисистемная в отношении государства направленность большинства ПС осознавалась властями. С появлением ПС и ПЭ в России формировались законы, характеризующие отношение государства к этому явлению. Со своей стороны, ПЭ учащались в ситуации социального и ПЭН, связанного с внутренней политикой государства.

Церковный Устав Ярослава (XIII в) устанавливал штраф «за чародейство и волхование», ставя эту деятельность, сопряженную с язычеством (антисистемной религией), вне закона. Собственно психиатрическое законодательство в России начинается с XVI в. В Стоглаве, Кодексе правовых норм внутренней жизни Церкви (РПЦ), определялась необходимость осуществления над психически больными «духовного надзора», муссировался вопрос о массовости проявлений «бесноватости», были сделаны попытки выделения ПЭ в особую категорию. На лекарей XVI в была возложена обязанность по выявлению ПЭ. Т.о., Стоглав констатировал феномен ПЭ, описывал его, определял необходимость контроля над больными, обозначал круг ответственных лиц. При Алексее Михайловиче были изданы Уложение, где раскольничество признавалось «противным вере Христовой» и Указ, ужесточивший репрессии против раскольников. Масштаб ПЭ в России возрастал, начиная с 1665г. К 1666г. относятся первые самосожжения. Причиной их распространения стала казнь протопопа Аввакума,

ознаменовавшаяся ростом среди староверов ПЭН, разжигаемого проповедниками; лишениями, связанными со спецификой тайного отправления культа; материальными потерями. Карательные экспедиции вели к росту самоубийств. Репрессии вызывали негативный эмоциональный резонанс со стороны сектантов в виде аутодеструктивных тенденций, распространяющихся по цепочке индустрирования. В 1667-1676 гг. вспыхнул Соловецкий бунт, направленный черным монашеством против привилегий соборных старцев. Монахи отказались служить по «новым книгам», объявив их «латинской прелестью»; прекратив богомолье за царя, обозначив неповиновение государству. Осада монастыря шла 8 лет, восстание было подавлено, монахи сосланы. Раскол, начавшийся, как внутрицерковная оппозиция низшего духовенства к власти князей РПЦ, вышел за эти пределы, охватив общество, совпав с восстанием Разина. Репрессивные законы в отношении ПС XVII в обозначили их опасность для государства в силу легкого сепаратизма с диссидентскими движениями и альтернативной по отношению к государственной системе идеологией. Клинической составляющей оценки ПЭ в эту эпоху почти нет. Правители актуализируют юридические и пенитенциарные меры в отношении антисистемности ПС. Закон царевны Софьи об ужесточении репрессий в отношении раскольников вызвал среди них ПЭН, усилившее рост самоубийств по типу ПЭ. Число эпизодов самоубийств в 1667–1700 гг. составило 8834 случая, достигнув максимума и пойдя на спад по мере прекращения преследований. В эпоху Петра I были изданы Указ № 2906, предписывавший арестовывать кликуш; «Артикул воинский», куда были включены преступления против религии, в

т.ч., - «сворачивание в раскол». С раскольников после издания «Духовного регламента» взимали двойной налог; укрывающихся Петр I велел «ссылать на каторгу». Императрица Елизавета считала, что для уменьшения ПЭ следует действовать «мечом духовным, а не гражданским», смягчив законы. В 1731 г. Анной Иоанновной был издан Указ о наказаниях «волшебникам, кои учнут собою на вред или мнящих якобы на пользу волшебства чинить». В Указе 1737 г. говорилось об искоренении суеверий, принимающих масштабы ПЭ. В 1754 г. Уложенной комиссией были разработаны положения, касавшиеся господствующего положения РПЦ. Сворачивание в иную веру, каралось смертью. Правовой статус неправославных конфессий ограничивался, проповедь их запрещалась. В XVIII в. акцент претензий государства к ПС был перенесен с религиозных на фискальные, уголовно-процессуальные меры: ПС более не считались идейными оппонентами власти. При этом из законодательства исчез клинический аспект ПЭ.

Т.о., вопросы законодательства в России, касающиеся проблемы ПС и ПЭ, в XIII-XVIII вв. эволюционировали с правовыми положениями о душевнобольных. Обеспокоенность общества и государства влиянием ПЭ на психическое здоровье населения и социально-экономический уровень страны выражалась запретительными и ограничительными актами, регулирующими деятельность религиозных общин. Интенсивность принятия актов репрессивного характера росла с авторитарностью государственного строя, пресекавшего антисистемные тенденции, уменьшаясь с ростом государственной толерантности, совпадавшим с ослаблением вертикали власти.

## **ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГРИППОМ И ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНАЦИИ.**

**Якушева Е.Е., \* Борисова Т.А., \* Демяненко П.Н. \*\***

**\*МУЗ «Северодвинская городская детская клиническая больница»**

**\*\*Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по Архангельской области в г. Северодвинске**

**Научный руководитель: проф. Меньшикова Л. И.**

Грипп является одним из самых распространенных инфекционных заболеваний, наносящих огромный ущерб здоровью населения и экономике города.

В Северодвинске регулярная регистрация гриппа с учетом заболеваемости детского и взрослого населения была организована с 1965 года. Эпидемиологические тренды заболеваемости гриппом за период длительного наблюдения имели подъемы каждые 2-3 года до 10-16 тыс. на 100 тыс. населения. Обращают на себя внимание пики заболеваемости свыше 20 тыс. на 100 тыс. населения в 1959 г., 1977 г. и

1980 г. С середины 80-х годов до конца 90-х годов 20 века заболеваемость составляла более 20 тыс. и даже до 32 тыс. на 100 тыс. населения в 1984 г. и 1993 г. С началом 21 века началось некоторое снижение заболеваемости гриппом, снизившейся до 6-10 тыс. на 100 тыс. населения (рис.). Доля детей в структуре заболевших составляла от 50% до 83%. Вакцинация против гриппа в рамках Национального проекта «Здоровье» с 2006 года позволила снизить как уровень заболеваемости гриппом, так и долю детей в структуре заболевших, которая составила

от 24 до 35% в последние 3 года. Следствием активной профилактической работы стал тот факт, что в 2008 г. эпидемического подъема заболеваемости гриппом не зарегистрировано.

Очевидно, что эффективным рычагом управления гриппом может явиться вакцинация населения. С целью выявления отношения населения к вакцинопрофилактике было проведено анкетирование. В группу опрашиваемых вошли родители детей, подлежащих прививкам.

В результате исследования было выявлено, что более половины родителей признают существенное влияние на принятое решения о вакцинации со стороны средств массовой информации (более половины опрошенных – 58%), еще 22% сомневались в оценке, и только 20% посчитали себя абсолютно независимыми в суждениях. Таким образом, сформировавшийся ареал воздействия – 80% населения. Более того, 74% респондентов считают, что пропаганда вакцинопрофилактики должна быть усилена. Потребность в грамотной информации высока: только 55% удовлетворены разъяснениями со стороны медицинских работников и 45% считают эти разъяснения недостаточными. Главным доводом в принятии решения о вакцинации было мнение педиатра (54% респондентов). Убеждениям СМИ поддались 27% респондентов. О возможных последствиях, связанных с отсутствием прививок у ребенка, осведомлены 86% родителей и 14% отгородились от восприятия информации.

Отказывались когда-либо от проведения прививок ребенку 35% респондентов, самостоятельно решая,

что ребенок «не готов к прививкам». Одна треть респондентов указали, что не прививаются сами, так как «считают это бесполезным». Эти показатели выявляют группу «прививочного нигилизма». На вопрос «Считаете ли Вы проведение прививок необходимым для Вашего ребенка?» положительно ответили 67% родителей и 30% не считают необходимым прививать детей в полном объеме, предложенном Национальным календарем.

Проведенное анкетирование позволило выделить в исследуемом контингенте группу «прививочного нигилизма», в которую вошло около 1/3 респондентов. Традиционные меры по разъяснению целесообразности прививок в данном случае оказываются малоэффективными. Таким образом, требуется более убедительная и настойчивая работа в этом направлении, т.к. 80% респондентов готово к восприятию информации.

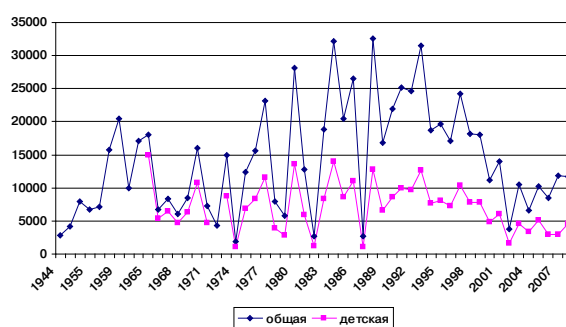


Рис. Динамика заболеваемости гриппом в Северодвинске с 1944 по 2008 гг.

## ИНФОРМАЦИЯ

Северный государственный  
медицинский университет

Совет молодых ученых СГМУ

Студенческое научное общество СГМУ

AIMSC-2010



### III Архангельская международная медицинская научная конференция молодых ученых и студентов

**Уважаемые коллеги!**

Приглашаем Вас принять участие в работе III Архангельской международной медицинской научной конференции молодых ученых и студентов, которая состоится 15–17 апреля 2010 г. в г. Архангельске в Северном государственном медицинском университете.

#### **Тематика симпозиумов:**

- 1.Современные проблемы хирургии.
- 2.Вопросы анестезиологии и интенсивной терапии.
- 3.Проблемы онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии.
- 4.Актуальные проблемы педиатрии.
- 5.Актуальные вопросы детской хирургии.
- 6.Актуальные вопросы стоматологии.
- 7.Актуальные проблемы терапии.
- 8.Актуальные вопросы акушерства и гинекологии.
- 9.Актуальные вопросы психиатрии и наркологии, психотерапии, клинической психологии и неврологии.
- 10.Вопросы фундаментальной науки (биология, физиология, морфология, теоретическая медицина).
- 11.Молекулярные и клеточные методы исследования в медицине.
- 12.Проблемы гигиены, экологии и безопасности в чрезвычайных ситуациях.
- 13.Медико-социальные проблемы и социология здоровья.
- 14.Актуальные вопросы сестринского дела
- 15.Проблемы педагогики и психологии высшей школы.
- 16.Современные проблемы офтальмологии и оториноларингологии.
- 17.Социально-экономическая устойчивость Баренц-региона.
- 18.Методы функциональной диагностики и информационные технологии в медицине.
- 19.История медицины.

20. Вопросы биомедицинской химии.
21. Актуальные вопросы фармакологии и фармации.
22. Профилактическая медицина.
23. Вопросы клинической гемостазиологии.
24. Проблемы морской и военной медицины.

### Условия и порядок оформления участия

Для участия в конференции студентов, молодых ученых (в том числе сотрудников вузов и врачей) в возрасте до **35 лет** включительно необходимо до 10 февраля 2009 г.:

- **сотрудникам, молодым ученым и студентам СГМУ:** Зарегистрироваться в научном отделе СГМУ (каб. 2222) и предоставить:

1 – **печатный вариант заявки** (см. приложение 1) и текста тезисов, подписанные научными руководителями и всеми авторами работы;

2 – **электронный вариант на CD-диске отдельными файлами:**

а) заявка на участие в конференции по прилагаемой форме;

б) текст тезисов (название файла: номер симпозиума. Фамилия первого автора, **формат: doc, rtf** 12.Ivanov.doc). Каждая работа должна быть упакована в отдельный файл. Без наличия печатного варианта работы не публикуются и не рассматриваются.

3 – **для студентов СГМУ:** участие в конференции и публикация тезисов **бесплатно** (печатный вариант «Бюллетеня СГМУ» в этом случае не предоставляется, электронный вариант «Бюллетеня СГМУ» сохраняется с сайта СГМУ <http://www.nsmu.ru/science/>);

– **для сотрудников и молодых ученых СГМУ:** **копия платежного поручения, квитанции об оплате организационного взноса** который включает оплату за «Бюллетень СГМУ», составляет **350 рублей** (один экземпляр сборника); **оплата в кассе СГМУ** (каб. 2205) обязательно называть назначение платежа: **«Оргвзнос за участие Фамилия И.О. (автора, ответственного за переписку) в конференции AIMSC-2010»;** или **через банк** (форма квитанции в приложении 2):

– **для студентов СГМУ, при желании получить печатный экземпляр сборника «Бюллетень СГМУ»:** заказ по форме 2.1 (приложение 3), **копия платежного поручения, квитанции об оплате организационного взноса** который включает оплату за «Бюллетень СГМУ», составляет **350 рублей** (один экземпляр сборника); **оплата в кассе СГМУ** (каб. 2205) обязательно называть назначение платежа: **«Оргвзнос за участие Фамилия И.О. (автора, ответственного за переписку) в конференции AIMSC-2010»;** или **через банк** (форма квитанции в приложении 2): в мае 2010 г. получают 1 экз. «Бюллетеня СГМУ» в научном отделе СГМУ. каб. 2222 (заказ необходим для печати дополнительных экземпляров «Бюллетеня СГМУ»).

- **условия и порядок оформления участия для студентов и сотрудников других учреждений**

1. Заполнить регистрационную форму на официальном сайте конференции **[www.aims-conf.org](http://www.aims-conf.org)**.
2. Направить отдельными файлами на электронный адрес – **[bulnsmu@yandex.ru](mailto:bulnsmu@yandex.ru)** (в теме письма: номер, название симпозиума, Фамилия И.О. первого автора): а) заявку на участие в конференции по прилагаемой форме; б) текст тезисов (название файла: номер симпозиума. Фамилия первого автора, формат: doc, rtf – **12.Ivanov.doc**); в) копию платежного поручения (отсканированные изображения квитанции об уплате).

### Правила оформления материалов

Шрифт Times New Roman Cyr размером 14 пунктов, через 1,5 интервала. Список литературы – размером 12 пунктов. Текст не должен содержать переносы слов. Верхнее

поле 20 мм, нижнее 20 мм, левое 35 мм, правое 20 мм. Отступ для абзаца 1,25. Объем не должен превышать трех страниц формата А 4 с рисунками, графиками, списком литературы. Тезисы оригинальных исследований должны содержать разделы: резюме, ключевые слова, актуальность, цель, методы, результаты и их обсуждение, выводы; тезисы обзорного характера: резюме, ключевые слова, актуальность, основная часть, заключение. Таблицы и рисунки размещаются на отдельной странице после текста. Ориентация книжная. При наличии списка литературы, он должен оформлен в соответствии с ГОСТ 7.1–2003. Пример библиографических ссылок в тексте: [1]; даются в соответствии со списком литературы, в котором цитируемые работы перечисляются в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем зарубежные). Возможна публикация тезисов на английском языке.

### **Вид предоставляемой работы:**

- В первой строке заглавными буквами пишется НАЗВАНИЕ НАУЧНОЙ РАБОТЫ (выравнивание по левому краю).
- В следующей строке: ФИО авторов
- В следующей строчке – город, страна, полное официальное название учреждения, где проводилась научная работа, *e-mail автора для вопросов*.
- Ниже указывается ФИО и ученая степень (звание) руководителей научной работы.

### **Пример оформления**

#### **ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРА**

**Иванов И.И., Петров С.К.**

**Архангельск, Россия. Северный государственный медицинский университет. МУЗ**

**«Городская больница». E-mail: ivanov@mail.ru**

**Научный руководитель: проф. Врангель С.П.**

**Резюме.** Европейский Север ...(текст статьи)

#### **Литература:**

1. Андреев Е. Р. Некоторые закономерности метаболических перестроек у человека на Крайнем Севере / Е. Р. Андреев // Физиология человека. – 2006. – № 5. – С. 122–129.

### **Заявка на участие в конференции**

Авторы (Ф.И.О., возраст, сведения о месте учебы / работы):

Название и номер симпозиума

Название тезисов

Научные руководители (звание, ученая степень, должность)

Город, страна, полное название представляемой организации

Форма участия:

1. Устный доклад и публикация тезисов;
2. Только публикация тезисов;
3. Постерный доклад и публикация тезисов

Участник при устном докладе, название доклада

Ф.И.О., возраст, контактные данные (студент, молодой ученый)

Автор, ответственный за переписку

Ф.И.О., адрес с индексом (для отправки сборника), раб. и моб. телефоны, e-mail

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СБОРОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОТМОРОЖЕНИЙ</b>	
Алиева А.А. ....	5
<b>ИНФОРМАЦИОННО- АНАЛИТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФРИГОПРОТЕКТОРОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ</b>	
Алиева А.А., Малетина Е.А. ....	6
<b>ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</b>	
Амелина М. Н. ....	8
<b>КОМПЬЮТЕР НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ – ДОСТИЖЕНИЯ, ЗАДАЧИ, ПЕРСПЕКТИВЫ</b>	
Антушева Е.В. ....	9
<b>ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ</b>	
Арсеньев А.В., Алексеев В.А., Филатов Е.С. ....	10
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА</b>	
Афанасьева А.А., Тарабукин А.В., Скоценко Д.С., Неледова Л.А., Дуберман Б.Л. ....	11
<b>ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК РЕЗУЛЬТАТ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ПО МАТЕРИАЛАМ АОКБ ЗА 2007-2008 Г.)</b>	
Бакум М.П., Иванова С.Н., Ленкина В.В., Конкина М.А. ....	12
<b>ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ПАТОЛОГИИ ГЛАЗ У СТУДЕНТОВ 4 КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ</b>	
Багина А.Ю., Прелухина Н.В., Кондратьева О.В. ....	13
<b>РОЛЬ АДГЕЗИВНЫХ МОЛЕКУЛ ЭНДОТЕЛИЯ В ИММУННЫХ ПРОЦЕССАХ</b>	
Барандова М.А. ....	14
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ</b>	
Белоусова И.Г., Меньшикова Л.И. ....	15
<b>ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ 12 и 15 ЛЕТ Г.НОВОДВИНСКА</b>	
Белькова У.А., Гончаренко К.Ю., Копытова Г.Г., ....	16
<b>ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОБРАЩЕНИЯ</b>	
Берлогина С. Ю., Герасимова Л. И. ....	18

<b>КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ НА ЮГЕ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ</b> Биричева А.В. ....	19
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ II КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА</b> Блинова А.В., Ловчикова О.С., Гасанова Н.Т., Москвина В.С., ....	20
<b>ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К УЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ</b> Бойко А. И., Милавкина И. А., ....	21
<b>ОБРАЗ ЖИЗНИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ МОНОПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА</b> Борисова Т.А., Потехина Н.Н., Дьячкова М.Г., Игнатова О.А. ....	22
<b>МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ</b> Булавина М.В. ....	23
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА</b> Быстров Д.О., Шонбин А.Н., Заволожин А.С. ....	24
<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОТРУДНИКОВ ГПС С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ</b> Быстрова Ю.О. ....	25
<b>МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ, МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ, ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ, ЦЕЛЕВАЯ ПОДПРОГРАММА «СОЛОВЕЦКИЕ ЮНГИ» (2005-2016ГГ)</b> Валова Г.Г. ....	26
<b>СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВЫПУСКНИКОВ ШКОЛ И УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ Г. АРХАНГЕЛЬСКА</b> Васильева И.В. ....	27
<b>СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СЕРДЦА НА ЭТАПЕ СМП НАСЕЛЕНИЮ Г. СЕВЕРОДВИНСКА. АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ПРИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ</b> Васильева Е. С. ....	28
<b>АНАТОМИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ФЛОТИРУЮЩИЕ ТРОМБЫ</b> Воробьева А.И. ....	30
<b>ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ: КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ</b> Вяткина Е.А., Демяницкая А.А., Попова Л.А., Пшеничникова Е.А. ....	31
<b>ВАРФАРИНОТЕРАПИЯ КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ И ТРОМБОЭМБОЛИЙ</b> Голубева П.Н. ....	32



<b>ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ В БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА</b>	
Голубева П. Н. ....	33
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КОНТАКТА У МАТЕРЕЙ С ДЕТЬМИ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА</b>	
Гордеева Ю.А. ....	35
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАСТЫ «ВИТАПЕКС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТОВ</b>	
Гошева И.Н., Горелов Е.А. ....	36
<b>ПРИМЕНЕНИЕ АРТИКУЛЯТОРА SAM2 В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА</b>	
Градобоева А.А. ....	37
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СУМАМЕДОМ (АЗИТРОМИЦИНОМ) УРОГЕНИТАЛЬНОГО МИКОПЛАЗМОЗА У ВОЕННО-МОРСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ</b>	
Губерницкая С.В., Сахаров О.С., Котлова Ю.И. ....	38
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕПОЛОВОГО УРЕАПЛАЗМОЗА КЛАРИТРОМИЦИНОМ И ДОКСИЦИКЛИНОМ</b>	
Губерницкая С.В., Сахаров О.С., Котлова Ю.И. ....	39
<b>ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ</b>	
Губерницкая С.В. , Сахаров О.С., Котлова Ю.И. ....	40
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭМПАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ</b>	
Гурская А.А. ....	41
<b>ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВНУТРИКАНАЛЬНОЙ РЕЗОРБЦИИ</b>	
Гусева Ю.А., Клюквина К.В. ....	42
<b>ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ САНИТАРНО-ХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧВЫ КРУПНЫХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ГОРОДОВ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ</b>	
Гущин А.В., Баданин В.А. ....	43
<b>110 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА И.Н. МАТОЧКИНА</b>	
Дедков К.А. ....	45
<b>ИНДИВИДУАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ</b>	
Дроздова А.Е. ....	46
<b>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ</b>	
Егулемова М.В. ....	48

<b>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА</b> Елисеева Л.Я. ....	49
<b>СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА</b> Елисеева К.А., Ракитина Д.В. ....	50
<b>КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ ПРИ АОРТОКОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ</b> Еремеев А.В. ....	52
<b>ОЦЕНКА КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ У БУДУЩИХ ПСИХОЛОГОВ</b> Ершова Д. В. ....	53
<b>МОДИФИЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И КЛАПАНОВ СЕРДЦА</b> Заволожин А.С., Шонбин А.Н., Быстров Д.О. ....	54
<b>ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА</b> Закс Д.Б., Злоказова М.В. ....	55
<b>ОЦЕНКА ТОЛЕРАНТНОСТИ У БУДУЩИХ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ</b> Иванова А. А. ....	56
<b>РОЛЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БЛОКА ПОСЛЕНАРКОЗНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ</b> Иванова В.Г. ....	57
<b>ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ</b> Иванова М.П, Руденко Н.Н, Горбунова И.А. ....	59
<b>ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К ГИПОКСИИ У СТУДЕНТОВ НА СЕВЕРЕ</b> Иванченко О. Л. ....	60
<b>100 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ОСНОВАТЕЛЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ РЕАНИМАТОЛОГИИ В.А. НЕГОВСКОГО</b> Ипатов Е.С. ....	60
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ВАРФАРИНА</b> Исаева Л.А. ....	61
<b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ</b> Кальгина Е.А., Рогожина А.В., Пермина М.П., Белькова У.А., Копытова Г.Г., Плоскова З.Ю., Хотенова Т.Ю. ....	62

<b>ВОЗМОЖНЫЕ ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПОВЕДЕНИЯ КРЫС В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННОГО ДОСТУПА К ПИЩЕ</b> Камалутдинова М.Р., Смягликова А.П. ....	63
<b>ОЦЕНКА ЗРИТЕЛЬНОЙ СЕНСОМОТОРНОЙ РЕАКЦИИ УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ КЛАССОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФЛОРБОЛОМ</b> Климберг Е.Е., Ишекова Н.И. ....	64
<b>НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ БОЛЬНЫХ ХОБЛ</b> Клыкова О.Н., Сыропоршнева Т.Б. ....	65
<b>ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ЗА 2006-2008 УЧЕБНЫЕ ГОДА</b> Кондратьева О.В., Прялухина Н.В. ....	66
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ГЛАДКОЙ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ЛИМФАНГИОНОВ ГРУДНОГО ПРОТОКА КРЫСЫ (СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ).</b> Корепанова Ю.Б. ....	67
<b>ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА</b> Кравцова Т.В. ....	68
<b>110 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВАДИМА ВЛАДИМИРОВИЧА МИХЕЕВА</b> Кристя К.В. ....	69
<b>К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В АСПЕКТЕ РЫНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ</b> Крылов И.А. ....	70
<b>МОТИВАЦИЯ КОНЕЧНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ В СЕКТОРЕ РЫНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ (НА ПРИМЕРЕ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ)</b> Крылов И.А. ....	71
<b>ОПЫТ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В СЕМЬЕ С ЗАВИСИМЫМ РОДСТВЕННИКОМ: КАЧЕСТВЕННЫЙ ПОДХОД К СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ</b> Кузнецов В.Н. ....	72
<b>ОСОБЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В УСЛОВИЯХ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА РОССИИ</b> Кулиева Я.Г., Полякова Е.С., Харьковская О.А. ....	73
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ</b> Куликов С.А. ....	74
<b>КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ</b> Курбатова А.С., Темнова А.С. ....	76

<b>ПРОФЕССОР ГЛЕБ ИОСИФОВИЧ КРАСНОСЕЛЬСКИЙ – ОСНОВАТЕЛЬ КАФЕДРЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ АГМИ</b> Курочкина О.В. ....	77
<b>ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК И ХПН В ДЕБЮТЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ</b> Кыркунова О.В., Иванова С.Н., Ленькина В.В., Канапышева О.Н. ....	78
<b>СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В Г. СЕВЕРОДВИНСКЕ. РОЛЬ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БРИГАДАМИ МУЗ «ССМП СЕВЕРОДВИНСКА»</b> Лапина Л.Н. ....	79
<b>ПИВО В ПОДРОСТКОВО-МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ</b> Леонтьева М.В. ....	80
<b>ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БИЛИАРНЫМ СЛАДЖЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТОВ УРСОСАН И ГЕПАБЕНЕ.</b> Леонтьева Н.И. ....	82
<b>ИСКУССТВЕННОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА КЛАПАНАХ СЕРДЦА – НОРМОТЕРМИЯ ИЛИ УМЕРЕННАЯ ГИПОТЕРМИЯ</b> Ленькин А.И., Паромов К.В., Смёткин А.А., Кузьков В.В., Киров М.Ю. ....	83
<b>ФАКТОРЫ РИСКА ГАСТРОПАТИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ПРИЕМОМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА</b> Лищенко О.А., Рогозина А.С. ....	84
<b>АНАЛИЗ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМ КОНЕЧНОСТЕЙ У НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2004 Г. ПО 2008 Г.</b> Лозовицкий Д.В., Ушничкова Г.И., Вязьмин А.М. ....	85
<b>АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ У НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2004 Г ПО 2008 Г</b> Лозовицкий Д.В., Ушничкова Г.И., Вязьмин А.М. ....	89
<b>ВЛИЯНИЕ ПРИРОДНО-КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ВИТАМИННЫЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННОГО</b> Ломакина А. Н., Титова О. Е. ....	93
<b>ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ</b> Ляшенко А.А. ....	94
<b>МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ДОУ Г.ВЛАДИВОСТОКА</b> Макаренко Т.А. ....	95

<b>АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В МУЗ «СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №2 г.ВОЛОГДА».</b>	
Матвееenkova E.A. . . . . .	97
<b>ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА АДГЕЗИВНЫМ МОСТОВИДНЫМ ПРОТЕЗОМ С ФИКСАЦИЕЙ НА ВКЛАДКАХ</b>	
Матвееenkova E.A., Бабаева Э.Ю., Юрьев Ю. Ю. . . . . .	98
<b>ЗАКОНОМЕРНОСТИ КОНСТРУКТИВНОГО ПРОФЕССИОГЕНЕЗА У ЛИЦ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ</b>	
Маруняк С.В. . . . . .	99
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМБАТАНТОВ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА</b>	
Маруняк С.В., к.б.н., доц. Зелянина А.Н. . . . . .	101
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ СКОЛИОЗА</b>	
Медников Г.Н., Березина Е.Л. . . . . .	102
<b>«ЗОЛОТАЯ МАСКА» В ОРТОДОНТИИ</b>	
Меньшиков М.Е. . . . . .	103
<b>ВЛИЯНИЕ ФУКОИДАНА НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА</b>	
Незговорov Д.В. . . . . .	105
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА</b>	
Непомилуева А. А. . . . . .	106
<b>СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПИВО</b>	
Новикова Л.А. . . . . .	107
<b>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ ПО МУЗ «КОТЛАССКАЯ ЦГБ» ЗА 2006 – 2008 Г.</b>	
Огорельцева Ю.В. . . . . .	108
<b>МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ</b>	
Павлова А.Н. . . . . .	109
<b>ПЕРВЫЕ ДАННЫЕ РЕГИСТРА ОПУХОЛЕЙ ГИПОФИЗА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.</b>	
Павлова Л.С. . . . . .	110
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b>	
Парамонов А.А., Смирнов С.А.Федяева К.Н. . . . . .	111
<b>ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА</b>	
Паромов К.В., Лёнькин А.И., Сметкин А.А., Кузьков В.В., Киров М.Ю. . . . . .	113

<b>ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ СГМУ</b> Пермина М. П., Шайдуллова Е. Ф., Ёлкина А.В. ....	114
<b>ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ</b> Плотникова Е.В. ....	115
<b>РОЛЬ ШКАЛЫ КТ-ИЗМЕНЕНИЙ VALTHAZAR E. В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА</b> Поздеев В.Н., Кустышев М.В., Мизгирев Д.В. ....	116
<b>ОСНОВАТЕЛЬ КАФЕДРЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ АГМИ ДМИТРИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ НИКИТИН</b> Полуэктова Т.А. ....	117
<b>МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОГО АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.</b> Попов С.В. ....	118
<b>НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У УРОЖЕНЦЕВ ЗАПОЛЯРЬЯ</b> Попова О.Н., Юрьева М.Ю. ....	119
<b>К ИСТОРИИ КАФЕДРЫ БИОЛОГИИ. ПРОФЕССОР ЕЛИЗАВЕТА ВЛАДИМИРОВНА СОРОЧЕНКОВА</b> Протопопов Д.А. ....	120
<b>ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВЫСОКОЙ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.</b> Потайчук Е.И., Холматова К.К. ....	122
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА.</b> Прялухина Н.В., Кондратьева О.В., Багина А.Ю. ....	123
<b>110 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА Г.А. ХАЙН-МАКАРОВОЙ</b> Пушкина И.В. ....	124
<b>ОЦЕНКА ДЕЗАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ</b> Рогозина А.С., Белякова И.В. ....	125
<b>СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА СЛУЖБЫ</b> Родыгина Ю. К. ....	126

<b>О НЕКОТОРЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ- УЧАСТНИКОВ КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В СЕВЕРО-КАВКАЗСКОМ РЕГИОНЕ</b> Рубцова Т.В. ....	127
<b>РАЗМЕРЫ В МЕДИЦИНЕ</b> Рухлова А.М., Рыбакова И.А., Петровский Н.В. ....	129
<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБОБЩЕННЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОРТРЕТОВ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ</b> Рухлова И. Г. ....	130
<b>УЩЕМЛЕННЫЕ ВНУТРЕННИЕ ГРЫЖИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</b> Рыжков П.А. ....	131
<b>ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ</b> Сайфуллина А.Р. ....	132
<b>ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ</b> Светлова О.Г. ....	133
<b>ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАРДИОВЕРСИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ АМБУЛАТОРНО И В СТАЦИОНАРЕ</b> Сердечная Е.В., Истомина Т.А., Арапова Л.А. ....	134
<b>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНФЕКЦИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ МЕТОДА МЕДИЦИНСКОГО АУДИТА</b> Сивидова Н.С. ....	135
<b>ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ. ДАННЫЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ГОРОДУ КОТЛАСУ</b> Сидорова Н.В. Ситникова В.А. ....	136
<b>ХАРАКТЕРИСТИКА МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ</b> Скобаро Ю.А. ....	137
<b>ИЗ ИСТОРИИ КАФЕДРЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ АГМИ-АГМА-СГМУ. ЕВГЕНИЙ НИКОЛАЕВИЧ МЫШКИН</b> Скороварова Е.А. ....	138
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ВЫПУСКНИКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА</b> Смолина Е. Е. ....	139

<b>КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЦЕНТРЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ</b>	
Смирнова Е.А. ....	141
<b>КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ</b>	
Смирнова Е.А. ....	142
<b>НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ МЕЛАНОМЕ</b>	
Смирнова М.Н., Давыдова А.А. ....	143
<b>ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА А.А. ВЕЧТОМОВА</b>	
Степанова И.В. ....	144
<b>ИЗУЧЕНИЕ БИОДОСТУПНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ СМЕСИ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ С ЛАМИНАРИНОМ В ОПЫТАХ «IN VITRO»</b>	
Струсовская О.Г., Бурдейная К.В. ....	145
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛАМИНАРИНА С НЕКОТОРЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В РАСТВОРЕ</b>	
Струсовская О.Г., Буюклинская О.В. ....	146
<b>ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ ДО 40 ЛЕТ</b>	
Совершаев А.Л., Белякова И.В. ....	147
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ УЧЕБНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КУРСА ОБУЧЕНИЯ</b>	
Спицына Е. В. ....	148
<b>РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН</b>	
Тараканова Н.Г., Ковалев Э.Ю. ....	150
<b>ДИНАМИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ В ТЕЧЕНИЕ НЕДЕЛЬНОГО ЦИКЛА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ</b>	
Ташев А.Б. ....	151
<b>МАГНИЙ И СЕВЕР</b>	
Теремецкая И.Ю. ....	152
<b>ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ВИТАМИНАМИ А, Е, В1 И В2</b>	
Титова О.Е., Ломакина А.Н. ....	153
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ</b>	
Тропина С.Г. ....	154



<b>ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКИХ УЧАСТКАХ МУЗ Г. АРХАНГЕЛЬСКА</b>	
Туркина А.И. ....	155
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ</b>	
Тюкина Ю.В., Власова Н.В. ....	156
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОЭСТРОГЕНА «ЭСТРОВЭЛ» ПРИ РАННЕВРЕМЕННЫХ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК</b>	
Усольцева Е.Н., Ломидзе Л.Т. ....	158
<b>УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ СПОСОБ ЗАШИВАНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПРИ АППЕНДЕКТОМИИ</b>	
Фомин С.А. ....	159
<b>ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ</b>	
Ходаревская Т.Н. ....	160
<b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В Г. АРХАНГЕЛЬСК.</b>	
Холматова К.К., Черепанова В.В. ....	161
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВРАЩАЮЩИХСЯ NiTi ИНСТРУМЕНТОВ СИСТЕМ PROTAPER (MAILLEFER, ШВЕЙЦАРИЯ) И M TWO (VDW, ГЕРМАНИЯ)</b>	
Хромцова Е.П., Хромцов С.А., Григорик О.А., Гурьева Е.А., Кичигина И.А. ....	162
<b>ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ТАЙБОКСЕРОВ В ГОДИЧНОМ ЦИКЛЕ ПОДГОТОВКИ В ДИСКОНФОРТНЫХ УСЛОВИЯХ СЕВЕРА</b>	
Цинис А.В. ....	163
<b>115 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА Ю.В. МАКАРОВА</b>	
Чапурин Р.В. ....	164
<b>ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БЕРЕМЕННЫХ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ</b>	
Черепанова О.С. ....	165
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЗАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ</b>	
Черных А.В. ....	166

<b>ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА-ИНТЕРНАТА</b>	
Шалаурова Е.В., Скрипниченко Г.В. ....	167
<b>НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ПЛОДА ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ И ИСХОДЫ РОДОВ</b>	
Шалтина О.П. ....	168
<b>НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</b>	
Шемякина Н.Я. ....	170
<b>К ИСТОРИИ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ АГМИ-АГМА-СГМУ. ГЕОРГИЙ ПАВЛОВИЧ ЛИСИЦА</b>	
Шкуратова Е.А. ....	171
<b>ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ</b>	
Шумилова А.А., Ипатова О.Н. ....	172
<b>СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ</b>	
Юницкая И.А., Никонова К.В., Буюклинская Е.Ю., Угловская Е.С. ....	173
<b>АДГЕЗИВНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИ АДЕНТИИ БОКОВЫХ РЕЗЦОВ</b>	
Юрьев Ю.Ю. ....	174
<b>СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ДАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ</b>	
Яковец Н.В., Татарская Е.В., Сафронова Т.А. ....	175
<b>ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В МОЛОДОМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ</b>	
Яковлева А.С. ....	176
<b>VI ПАРАРЕЛИГИОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ, ПСИХИЧЕСКИЕ ЭПИДЕМИИ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В РОССИИ XIII-XVIII ВВ</b>	
Якушев И.Б. ....	177
<b>ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГРИППОМ И ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНАЦИИ.</b>	
Якушева Е.Е., Борисова Т.А., Демяненко П.Н. ....	178
<b>ИНФОРМАЦИЯ</b>	180

БЮЛЛЕТЕНЬ СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

№ 2 – 2009

(выпуск XXIII)

*Печатается в авторской редакции*

---

Подписано в печать 07.12.2009  
Формат 60×84/8. Гарнитура Times New Roman  
Усл. печ. л. 24,5. Уч.-изд. л. 19,8  
Тираж 100 экз. Заказ № 446

---

ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»  
163061, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51  
Телефон (8182) 20-61-90, e-mail: izdatel@nsmu.ru

