

ISSN 2224-6150

www.medconfer.com



**БЮЛЛЕТЕНЬ
МЕДИЦИНСКИХ
ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИЙ**
Bulletin of Medical Internet Conferences

2013 Т о м 3 Выпуск 7
2013 Volume 3 Issue 7

Бюллетень медицинских Интернет-конференций

ISSN 2224-6150

2013. Том 3. Выпуск 7 (Июль)

Учредитель журнала – Общество с ограниченной ответственностью
«Наука и Инновации» (Россия, Саратов)

Главный редактор

В.М. Попков, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Зам. главного редактора

Ю.В. Черненко, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Ответственный секретарь

А.Р. Киселев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционный совет

В.Ф. Киричук, засл. деятель науки РФ, профессор, докт. мед. наук
(Россия, Саратов)

А.И. Кодочигова, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

А.П. Ребров, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Ю.Г. Шапкин, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционная коллегия

Е.В. Андронов, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Е.А. Анисимова, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Н.В. Булкина, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

В.И. Гриднев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

И.В. Нейфельд, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

О.М. Посненкова, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

С.Н. Потахин, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

И.Е. Рогожина, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Д.Е. Суетенков, доцент, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

В.А. Шварц, канд. мед. наук (Россия, Москва)

Руководитель Интернет-проекта

И.М. Калмыков (Россия, Саратов)

Технический редактор

А.Н. Леванов (Россия, Саратов)

Адрес редакции:

410033, г. Саратов, просп. 50 лет Октября, 101.

E-mail: info@medconfer.com

Электронная версия журнала – на сайте www.medconfer.com

Bulletin of Medical Internet Conferences

ISSN 2224-6150

2013. Volume 3. Issue 7 (July)

Publisher – Limited Liability Company "Science and Innovation" (Saratov,
Russia)

Editor-in-Chief

V.M. Popkov, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Deputy Chief Editor

Y.V. Chernenkov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Executive Secretary

A.R. Kiselev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Drafting Committee

V.F. Kirichuk, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

A.I. Kodochigova, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

A.P. Rebrov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Yu.I. Shapkin, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Editorial Board

E.V. Andronov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

E.A. Anisimova, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

N.V. Bulkina, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

V.I. Gridnev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

I.V. Neyfeld, PhD, MD (Saratov, Russia),

O.M. Posnenkova, PhD, MD (Saratov, Russia)

S.N. Potakhin, PhD, MD (Saratov, Russia)

I.E. Rogojina, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

D.E. Suetenkov, PhD, MD (Saratov, Russia)

V.A. Schvartz, PhD, MD (Moscow, Russia)

Head of the Internet Project

I.M. Kalmikov (Saratov, Russia)

Technical Editor

A.N. Levanov, MD (Saratov, Russia)

E-mail: info@medconfer.com

URL: www.medconfer.com

Общественное рецензирование публикуемых материалов
осуществляется на сайте www.medconfer.com.

Материалы публикуются в авторской редакции.

Сведения обо всех авторах находятся в редакции.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

II Всероссийская неделя медицинской науки с международным участием (дополнительная секция)

Организаторы:

- ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
- Общество молодых учёных и студентов Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского,
- Проект «Медицинские конференции On-line»

Дата проведения очной сессии: 4-7 марта 2013 года

Подробная информация о мероприятии на сайте: <http://www.medconfer.com/Rusmedsci-2013-about>

<i>Ващенко И.С., Рыкалина Е.Б.</i> Индивидуализм в современном обществе	996
<i>Андреева А.А., Приходько В.В.</i> Проблема эвтаназии в современном обществе: дополнение к статье Андреевой А.А., Приходько В.В., опубликованной в Бюллетене медицинских Интернет-конференций 2012; 2(11): 861-863	1000
<i>Матвеева Н.Н.</i> Физиология памяти: роль техногенного фактора	1003
<i>Ногеров А.Р.</i> Половой диморфизм у белых крыс перфузии ткани и функционального состояния эндотелия микроциркуляторного русла	1007
<i>Горохов С.В., Деева Д.В., Козлов В.В., Гнилосыр П.А., Серкова А.В.</i> Саратовский период в жизни и деятельности С.И. Спасокукоцкого	1010
<i>Деева Д.В., Горохов С.В., Козлов В.В., Гнилосыр П.А., Лощенова Д.Н.</i> Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у беременных	1011
<i>Ежкина Е.Н.</i> Проблемы обращения с медицинскими отходами в лечебно-профилактических учреждениях г. Саратова	1012
<i>Тарасенко Д.В.</i> Интонационные особенности речи врача	1013
<i>Строде А.А., Бакытжанова А.Е.</i> Прецедентные имена в истории болезни: «Синдром Дориана Грея»	1014
<i>Айрапетян М.И., Бакытжанова А.Е.</i> Прецедентные имена в медицине: «Синдром Мюссе»	1015
<i>Кудашева Г.Р.</i> Значение уточняющего метода для определения тактики удаления внутриглазных инородных тел из заднего полюса глаза	1016
<i>Петрова И.А., Гордецов А.С.</i> Критерии диагностики вибрационной патологии на основе показателей инфракрасных спектров сыворотки крови	1017
<i>Турлакова Т.В., Мальцев М.С.</i> Гигиеническая характеристика условий труда на хлебопекарных производствах г. Саратова	1018
<i>Ногеров А.Р., Матвеева Н.Н.</i> К проблеме современного общества – табакокурения	1019
<i>Бочкарева О.А.</i> История болезни: основные принципы номинации	1022
<i>Фейзулина А.Р., Шляпникова К.Н., Воронцова К.А., Сергеева Е.С.</i> Особенности влияния излучения сотового телефона на организм человека	1023
<i>Гамаюнова К.А., Сергеева Е.С.</i> Оценка изменений осанки школьников за период обучения	1024
<i>Гурьянова В.В., Корчагина Н.П., Сергеева Е.С.</i> Пищевые добавки и здоровье человека	1025
<i>Умарова А.Б., Сергеева Е.С.</i> Значение компьютера в жизни студента	1026
<i>Тепалева А.И.</i> Качество жизни пациентов страдающих избыточным весом и ожирением: результаты социологического анализа	1027

Ващенко И.С., Рыкалина Е.Б.

Индивидуализм в современном обществе*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к.ф.н., Фахрудинова Э.Р.***Резюме**

В данной работе приводятся результаты исследования уровня индивидуализации в современном обществе по стандартной методике Хофстеда, выделяются основные позитивные и негативные стороны индивидуализма а так же освещаются взгляды философов и ученых-социологов на данное явление.

Ключевые слова: индивидуализм**Введение**

Человек в своем поведении ориентируется на определенные ценности, существующие в обществе или в референтной для него социальной группе. Эти ценности входят в структуру его убеждений в виде определенных образцов оценивания окружающего мира, которые становятся основой выбора собственных поступков. В современном мире все большее значение приобретает такое понятие как «индивидуализм». С каждым годом происходит все большее распространение ценностей индивидуализма среди разных групп населения [1].

Цель работы: определить степень индивидуализации в разных возрастных группах населения.**Задачи:** провести социологический опрос в разных возрастных группах для выявления индивидуальных или коллективных приоритетов, проанализировать полученные результаты по 2-м возрастным группам.

Актуальность избранной темы исследования очевидна по многим причинам. С течением времени поколения людей становятся все устойчивей к различным факторам социальной среды. Но вместе с тем с каждым годом такие качества как взаимопомощь, сочувственное отношение к окружающим, способность помочь незнакомому человеку все больше отходят на второй план. Ценности индивидуализма заполняют собой все большее и большее пространство современного социума.

Материалы и методы

Методика социологического опроса по методу Хофстеда (достоверность различий подтверждена t-критерием Стьюдента), анализ библиографических данных.

Этико-философские взгляды, содержавшие индивидуалистические идеи, имеют давние традиции, начиная с Демокрита и софистов. Так в тезисе Сократа о нравственном достоинстве разумной жизни предполагалась рациональная определенность индивида. Как социально-нравственный феномен индивидуализм получает распространение в эпоху эллинизма, что отразилось в учениях Эпикура, стоиков и скептиков. Стоики выводят личное благо индивида не из ценностей и установлений полиса или общины, но из закона природы; индивидуальность связывается ими с божественным порядком и равенством всех перед Богом. В Новом Завете, как и в трудах христианских мыслителей (на протяжении всего Средневековья) человек предстает индивидуальным лишь в отношении к Богу; его решения и действия в миру предопределены его сословным статусом. Эти представления сохраняются и идеологами Реформации, указывавшими на равнодостоинство всех людей перед Богом независимо от выпавшего на долю каждого жизненного поприща. Можно сказать, что в целом в докапиталистических обществах, как правило, господствовало мировоззрение коллективизма. Начало распространению индивидуализма положила эпоха Возрождения, оказавшая решающее воздействие на дальнейшее социально-историческое развитие цивилизации, в качестве приоритетного обозначила принцип гуманизма, подразумевавший повышенное внимание к проблеме личности, ее духовным запросам, потребностям и интересам в системе взаимодействий «человек-общество». При этом речь шла не столько об обособлении человека от общества, сколько о необходимости ограничить давление на отдельного человека со стороны других людей, ведь свободный индивид отныне провозглашался главным носителем ценностей европейской цивилизации. Еще А. Смит в «Богатстве народов» (1776) выразил мысль о том, что индивид, заботясь о личной выгоде, независимо от своего желания, приносит и пользу обществу большую, чем бы он сознательно стремился к общему благу. А. Токвиль в своем труде «Демократия в Америке» (1864) применил ранее использовавшийся только во франкоязычной литературе термин «индивидуализм», под которым он подразумевал «взвешенное и спокойное чувство, побуждающее гражданина изолировать себя от массы себе подобных и замыкаться в узком семейном и дружеском кругу, создав для себя, таким образом, маленькое общество, человек перестает тревожиться обо всем обществе в целом».

Современная наука считает базовыми признаками индивидуализма главенство личных целей, зачастую несовпадающих с групповыми и самостоятельность действий личности. Свобода и личная независимость согласуются с такими демократическими принципами как отсутствие ограничений со стороны власти, гарантия реализации прав и свобод, плюрализм мнений. Индивидуализм позволяет раскрыть уникальность человека. Однако автономность индивида предполагает, что во главу угла он ставит личные интересы, полагаясь только на самого себя. При этом человек нередко пренебрегает предписаниями морали, в его сознании приоритетными являются установки на самореализацию, достижение личного успеха, эгоизм, удовлетворение собственных потребностей и удовольствий, а интересам собственного народа, общества или социальной группы не предается особое значение. Взаимопомощь, взаимовыручка, товарищество, чувство долга во всех его проявлениях нередко чужды индивидуалистам, они могут остаться равнодушны как к частным проблемам окружающих, так и к проблемам общества, страны. Г.Триандис предложил специальный термин «идиоцентризм», обозначающий людей с индивидуалистическим мировоззрением. Они не склонны к скромности, ориентированы на постоянное самосовершенствование и свои чувства ставят выше

взаимоотношений с людьми. Индивидуалисты показывают более высокие результаты, работая самостоятельно и стремясь повысить свои личные результаты. В конфликтной ситуации они стремятся изменить ситуацию, а не себя. В отношениях с другими людьми идиоцентрики-индивидуалисты стремятся к недолговечным отношениям, не носящим глубокого характера. Параллельно с позитивным истолкованием индивидуализма сформировалась и иная точка зрения. Сторонники социалистических теорий, последователи Анри Сен-Симона, начали использовать понятие «индивидуализм» для противопоставления «социализму». В работе «Об индивидуализме и социализме» (1834) Пьер Леру выделил два фундаментальных начала в обществе – «стремление человека к свободе» и «стремление человека к обществу» («социальности»). Стремление к «социальности» получило название «социализм», который он противопоставлял, с одной стороны, эгоизму и индивидуализму, а с другой, «абсолютному социализму», отождествляемому с тиранией бюрократического государства. «Индивидуализм» и «абсолютный социализм» П. Леру считал двумя крайними полюсами организации общества.

Таким образом, в социалистической традиции, в отличие от либеральной, укоренилась негативная трактовка индивидуализма как эгоизма и отрицания общественных связей. Впрочем, в рамках марксистской традиции индивидуалистическое мировоззрение рассматривалось как органически присущее капиталистической эпохе, а потому исторически неизбежное, хотя и преодолеваемое в процессе прогрессивного общественного развития. Можно вспомнить Манифест Коммунистической партии (1847) Карла Маркса и Фридриха Энгельса: «Буржуазия, повсюду, где она достигла господства, ...не оставила между людьми никакой другой связи, кроме голого интереса, бессердечного „чистогана“. В ледяной воде эгоистического расчета потопила она священный трепет религиозного экстаза, рыцарского энтузиазма, мещанской сентиментальности».

Антитеза «индивидуализм – коллективизм» устойчиво закрепились в 19 в. в трудах социологов и специалистов по социальной психологии.

Первые социологические концепции, анализирующие индивидуализм, строились на противопоставлении современной и традиционной культур. Общепринятой во второй половине 19 в. считалась либеральная точка зрения, согласно которой чем выше в обществе уровень индивидуализма, тем это общество более развито. Традиция связывать развитие индивидуализма с прогрессивным развитием общества сохранилась и в 20 в. Можно назвать, например, концепцию американского психолога Джерома С. Брунера, который во второй половине 20 в. продолжал подчеркивать противоположность индивидуалистической ориентации, характерной для современных культур, и коллективистских ценностей, свойственных традиционным культурам. По его мнению, исходным моментом этого противопоставления послужила власть людей над окружающей их природой. Не имея возможности изменить среду обитания и целиком завися от нее, люди традиционных культур были склонны к единству как с физическим миром, так и с миром себе подобных. Приобретая возможность воздействовать на окружающий мир, люди все более обращают внимание на успешность своих личных действий безотносительно к другим людям. Чем больше люди становятся хозяевами своей судьбы, тем шире, по Дж. Брунеру, происходит распространение индивидуалистической ориентации.

Мыслители 20 в., прогнозирующие дальнейшее развитие человеческого общества, делают очень разные прогнозы об индивидуализации его членов. Одни считают, что будущее принадлежит духу индивидуализма (Ф. фон Хайек, К. Поппер), другие же, наоборот, связывают растущий индивидуализм с деградацией человечества (В.И. Вернадский, П. Тейяр де Шарден). Так, Ф. фон Хайек писал: «истинный индивидуализм, напротив, полагает, что, если предоставить людям свободу, они зачастую достигнут большего, чем мог бы спроектировать или предвидеть индивидуальный человеческий ум... Осознание ограниченности индивидуального знания и тот факт, что никакой человек или небольшая группа людей не может обладать всей полнотой знаний кого-либо другого, приводит индивидуализм к его главному практическому заключению: он требует строгого ограничения всякой принудительной или исключительной власти. Его возражения, однако, направлены только против использования принуждения для создания организации или ассоциации, но не против ассоциации как таковой. Индивидуализм далек от того, чтобы

противостоять добровольному ассоциированию; напротив, его доводы основываются на представлении, что многое из того, что, по распространенному мнению, может быть осуществлено только с помощью сознательного управления, можно гораздо лучше достичь путем добровольного и спонтанного сотрудничества индивидов.

Таким образом, последовательный индивидуалист должен быть энтузиастом добровольного сотрудничества - во всяком случае, пока оно не вырождается в насилие над другими людьми и не приводит к присвоению исключительной власти.

Истинный индивидуализм не отрицает необходимости принудительной власти, но желает ограничить ее - ограничить теми сферами, где она нужна для предотвращения насилия со стороны других, и для того, чтобы свести общую сумму насилия к минимуму». Он так же приводит утверждение, взятое им из работ А. Смита: «частичная неудача [отдельного индивида] будет более чем компенсирована успехами в другом месте и что преследование каждым своего собственного интереса обернется наибольшим счастьем для всех».

П. Тейяр де Шарден был убежден, что эволюция не закончилась на человеке как индивидууме, но продолжается по мере того, как человечество объединяется в сообщества с возрастающей дифференциацией индивидуальных функций и соответственно увеличивающейся степенью взаимозависимости, – тенденция, необычайно ускоренная современной технологией, урбанизацией, телекоммуникациями и развитием вычислительной техники. Глобальная сеть знаний, исследований и чувство взаимозависимости людей образуют то, что Тейяр называл ноосферой. Эволюционный процесс он графически изображал как «конус пространства–времени», в основании которого помещал множественность и хаос, а на вершине – точку последнего объединения в сложное единство, «точку Омега». В.И. Вернадский, признавая существенную роль личности в истории науки, был убежден в том, что человечество по мере развития наращивает и свой потенциал. «В будущем перед его мыслью и трудом, становится вопрос о перестройке биосферы в интересах свободно мыслящего человечества как единого целого».

Тотальный индивидуализм современности создает новый круг в сфере межличностных взаимодействий, в первую очередь связанных с созданием семьи, трудовыми отношениями в коллективе. Еще одной его отрицательной стороной явился рост числа психических расстройств, суицидальных попыток, вызванных тем, что люди не справляются с грузом ответственности, налагаемых принципом полагаться на себя [2]. Свобода личности иногда может принимать эгоистические формы и выражаться в девиантном поведении (алкоголизм, наркомания, экстремизм и др.).

Наиболее ярко индивидуализм проявляется в странах Запада, чему способствует идеологические концепции, свобода предпринимательской деятельности, специфическая система образования, нуклеарная семья, в которой не прививается

тщательное поддержание родственных отношений и поощряется самостоятельность, ранняя финансовая независимость детей. В современном российском обществе все более усиливается индивидуализм, что таит под собой потенциальную опасность для национальной культуры и самосознания. Традиционный коллективизм, общинность, взаимопомощь идут в разрез с индивидуалистическими ценностями [3].

В своей работе мы провели исследование, целью которого было определить степень индивидуализации среди представителей современной молодежи и среди людей старше 36 лет. Исследование проводилось по особой методике, основанной на методе измерения культурологических индикаторов Герта Хофстеда с включением вопросов, касающихся взаимопомощи согласно проекту Фонда Общественное мнение. Вся генеральная совокупность составила 140 человек и разделена на 2 возрастные группы. Первая – студенты СГУ им. Чернышевского и СГМУ им. В.И. Разумовского в возрасте 18-20 лет (70 участников); вторая – их родители, люди из возрастной категории 36+ самых разных профессий (70 участников). Данные по результатам исследования представлены в таблицах.

Таблица 1. Показатели IDV в возрастной группе 18-20 лет

Учебное заведение	Вариационно-статистические показатели			
	M±m	Min-max	δ	CV%
СГУ им Н.Г. Чернышевского	11,8±0,48	3-17	2,81	23,81
СГМУ им В.И. Разумовского	12,2±0,38	7-16	2,26	18,52

Таблица 2. Показатель в возрастной группе 36+

Индекс IDV	Вариационно-статистические показатели			
	M±m	Min-max	δ	CV%
Индекс IDV	14,03±0,39	10--19	2,29	16,35

В таблицах 1 и 2 представлены статистически обработанные показатели индивидуализма (IDV), посчитанные по методике Хофстеде в 2-х возрастных группах. Индивидуализм (IDV) – это показатель того, предпочитают ли люди заботиться только о себе и собственных семьях либо имеют склонность объединяться в некие группы, которые несут ответственность за человека в обмен на его лояльность группе [4].

Индекс индивидуализма в возрастной группе 18-20 лет принимает более низкие значения (11,8 и 12,2), чем в возрастной группе от 36 лет (14,03). По шкале низкое значение индекса свидетельствует о наибольшем проявлении индивидуализма. Как видно из данных, представленных в таблицах, сторонников принципов индивидуализма намного больше среди молодого поколения, т.е. исследуемой группы №1. Достоверность различий подтверждена t-критерием Стьюдента [5].

Первостепенными для представителей первой группы являются такие ценности как: достаточное количество времени для личной и семейной жизни; свобода в организации своей деятельности; получение удовольствия от жизни. При этом представители исследуемой группы не желают вмешательства в их личную жизнь; считают, что в решении всех вопросов могут надеяться только на себя; социальные связи внутри коллектива – группы дистанционны, их возникновение обусловлено неизбежностью повседневного контакта. В возрастной группе №2 индекс индивидуализма заметно ниже по своему значению. Её представители ориентируются на такие ценности как возможность обучения или повышения квалификации наличие хороших условий труда; возможность использовать все свои знания. Участники данной группы ожидают, что коллектив будет заниматься их личными делами, защищать их интересы; взаимодействия между людьми основываются на чувстве долга; социальные связи внутри группы характеризуются сплочённостью, тесными контактами.

Для получения более точных результатов был проведен еще один опрос. Его целью была попытка выявить способность опрашиваемых к бескорыстной помощи окружающим, их отношение к социальным связям внутри коллектива.

Согласно результатам 2-го опроса, в возрастной группе № 1 чаще забывают о взаимопомощи, сочувственном отношении к окружающим, что по данным института социологии Российской Академии Наук также является одним из признаков проявления индивидуализма [6]. Сопоставив полученные данные с данными Российской Академии Наук за 2007 год получили:

1. Количество приверженцев принципов индивидуализма среди молодежи выросло по отношению с 2007 годом с 63% до 69%; в 1997 году приверженцев принципов индивидуализма было всего 54% от всей исследуемой совокупности. Примечательно, что в одинаковых возрастных группах двух Саратовских ВУЗов мы получили результаты, сильно различающиеся по числовым значениям. Возможно, подобное различие связано со спецификой выбранной профессии.

2. Среди старшего поколения количество индивидуалистов тоже выросло, с 46% до 51% в период с 2007 по 2012 год.

Из полученных данных видно, что с каждым годом идеология индивидуализма прогрессирует, все больше и больше укореняясь в сознании людей. Этот рост будет продолжаться и дальше. У молодых поколений все больше фиксируется в сознании принцип: «Мне никто не нужен, и моя помощь тоже не должна быть кому-то нужна. Если ты не справляешься с трудностями, ты виноват в этом сам. Выбери для себя другой путь, полегче, и не мешай тем, кто сильнее тебя».

Выводы

Можно сказать, что, проведя анкетирование и проанализировав полученные данные, мы получили картину распространения принципов индивидуализма в разных возрастных категориях. На сегодняшний день индивидуализм в обществе прогрессирует, что четко видно из сравнения данных за 1997, 2007 и 2012 года. Уходят в прошлое такие качества как отзывчивость, взаимовыручка, коллективное сознание. Исходя из вышесказанного, мы полагаем, что необходима государственная идеология, направленная на

сплочение людей, осознание каждым своей роли в обществе, чему способствуют развитие институтов гражданского общества и поддержка произведений культуры, СМИ, всемерно пропагандирующих вышеперечисленные качества. К сожалению, подобного рода изменения будут видны очень нескоро. Нужно около 20-30 лет для того, чтобы привить людям другие нравственные ориентиры, позволяющие им более внимательно, неравнодушно относиться друг к другу.



Диаграмма 1. Возрастная группа 18-20 лет

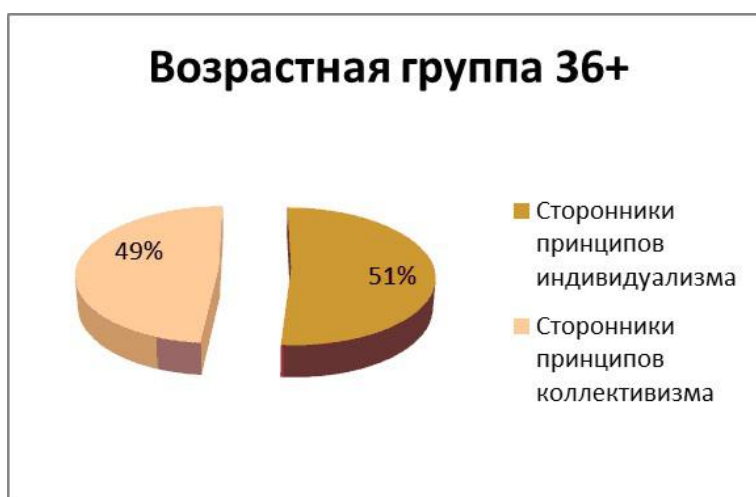


Диаграмма 2. Возрастная группа 36+

Литература

1. Наумов А. Хофстидово измерение России (влияние национальной культуры на управление бизнесом). // Менеджмент, 1996, №3.
2. Хайек Ф. Индивидуализм и экономический порядок. М.: Изограф, 2000.
3. Данилова Е., Тарарухина М. Российская производственная культура в параметрах Г. Хофштеда. // Мониторинг общественного мнения, 2003, №3 (65).
4. Хофстеде Г. Организационная культура. 1980.
5. Астафьев Н.Г., Абызова Н.В., Белянко Н.Е и др. Медицинская статистика. СГМУ, 2002.
6. Горшков М.К., Петухов В.В. и др. Молодежь новой России: Образ жизни и ценностные приоритеты. М.: Институт социологии РАН, 2007.
7. Философия: Энциклопедический словарь. М.: Гардарики. Под редакцией А.А. Ивина, 2004.
8. Философская Энциклопедия. В 5-х т. М.: Советская энциклопедия. Под редакцией Ф.В. Константинова, 1960-1970.
9. Латов Ю.В., Латова Н.В. Российская экономическая ментальность на мировом фоне // Общественные науки и современность, 2001, №4.

ID: 2013-07-2164-A-2425

Авторское мнение

Андреева А.А., Приходько В.В.

Проблема эвтаназии в современном обществе: дополнение к статье Андреевой А.А., Приходько В.В., опубликованной в Бюллетене медицинских Интернет-конференций 2012; 2(11): 861-863*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

Ценность человеческой жизни по отношению ко всем правовым и нравственным реалиям возводит любую общественно-правовую проблему (например, допустимость смертной казни, абортов, клонирования человека), в том или ином аспекте затрагивающую право на жизнь, в ранг общечеловеческих, глобальных проблем. Достижения современной медицины в области реаниматологии изменили коренным образом отношение к смерти как одномоментному явлению, растянув его по времени соответственно разрушению отдельных частей организма. Ранее использовавшиеся критерии определения смерти человека пришли в противоречие с ее новым научным пониманием. Это способствовало и обострению восприятия одной из сложнейших проблем – эвтаназии. (Дополнение к статье, опубликованной в Бюллетене медицинских Интернет-конференций 2012; 2(11): 861-863.)

Ключевые слова: эвтаназия, философия, медицина, общество**Дополнение к статье, опубликованной в Бюллетене медицинских Интернет-конференций 2012; 2(11): 861-863**

Закон сегодня избегает решения проблемы эвтаназии, хотя ученые и население проявляют к ней активный интерес начиная с 1897 года, когда вышла в свет статья В.Д. Вильямса "Эвтаназия". С того времени процент сторонников добровольного ухода из жизни растет: в США в 1950 году он составлял 30%; в 1973 - 50%; в 1997 - 57%. По состоянию на 1997 год 76% канадцев; 80 % подданных британской короны; 81 % австрийцев и 92% голландцев высказались в поддержку эвтаназии²⁰.

В ответ на столь повышенный интерес общественности рядом государств была предпринята попытка узаконить врачебное содействие в прекращении жизненных функций. Одной из первых стала Голландия, где в 1994 году принят нормативный акт, защищающий от судебного преследования врача, осуществляющего эвтаназию, а 10 апреля 2001 года эвтаназия была узаконена. Сенат Нидерландов, приняв решение легализовать эвтаназию, ввел строгие правила отбора тех, кому разрешается умирать от руки доктора. Во-первых, болезнь пациента должна быть неизлечимой и приносить ему постоянные мучения. Во-вторых, у эвтаназии есть возрастные ограничения: детям до двенадцати лет она запрещена, дети от 12 до 16 лет должны получить согласие родителей. За разрешением на эвтаназию больные обращаются в специальные комиссии, в состав которых входят медики и юристы.

К критериям, обозначенным в голландском законодательстве, добавляется совершеннолетие, то есть восемнадцатилетний возраст больного, его психическая состоятельность, а также удостоверенный факт, что ему осталось жить не более шести месяцев. Пациент должен сделать два устных и один письменный запрос с периодичностью в пятнадцать дней. Между подачей письменного запроса и решением компетентной комиссии перерыв не может быть больше 48 часов.

Второй страной мира после Голландии Закон о легализации эвтаназии 16 мая 2002 г. приняла Бельгия. Легализацию эвтаназии определило то, что фактически она давно уже существовала, а сейчас она введена в жесткие рамки, исключающие злоупотребления. Закон предусматривает выдачу бесплатных медицинских препаратов больным, "страдающим от нетерпимой боли и желающим уйти из жизни из-за дороговизны лекарств".

Законодательный опыт Голландии и Бельгии подчеркивает успешность правового решения проблемы эвтаназии.

Но главная проблема встает в отношении больных, которые не в состоянии самостоятельно принять решение о том, чтобы перестать жить: находящиеся в коме, умственно неполноценных, включая страдающих старческим маразмом, а также совсем маленьких детей. За них сделать выбор должен кто-то другой. Но позволите спросить кто? Родственники, власть или медицинские представители? И где уверенность в том, что их решение будет верным? В настоящий момент медицина развивается очень быстро, и сегодня найдены способы лечения болезней, еще недавно считавшихся безнадежными; таким образом, отключая пациента от систем жизнеобеспечения, мы лишаем его шанса дождаться появления лекарства от его недуга. Учитывая тот факт, что для принятия окончательного решения, врачом должно быть установлено, что больной безнадежно болен. Но ведь бывают и врачебные ошибки, которые исправлять будет слишком поздно.

Американский патологоанатом Джек Кеворкян призывал безболезненно лишать жизни преступников, приговоренных к смерти, а после этого использовать трупы для исследований и опытов. Позже, «доктор-смерть» изобрел приспособление для умерщвления и просто безнадежно больных. Убив таким образом около 130 человек, лишившись звания врача, был осужден за самостоятельное определение фатальности болезни без организации консилиума. Возможно, у кого-то из них были шансы выжить. Бывает, даже врачи, которые ставят тяжелейший диагноз не перестают надеяться на чудо.

Многие врачи по всему миру разделяют точку зрения профессора А. Спаньоло на то, что принятие эвтаназии обозначает для них позор и фиаско! Ибо, даже с медицинской точки зрения, болезнь, ведущая к смерти, не является непобедимой, поскольку человек может увидеть некий смысл и в этом событии. Существуют три причины, которые вместе с тем являются и косвенной характеристикой современного общества: физическая боль, отчаяние, происходящее от истощения всех физических сил, и страх стать тяжким бременем для своих близких. Если бы больной был уверен, что хотя бы одна из этих причин, или даже все три, встречают любовь и участие со стороны медперсонала, родственников и друзей, он не был бы вынужден просить об эвтаназии. Существуют хосписы – медицинские учреждения, где такие больные получают медицинский уход и обслуживание. Условия проживания максимально приближены к домашним, они свободно могут видеться с близкими и друзьями.

Ещё одним аргументом сторонников эвтаназии является экономическая целесообразность такой процедуры по сравнению с многолетней дорогостоящей эксплуатацией оборудования и технологий поддержания жизнедеятельности неизлечимо больных пациентов. Но всё же когда речь идет о жизни, говорить о зря потраченных деньгах как-то неуместно. Хотя с другой стороны, возможно эти средства пригодились бы другим пациентам. Единого мнения в обществе нет.

Социальное и юридическое признание эвтаназии не сможет освободить человечество от болезней и страданий. Но стать мощной и самостоятельной причиной роста самоубийств, и не только по мотиву физических страданий, может. Библейское не убий (Исх.20,13) неразрывно связано с отрицательным отношением христианства к самоубийству. Даже такой противник христианства, как Ф. Ницше, признавал, что одна из причин социального признания христианства коренилась именно в его бескомпромиссной борьбе с "неумемной жадностью самоубийства, ставшей столь распространенной ко времени его (христианства) возникновения".

Иеромонах Даниил (Чадаев) доносит до нас следующую информацию: Церковно-общественный совет по биомедицинской этике принял в 1999 году заявление "О современных тенденциях легализации эвтаназии в России": "Церковно-общественный совет по биомедицинской этике считает необходимым в связи с этим заявить следующее: признавая ценность жизни каждого человека, его свободу и достоинство как уникальные свойства личности, созданной по образу и подобию Божию, православные священнослужители, ученые, врачи считают недопустимым реализацию любых попыток легализации эвтаназии как действия по намеренному умерщвлению безнадежно больных людей, рассматривая эвтаназию как особую форму убийства (по решению врачей, или по согласию родственников), либо как самоубийство (по просьбе пациента), либо как сочетание того и другого. Квалифицированный врач должен учитывать, что просьба больного об ускорении его смерти может быть обусловлена состоянием депрессия, лишаящим больного возможности правильно оценить свое положение. Нельзя забывать и об особенностях человеческой личности, до последней минуты жизни обладающей свободой выбора и правом на изменение решения. В свете этих факторов Совет считает эвтаназию неприемлемой в нравственном отношении и категорически возражает против рассмотрения законодательных проектов, пытающихся юридически оформить возможность ее применения и тем самым внедрить в общественное сознание допустимость убийства или самоубийства с помощью медицины".

Познакомимся с неоднозначными мнениями общественности и самих больных.

"Против"

Главврач Первого московского хосписа Вера Миллионщикова: "Средства массовой информации могут представить любое решение по любой проблеме в таком свете, что люди становятся его сторонниками. Но если эта проблема коснется лично вас, вряд ли вы захотите принять "хорошую смерть" от руки ближнего. Я считаю, что человек рожден, чтобы жить, поэтому отношусь к эвтаназии категорически отрицательно".

Мнения больных одного из хосписов:

Саша, 42 года. Москва. Рак левой почки, метастазы в печень. "Я знаю о своем диагнозе, мне сообщили о прогнозе. Все что осталось в этой жизни - моё. **Не надо меня убивать.**"

Кирилл, 19 лет, Киев. Саркома бедра, множественные метастазы. "Когда у меня не болит, я думаю о том, чтобы меня не выписали из хосписа. Я буду говорить, что у меня болит, потому что мне тут спокойно и не страшно".

Мама восьмилетнего ребенка: "Мы ЖИВЁМ, ПОНИМАЕТЕ?"

Мама и папа ребенка четырех лет, у ребенка опухоль мозга, кома. О прогнозе осведомлены. "Мы благодарны за каждую минуту с Машей. Если введут закон об эвтаназии, то пусть придут и убьют нас всех сразу".

Андрей, 36 лет, бизнесмен, Москва. Рак желудка. "Смертную казнь отменили, а нас – убивать по закону? Спрячьте меня. Я жить хочу."

"За"

Врач, руководитель кафедры факультетской хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета, Эдуард Абдулхаевич Галлямов: "Большинство ученых мира пришли к выводу, что эвтаназия не противоречит общечеловеческим принципам, но окончательное решение должно принадлежать самому пациенту, а в случае некомпетентности последнего - его родственникам. Мне кажется более гуманна эта точка зрения. Но повторяю, эвтаназия относится к напряженным дилеммам биоэтики, когда сталкиваются по-своему убедительные аргументы "за" и "против"."

Профессор медицинской этики в отставке и бывший член комиссии по этике Британской медицинской ассоциации Лен Доял (Lyn Doyal): "Если врачи в состоянии принять решение о нецелесообразности дальнейшего поддержания жизни недееспособных больных, поскольку они считают, что жить им незачем, зачем без всяких на то оснований откладывать их смерть?"

Российский детский хирург Станислав Долецкий: "Эвтаназия, безболезненная смерть - это милосердие, это благо. Вы видели когда-нибудь страшные мучения и боли, которые приходится терпеть множеству больных раком, инсультникам, парализованным? Вы видели, вы чувствовали боль матерей, у которых родился ребенок-урод, причем урод с неизлечимой патологией? Если да, вы поймете меня".

Обращаясь к мнениям представителей медицины, хотелось бы отметить, что в отличие от заслуженных деятелей и просто врачей, медицинский персонал – те самые потенциальные исполнители данной процедуры- признаются, что «рука бы не поднялась».

Наблюдая картину эвтаназии современного мира, хотелось бы выяснить отношение к эвтаназии молодого поколения. Проведя социологический опрос среди студентов медицинского университета им. Разумовского мы получили весьма разные ответы на поставленный вопрос. Большинство студентов не дали однозначного ответа: следует прибегать к эвтаназии или нет? Приведем несколько вариантов опроса.

Студентка фармацевтического факультета: Отрицательно. Умерщвление человека недопустимо.

Студентка лечебного факультета: Определённо за. Если представить ситуацию, что беда случилась с тобой... я бы не хотела существовать под системой.

Студент лечебного факультета: Мы даем клятву Гиппократу...врач не убийца, врач должен любыми способами помочь пациенту добиться выздоровления.

Студентка стоматологического факультета: Нельзя сказать да или нет..смотря какая ситуация, в каком состоянии находится человек, возможен ли еще шанс на выздоровление.

Проведя анализ ответов, имеем следующую статистику 70% процентов студентов выступают против эвтаназии, 10% за и 20% ссылаются на конкретную ситуацию.

Свои ответы студенты объясняли религиозными мотивами, содержанием клятвы Гиппократ и тем, что врач не может быть убийцей, аспектами нравственности.

Выступившие «за» обосновали свою точку зрения следующим: тяжкие страдания больного, не поддающиеся облегчению; сознательная просьба больного, при бессознательном состоянии больного врач может провести эвтаназию по просьбе родственников боль.

Анализ результатов опроса помог нам рационально рассмотреть взгляд на эвтаназию молодых специалистов. Так как среди студентов есть те, кто считает эвтаназию допустимой, тот данный вопрос нужно глубже рассматривать в профессиональной этике врача. Будущий врач должен четко усвоить, что эвтаназия безнравственна и абсолютно недопустима. Альтернативой эвтаназии является снятие боли и таких тягостных симптомов у больных. Этому служит новая отрасль медицины - паллиативная помощь.

Заключение

Рассмотрев различные факторы и мнения, невозможно сделать единый вывод «за» или «против». Большим подспорьем является возможное оказание помощи пациентам, имеющим шансы выжить. Орган человека, который, по медицинскому заключению, всё равно умрёт в течение короткого срока, мог бы спасти другого человека, дав ему реальный шанс жить дальше. А ведь многие умирают, так и не дождавшись донора. Также дело обстоит и с рациональным распределением денег на лечение. Хочется помочь пациенту при адских муках, и страданий близких от созерцания мук больного. Пациенту неудобно обременять окружающих.

Но в случае полной легализации эвтаназии она скорее станет безусловным злом. Велика также опасность злоупотреблений. Например, в условиях нашего государства при бедности медицины эвтаназия может превратиться в средство умерщвления одиноких стариков, детей-инвалидов, лиц, страдающих раком и СПИДом. Признание эвтаназии законом может также лишить государство стимула для финансирования исследований по поиску эффективных средств лечения. С другой стороны, нельзя не видеть, что эвтаназия уже фактически существует в медицинской практике.. Для верующих людей страдания имеют смысл (искупление грехов), и им можно оказывать духовную поддержку, что поможет им всё достойно перенести. Людям более материалистичеким мировоззрением помогут сотрудники хосписов, окружив их теплом и заботой, а главное – это, конечно, родные и близкие. Сами больные признаются, что в такой обстановке появляется желание жить. Учтем, что медработники к исполнению процедуры умерщвления относятся скептически.

Итак, чтобы избежать злоупотреблений, не ускорить наступление смерти до врачебной ошибки или, в исключительных случаях, возможности выздоровления скорее стоит отказаться от эвтаназии, хотя бы до тех пор пока закон не станет способным точно прописать случаи возможности применения данной процедуры и защитить людей от неоправданных убийств.

Напоследок хочется сказать, что мы современные люди, знающие нормы морали, знакомы с понятием гуманизм. Мы не живем в античных временах и временах фашизма. Мы пришли к понятию ценности человеческой жизни, не боясь тавтологии, скажем еще раз, что наша жизнь самое главное, что у нас есть.

Литература

1. Новая философская энциклопедия: В 4 тт. / Под редакцией В. С. Стёпина. М.: Мысль. 2001.
2. Студенческие исследования: Сборник научных статей / под общей редакцией Н.П. Гончаровой. Барнаул, 2009. Выпуск 14. – С. 98 - 99.
3. Маляева Е.О. Возможна ли легализация эвтаназии в России? Медицинское право 2004. - N1(5).

Матвеева Н.Н.

Физиология памяти: роль техногенного фактора
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России

Резюме

С каждым годом растет многообразие информационных технологий, а вместе с тем и их влияние на нашу жизнь и на нас самих. Как оказалось, это влияние далеко не положительно, а порой и отрицательно сказывается на здоровье, нарушая нормальную деятельность всех функциональных систем человеческого организма. А ведь у 100% опрошенных имеются мобильные телефоны, персональные компьютеры, телевизоры, которыми пользуются как взрослое, так и подрастающее поколение ежедневно. Количество получаемой радиации колоссально, выше всех установленных норм, что отрицательно сказывается прежде всего на нашей высшей нервной деятельности, в том числе и памяти. Но ведь можно снизить это губительное действие, выполняя всего несколько простых правил при пользовании достижениями науки.

Ключевые слова: память, влияние телевидения, вред компьютера, мобильный телефон, электромагнитное

Abstract

Every year the variety of information technologies increases and at the same time its influence on our life and ourselves increases too. It turned out, that this influence is absolutely not positive, but negative for our health and upsets the normal functioning of all body systems. Meanwhile 100% of respondents have mobile phones, personal computers, television sets, what are daily used by grown-ups and children. The quantity of derivable radiation is tremendous and above the line. This fact adversely affects our higher nervous activity including memory. But we can decrease these destructive effects carrying out some easy orders in conditions of scientific progress.

Key words: memory, influence of television, harm of a computer, mobile phone, E-field radiation

Введение

Психологические процессы составляют и составляют материал внутреннего мира человека. Они издавна привлекали внимание ученых не только потому, что образуют уникальность, индивидуальность каждого человека, но и потому, что являются средствами, инструментами всякого познания. Без раскрытия их природы невозможно сколько-нибудь полное, достоверное и надежное разделение объективного и субъективного компонентов при познании внешнего мира. Одним из важнейших психических процессов является память.

Память – один из самых сложных и достаточно изученных процессов включающий фазы запечатления, хранения и извлечения поступающей информации.

На протяжении более 2-х тысяч лет господствовала Аристотелевская концепция понимания сущности памяти. Столь длительный период существования этой концепции объясняется не только громадным авторитетом Аристотеля, но и тем, что она неплохо согласовывалась с обыденным познанием, с повседневной практикой многих поколений людей. Суть концепции Аристотеля состоит в том, что многообразные факторы, процессы, ситуации воздействуют на душу человека оставляя отпечатки. Запечатлевались в ней. Но с течением времени они исчезают подобно тому, как исчезают записи на восковых дощечках, которыми пользовались древние греки.

Продолжительное время психологи придерживались человеческой памяти, но обнаружили таких людей, которые обладали бесконечной памятью. Для них не существовало предела запоминания, сложных задач. Для человека с такой памятью достаточно было прочитать книгу, несколько сотен страниц и, спустя несколько лет, полностью пересказать. Вначале психологи полагали, что это отклонение физиологических процессов.

Впоследствии было доказано, что потенциально каждый человек обладает бесконечной памятью. В эксперименте было доказано, что когда человек находится в глубоком гипнозе, то он передает информацию, что было с ним многие десятилетия назад.

Практика медицины подтверждает, что вся информация, которая поступает в мозг человека, сохраняется в его мозгу.

Все впечатления, которые человек получает об окружающем мире, оставляют определённый след, сохраняются, закрепляются, а при необходимости воспроизводятся.

“Без памяти, - писал Рубинштейн – мы бы существовали мгновения. Наше прошлое было бы мертво для будущего. Настоящее, по мере его протекания, безвозвратно исчезло бы в прошлом”.

Память лежит в основе способностей человека и является условием научения, приобретения знаний, формирования умений и навыков, таким образом память входит в структуру интеллекта. Без памяти невозможно нормальное функционирование ни личности, ни общества. Благодаря памяти человек выделился из животного царства и достиг тех высот, на которых он сейчас находится. Да и дальнейший прогресс человека без постоянного улучшения этой функции немислим.

Память - это основа личности.

“Человек, лишённый памяти, по сути, перестанет быть человеком” (Ч.Айтматов).

Среди многих выдающихся личностей мы нередко встречаем примеры феноменальной памяти безграничной по своим возможностям. Приведём несколько примеров.

Историки утверждают, что персидский царь Кир, А. Македонский и Ю. Цезарь знали в лицо и по имени всех своих солдат, а количество солдат у каждого превышало 30 тысяч человек. Такими же способностями обладал знаменитый Фемистокл (афинский полководец), который знал в лицо и по имени каждого из двадцати тысяч жителей греческой столицы Афины. Академик А.Ф.Иоффе по памяти знал таблицу логарифмов. Современник А.Ф.Иоффе – академик А.А.Чаплыгин мог на спор выучить любую

книгу, безошибочно назвать номер телефона, по которому он звонил лет пять назад, случайно и всего один раз. Книговеды – древнейший памятник индейской литературы - на протяжении веков передавались устно, сохраняя лишь в памяти индейцев. Жрецы и сейчас помнят народный эпос, все песни Махабхары в 300 тысяч строк. Все эти примеры наглядно демонстрируют безграничные возможности памяти.

Современный крупнейший математик и кибернетик фон Нейман сделал расчёты, которые показали, что в принципе человеческий мозг может вместить примерно 1020 единиц информации. Это означает, что каждый из нас может запомнить всю информацию, содержащуюся в миллионах томов крупнейшей в мире Российской государственной библиотеки. Поэтому можно уверенно заключить: никто не знает границу своей памяти. Мы никогда даже близко не подходили к границам наших возможностей и память мы используем на ничтожную долю своей мощности.

Память есть у всех живых существ, но наиболее высокого уровня своего развития она достигла у человека. Такими способностями и возможностями запоминания, какими обладает человек, не обладает ни одно живое существо в мире.

Природа отпустила каждому из нас колоссальный кредит, но, увы, мы не всегда пользуемся им, или из-за того, что просто не умеем пользоваться, или из-за того что, ленимся заниматься интеллектуальной гимнастикой.

Так почему же у разных людей память развита неодинаково? Почему одни с трудом запоминают, но зато неплохо воспроизводят и довольно долго хранят в памяти запомненную информацию, а другие напротив, быстро запоминают, но зато так же быстро забывают, то, что когда-то запомнили? Какова же природа этих различий и чем они обуславливаются, врожденными способностями или свойствами человеческого мозга или же в значительной степени является продуктом систематических тренировок или выработки целесообразных приёмов запоминания?

Ответы на данные вопросы ученые ищут уже на протяжении сотен лет. Чтобы понять эти ответы необходимо понять сущность «памяти», памяти как таковой, ее физиологические особенности и влияние не только внутренних, но и внешних условий!

В 21 веке – веке расцвета информационных технологий – главным и основным внешним фактором, влияющим на все функции нашего организма, является различного рода техника и достижения науки.

Цель: установление уровня техногенного влияния на формирование и протекание процессов памяти стало целью данной исследовательской работы.

Материал и методы

Для установления взаимосвязи техногенного фактора и уровня его влияния на протекание физиологических процессов памяти основным методом было выбрано анкетирование, включающий в себя сбор и анализ собранных данных, а также статистический анализ полученных результатов.

Объектом исследования является 60 студентов высшего учебного заведения 18-22 лет мужского и женского пола, которые ежедневно используют персональный компьютер или ноутбук, мобильные телефоны и прочие переносные устройства, имеющие выход в сеть Интернет, а также телевизоры.

Результаты

В результате проведенного исследования было установлено однозначное влияние, причем в большинстве своем отрицательное, информационных технологий на нервную деятельность и активность протекания мнемических процессов.

Существуют рекомендации для взрослых пользоваться мобильным телефоном не более 10 минут в день - такое использование телефона считается безопасным. Посмотрим какую дозу облучения получает взрослый человек за 10 минут пользования мобильным телефоном:

$$100 \text{ мкВт/см}^2 * 10 \text{ минут} = 1000 \text{ условных единиц,}$$

т.е. 1000 условных единиц в день считается безопасным облучением для взрослого человека.

Среди 60 опрошенных по средней и суммарной продолжительности разговоров по мобильному телефону 43% девушек и 58% молодых людей придерживаются нормы - до 10 минут, до 20 минут - 17% и 21%, до 40 минут - 20% и 14%, до 60 минут - 11% и 0%, больше 1 часа - 9% и 7% соответственно. Таким образом, у 56% девушек за день «накапливается» около 2 часов контакта с телефоном, что в 12 раз превышает норму безопасного облучения для взрослого человека. У 50% опрошенных мужского пола норма превышена в 3 раза – что значительно ниже, чем у женского. При этом дискомфорт после разговора ощущают 22% и 21%.

Меры предосторожности при пользовании телефоном (не пользоваться без необходимости, не разговаривать в автомашине и т.п.) соблюдает 28% и 50%.

Также в наше время при выборе средств связи мало внимания уделяется такому параметру, как SAR, что, на самом деле, имеет первостепенное значение.

SAR (англ. *SpecificAbsorptionRate*) или удельный коэффициент поглощения электромагнитной энергии — показатель, определяющий энергию электромагнитного поля, выделяющуюся в тканях тела человека за одну секунду. Чем выше данный показатель, тем большее влияние устройство оказывает на внутренние процессы. А что касается мобильного телефона, то это влияние направлено непосредственно на клетки коры больших полушарий головного мозга.

Про SAR слышало только около 9% девушек и 14% молодых людей, но никто из них не руководствуется этим критерием при покупке телефона.

Вторым объектом исследования стали персональные компьютеры, ноутбуки и прочие устройства, имеющие доступ к сети Интернет. Менее 1 часа пользования у 19% и 21%, у остальных респондентов - до 5 и более часов в день и, как правило, без перерывов в работе.

Третьим объектом является один из самых распространенных источников развлечения и отдыха – телевизор. По нормам ВОЗ детям до 2-х лет разрешается смотреть телевизор не более 15 минут, от 3-х до 6-ти лет - не более 40 минут, с 7-ми лет - до 90

минут в день с перерывами 5-10 минут. Так, на просмотр телевизионных передач 72% студенток и 86% студентов тратит не более 1 часа в день.

Также опрашиваемым был задан вопрос: «Сколько номеров из своей телефонной книги Вы знаете наизусть?», на который были даны следующие ответы: только 4% женщин знают все номера, среди же представителей мужской половины такой показатель равен 0%. Большинство (65% женщин и 50% мужчин) знает не больше 5 номеров.

Обсуждение

Сейчас уже точно известно, что определенный вред мобильных телефонов всё же существует, и связан он в наибольшей степени с электромагнитным излучением, которое генерирует трубка вокруг себя, такое поле формирует любой прибор, работающий на электричестве, будь то холодильник, телевизор, микроволновая печь и т.д. Однако, в отличие от других электрических приборов, мобильный телефон взаимодействует непосредственно с нашей головой, а это в разы увеличивает вредное влияние электромагнитного поля на наш мозг. По мнению учёных, электромагнитное излучение очень опасно для человека, в первую очередь тем, что никак себя не проявляя долгое время, в последствии может оказать на организм совершенно непредсказуемый эффект, особенно если это касается такого сложного и чувствительного органа человеческого организма как головной мозг, в котором любое даже небольшое изменение может оказать на весь организм человека огромное влияние.

Существует много версий, что же происходит с головным мозгом от действия излучения мобильных телефонов. Основная из них, это возможность возникновения онкологических заболеваний (раковых опухолей) у тех, кто на протяжении долгого времени пользуется мобильным телефоном. Точного срока никто определить не может, но опыты на крысах проводятся уже более 2-х десятилетий, в результате чего было найдено множество подтверждений того что вероятность возникновения опухолей под воздействием электромагнитного излучения не так уж мала. Естественно, версия о связи рака мозга и излучения выделяемого мобильными телефонами не единственная, касающаяся вреда мобильных телефонов, есть и другие результаты, указывающие на то, что от излучения разрушаются клетки крови и головного мозга, и под воздействием излучения белок в мозгу имеет свойства сворачиваться, что действует на его работу далеко не в лучшую сторону. Хотя мы этого подчистую и не замечаем, это негативно влияет на память, умственную деятельность и работоспособность, оно может вызывать скачки кровяного давления, что очень опасно для сосудов, головные боли, расстройство сна, нервозность и раздражительность. Подобные симптомы могут чаще проявлять у людей, которые вынуждены много времени разговаривать по мобильному телефону.

Мужская половина респондентов оказалась более чувствительной к облучению, исходящему от мобильных телефонов, при том, что воздействие в несколько раз меньше, чем на женскую половину. Однако, все равно не стоит забывать хотя бы об элементарных правилах даже при отсутствии видимых эффектов: сократить по возможности телефонные разговоры, держать мобильное устройство от себя на расстоянии 50 см, желательно не разговаривать в транспорте – так как из-за постоянного движения и металлического корпуса усиливаются мощность и воздействие радиочастоты на пользователя.

Что касается компьютеров, то тут особых ограничений нет, кроме соблюдения расстояния от монитора до глаз (не меньше, чем на длину вытянутой руки) и конечно давать себе отдых при пользовании компьютером примерно каждые 40 минут длительностью не менее 15 минут. Однако, опосредованно он все-таки оказывает влияние. В современном мире Интернет и компьютер являются главным источником информации. Ученые из США выяснили, что сейчас большинство людей не утруждают себя запоминанием различной информации, так как в необходимый момент времени могут найти ее в Интернете.

По словам психологов, при постоянном использовании компьютера у людей начинается со временем ухудшаться память. В ходе проведенных экспериментов стало известно, что для пользователей современные устройства, техника становятся особенно важными устройствами, где хранится необходимая информация, которыми лишней раз не хочется заполнять голову. Таким образом, головной мозг не достаточно кровоснабжается, наступает гипоксия, а со временем и атрофия коры больших полушарий головного мозга.

Среди студентов телевизоры пользуются меньшим спросом и поэтому их влияние практически сведено к нулю.

Главной общей проблемой, возникающей при воздействии всех аппаратов, является ухудшение памяти – либо непосредственно, либо опосредованно. Излучение от сотового аппарата пагубно влияет на гематоэнцефалический барьер - вещества, находящиеся в крови, попадают в мозговые ткани и причиняют вред клеткам мозга. Интернет заменил память и является с некоторых пор для людей внешним хранилищем информационных материалов. При просмотре телевизора не развивается образное мышление и не обогащается словарный запас, также телевизор является источником слишком большого потока информации (два часа просмотра телевизора равносильно прочтению нескольких толстых книг, что приводит к повышенной утомляемости и даже агрессии из-за перенапряжения).

Заключение

Память - свойство объектов живой и неживой природы хранить информацию о прошедших событиях в различных их проявлениях, обусловленное наличием у объектов структур, способных перестраиваться (менять ориентацию, конформацию, физико-химические характеристики и т. д.) под действием тех или иных факторов и сохранять длительное время свое новое состояние при отсутствии действия фактора, вызвавшего перестройку. Управление памятью осуществляется за счет механизмов запоминания новой информации и забывания старой.

Память – основа психической деятельности. Без неё невозможно понять основы формирования поведения мышления, сознания, подсознания. Память связывает прошлое субъекта с его настоящим и будущим, является важнейшей познавательной функцией, лежащей в основе развития и обучения, причём существенное влияние имеют факторы мотивации личного характера.

Анализ роли памяти в деятельности человека показал, что благодаря памяти человек в состоянии накапливать информацию, не теряя прежних знаний и навыков.

Память даёт возможность сохранять постоянными тенденции к целесообразному поведению на длительные интервалы времени и в какой-то мере прогнозировать поведение на будущее. Поэтому для лучшего понимания человека необходимо как можно больше знать о нашей памяти.

Без памяти невозможно нормальное функционирование ни личности, ни общества. Благодаря своей памяти, её совершенствованию человек выделился из животного царства и достиг тех высот, на которых он сейчас находится.

Таким образом, очевидна первостепенную роль памяти в деятельности человека, обусловленность возможности эффективной деятельности развитой памятью и ее видов.

Конечно же, несмотря на все исследования и весьма не оптимистичные результаты люди будут продолжать в той или иной мере пользоваться «дарами» информационного века. Но вредное влияние можно свести к минимуму всего лишь выполняя несколько простых правил, существующих для каждого из этих достижений науки. И основное из них – это несомненно по возможности давать своему организму побольше отдыхать от всех этих негативных воздействий, проводить время на свежем воздухе со своими родными и близкими!

Литература

1. Киричук В.Ф., Атипова О.Н., Бабиченко Н.Е. и др. Физиология человека. Саратов: Издательство Саратовского медицинского университета, 2006: С. 95-106.
2. Орлов Р.С., Ноздрачев А.Д. Нормальная физиология : Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 688 с. URL: <http://www.studmedlib.ru/books/ISBN9785970416624.html> (дата обращения: 10.11.2012)
3. Судакова К.В. Нормальная физиология: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 880 с.: ил. URL: <http://www.studmedlib.ru/books/ISBN9785970419656.html> (дата обращения: 11.11.2012)
4. Телевизор – друг или враг? URL: <http://sch578.edusite.ru/p66aa1.html> (дата обращения: 11.11.2012)
5. Вред телевизора. URL: http://www.vredno-vsyo.ru/technika_v_dome/32-televidenie.html (дата обращения: 11.11.2012)
6. Вред компьютера. URL: http://www.vredno-vsyo.ru/technika_v_dome/105-vred-kompyutera.html (дата обращения: 11.11.2012)

Ногеров А.Р.

Половой диморфизм у белых крыс перфузии ткани и функционального состояния эндотелия микроциркуляторного русла

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра нормальной физиологии им. И.А. Чувского

Научные руководители: засл. деятель науки РФ, докт. мед. наук, профессор Киричук В.Ф., канд. мед. наук, доцент Иванов А.Н.

Резюме

Половой диморфизм проявляется в широком спектре соматических, физиологических и поведенческих различий. Он выражается в различии между мужскими и женскими особями [Большая советская энциклопедия. — М.: Советская энциклопедия. 1969—1978]. Кроме отличия в строении половых органов у самцов лучше развит скелет, у самок - молочные железы. При этом женский пол олицетворяет устойчивость, через него действует стабилизирующий отбор, а мужской пол несёт функции подвижного начала и создаёт поле для эволюционной изменчивости.

Ключевые слова: половой диморфизм, белые крысы, микроциркуляторное русло, эндотелий

Введение

Половой диморфизм проявляется в широком спектре соматических, физиологических и поведенческих различий. Он выражается в различии между мужскими и женскими особями [1]. Кроме отличия в строении половых органов у самцов лучше развит скелет, у самок - молочные железы. При этом женский пол олицетворяет устойчивость, через него действует стабилизирующий отбор, а мужской пол несёт функции подвижного начала и создаёт поле для эволюционной изменчивости. Появление и развитие полового диморфизма у всех организмов обуславливается влиянием естественного и полового отборов. Половой диморфизм выражается не только в строении и функционировании половых органов, он также охватывает вторичные, третичные и отдалённые от половых функций признаки, которые относятся к соматической системе и её функциям. Все эти характеристики относят ко всем уровням организации материи, начиная с молекулярного уровня и заканчивая организменным. Однако в настоящее время не изучен половой диморфизм у белых крыс перфузии ткани и функционального состояния эндотелия микроциркуляторного русла.

Цель настоящего исследования – выявить особенности полового различия в перфузии ткани и функции эндотелия сосудов в микроциркуляторном русле у белых крыс.

Материал и методы

Исследования проведены на 36 белых беспородных крысах – самцах и самках массой 180-220 г. Все животные находились в одинаковых условиях и на обычном рационе питания. Все эксперименты выполняли согласно требованиям Хельсинской декларации о гуманном отношении к животным (2006г).

Исследование проведено на двух группах животных по 18 особей в каждой: 1-я группа- самцы, 2-я группа- самки. Для исследования перфузии тканей проводили лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ) при помощи лазерного анализатора кровотока «ЛАКК-02» во втором исполнении (производство НПП «Лазма», Россия) с использованием программы LDF 2.20.0.507.WL. Всем животным с целью обезвреживания за 5-7 мин до проведения исследования вводилась внутримышечно комбинация золетила («Virbac Sante Animale», Франция) в дозе 0,05 мл/кг и ксилазина («Interchemic», Нидерланды) в дозе 1 мг/кг.

Металлическая насадка со световодным зондом фиксировалась на тыльной поверхности стопы правой лапки атравматическим пластырем. Изменение потока крови в микроциркуляторном русле кожи животного регистрировались в виде кривой (ЛДФ-граммы), отображаемой на экране монитора компьютера, сопряженного с анализатором «ЛАКК-02». Длительность стандартной записи составляла 7 мин. Для изучения функционального состояния эндотелия, в частности, его вазодилатирующей активности проводили функциональную термопробу с использованием блока «ЛАКК-ТЕСТ» (производство НПП «Лазма», Россия). Функциональная термопроба осуществлялась путем нагревания участка кожи с максимальной скоростью до температуры 41°C. Нагревание поддерживалось в течение 40с тыльной поверхности стопы правой лапки, длительность составляла- 4 мин. При анализе ЛДФ-грамм проводилась оценка показателя средней перфузии микроциркуляторного русла кожи М (перф. ед.), определялись среднеквадратическое отклонение (σ , перф. ед.) перфузии относительно значения М и коэффициент вариации (K_v)- процентное соотношение среднеквадратического отклонения и средней перфузии (М). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась при помощи программы Statistica 6.0.

Результаты

В результате проведенных исследований выявлено, что у крыс- самцов по сравнению с самками показатель перфузии (М) выше, что свидетельствует о более высоком тоне сосудов микроциркуляторного русла (табл. 1). При этом происходит статистически достоверное отличие коэффициента вариации и тенденция к снижению среднеквадратического отклонения перфузии у крыс- самцов, что отражает суммарную активность механизмов модуляции микрокровотока (совокупность активных и пассивных) и лабильную вегетатику у самок. По результатам амплитудно- частотного анализа ЛДФ-грамм выявлено, что у крыс- самок по сравнению с самцами преобладающий регуляторный механизм – кардиальный, так как пульсовые волны связаны с влиянием выброса крови из сердца. При этом не обнаружено статистически достоверного изменения амплитуды эндотелиальных и вазомоторных колебаний (табл. 1).

Таблица 1. Изменение показателей перфузии и амплитудно-частотных осцилляций в микроциркуляторном русле у животных

Показатели	Самцы (n=18)	Самки (n=18)
Показатель перфузии, перф. ед.	7,74 (6,96; 8,12)	6,44 (5,46; 7,41), p=0,02
Среднеквадратическое отклонение перфузии, перф. ед.	0,53 (0,41; 0,64)	0,69 (0,43; 0,79), p=0,14
Коэффициент вариации, %	6,04 (4,63; 7,95)	9,38 (6,61; 13,38), p=0,02
Максимальная амплитуда эндотелиальных колебаний, перф. ед.	1,00 (0,73; 1,27)	1,01 (0,58; 1,73), p=0,94
Максимальная амплитуда вазомоторных колебаний, перф. ед.	0,70 (0,52; 0,91)	0,79 (0,47; 1,20), p=0,53
Максимальная амплитуда дыхательных колебаний, перф. ед.	0,19 (0,15; 0,25)	0,24 (0,18; 0,30), p=0,15
Максимальная амплитуда пульсовых колебаний, перф. ед.	0,07 (0,07; 0,13)	0,13 (0,07; 0,17), p=0,03

Примечания: в каждом случае приведены средняя величина (медиана – Me), нижний и верхний квартили (25%; 75%); p – по сравнению с самцами.

Таблица 2. Показатели перфузии при термопробе у животных

Показатели	Самцы (n=18)	Самки (n=18)
Исходная перфузия, перф. ед.	7,61 (6,72; 8,23)	6,98 (6,39; 8,30), p=0,66
Максимальная перфузия, перф. ед.	10,61 (9,81; 11,80)	11,80 (10,60; 14,41), p=0,03
Перфузия после восстановления кровотока, перф. ед.	7,74 (7,03; 8,51)	7,87 (7,24; 8,81), p=0,55
Резерв капиллярного кровотока, %	143,9 (131,3; 155,9)	161,1 (150,8; 182,1), p=0,02

Примечания: в каждом случае приведены средняя величина (медиана – Me), нижний и верхний квартили (25%;75%); p – по сравнению с самцами.

Таблица 3. Изменение показателей перфузии и амплитудно-частотных осцилляций в микроциркуляторном русле у самок в зависимости от цикла

Показатели	Самки в эстральном цикле (n=7)	Самки в диэстральном цикле (n=11)
Показатель перфузии, перф. ед.	6,38 (5,46; 9,58)	6,89 (5,38; 7,40), p=0,96
Среднеквадратическое отклонение перфузии, перф. ед.	0,73 (0,57; 0,76)	0,53 (0,42; 0,89), p=0,93
Коэффициент вариации, %	8,85 (7,53; 13,95)	9,92 (5,53; 13,38), p=0,72
Максимальная амплитуда эндотелиальных колебаний, перф. ед.	1,01 (0,68; 1,60)	1,01 (0,58; 1,73), p=0,85
Максимальная амплитуда вазомоторных колебаний, перф. ед.	0,82 (0,52; 1,19)	0,79 (0,47; 1,20), p=0,78
Максимальная амплитуда дыхательных колебаний, перф. ед.	0,24 (0,20; 0,32)	0,24 (0,18; 0,30), p=0,67
Максимальная амплитуда пульсовых колебаний, перф. ед.	0,15 (0,08; 0,26)	0,13 (0,07; 0,17), p=0,06

Примечания: в каждом случае приведены средняя величина (медиана – Me), нижний и верхний квартили (25%;75%); p – по сравнению с самцами.

Таблица 4. Показатели перфузии при термопробе у самок в зависимости от цикла

Показатели	Самки в эстральном цикле (n=7)	Самки в диэстральном цикле (n=11)
Исходная перфузия, перф. ед.	6,59 (5,33; 7,97)	7,00 (6,39; 8,52), p=0,29
Максимальная перфузия, перф. ед.	12,00 (5,33; 7,97)	11,5 (10,6; 15,1), p=0,78
Перфузия после восстановления кровотока, перф. ед.	7,67 (6,08; 8,25)	8,31 (7,71; 9,61), p=0,19
Резерв капиллярного кровотока, %	166,5 (150,87; 253,4)	161,02 (146,27; 177,14), p=0,56

Примечания: в каждом случае приведены средняя величина (медиана – Me), нижний и верхний квартили (25%;75%); p – по сравнению с самцами.

Обсуждение

Данные, полученные при проведении функциональной термопробы, показывают, что у крыс-самцов исходная перфузия и перфузия после восстановления кровотока по сравнению с самками статистически достоверно не отличаются. При этом следует отметить, что максимальная перфузия и резерв капиллярного кровотока у крыс-самок увеличена по сравнению с самцами, так как женские половые гормоны (эстрогены) оказывают существенное влияние на состояние сосудистого тонуса. Прежде всего, это обусловлено способностью эстрогенов увеличивать уровень оксида азота, который является эндогенным фактором сосудистой релаксации, а также повышать его биодоступность, что приводит к возрастанию резерва вазодилатации [2]. Эстрогены обладают способностью стимулировать продукцию оксида азота эндотелием. Эффект эстрогенов на продукцию оксида азота эндотелием опосредован через изменение экспрессии гена эндотелиальной NO-синтазы (долговременный механизм). Эффект эстрогенов реализуется посредством активации ER α , стимуляция которого приводит к увеличению содержания в клетках мРНК eNOS, самого фермента, а также оксида азота.

Результаты исследования перфузии и амплитудно-частотного анализа ЛДФ-грамм показывают, что у крыс-самок в зависимости от эстрального цикла показатели статистически достоверно не отличаются ($p > 0,05$), при этом следует отметить, что имеется тенденция к увеличению значения амплитуды пульсовых колебаний (табл. 3).

Анализ результатов термопробы также не дал статистически достоверных отличий (табл. 4).

Заключение

1. Высокий тонус сосудов микроциркуляторного русла у крыс-самцов сопровождается повышением показателя перфузии по сравнению с самками.

2. При исследовании функциональной термопробы перфузии ткани показано, что у крыс-самок максимальная перфузия и резерв капиллярного кровотока повышен.
3. Эстрогены обладают способностью стимулировать продукцию оксида азота эндотелием. Эффект эстрогенов на продукцию оксида азота эндотелием опосредован через изменение экспрессии гена эндотелиальной NO-синтазы (долговременный механизм). Эффект эстрогенов реализуется посредством активации ER α , стимуляция которого приводит к увеличению содержания в клетках мРНК eNOS, самого фермента, а также оксида азота.

Литература

1. Большая советская энциклопедия. М.: Советская энциклопедия, 1969—1978.
2. Гуревич М.А., Мравян С.Р., Григорьева Н.М. Ишемическая болезнь сердца у женщин. Журнал «Трудный пациент» 2006. №12.

ID: 2013-07-24-T-2663

Тезис

Горохов С.В., Деева Д.В., Козлов В.В., Гнилосьыр П.А., Серкова А.В.

Саратовский период в жизни и деятельности С.И. Спасокукоцкого*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России*

Имя академика Сергея Ивановича Спасокукоцкого, одного из наиболее ярких представителей русской хирургии, широко эрудированного ученого, завоевавшего международное признание, навечно вписано золотыми буквами в истории отечественной и мировой хирургии.

С.И. Спасокукоцкий родился 10 июня 1870 г. в Костроме в многодетной семье земского врача Ивана Васильевича Спасокукоцкого. Благодаря стремлению отца дать детям не только гимназическое, но и специальное образование, трое из семи детей в семье Спасокукоцких стали врачами.

На I курс медицинского факультета Московского университета Сергей Спасокукоцкий поступил в 1888 г. Пожалуй, наибольшее влияние на формирование научных взглядов студента Спасокукоцкого оказал Н.В. Склифосовский, который на кафедре факультетской хирургии впервые ввел курирование больных студентами. Подобное новшество давало превосходные практические результаты.

В 1883 году С.И. Спасокукоцкий окончил университет и получил диплом лекаря с отличием. Советом профессоров он был рекомендован в качестве сверхштатного ассистента-ординатора в хирургическую клинику профессора Л.Л. Левшина, одновременно совмещая в летнее время обязанности железнодорожного врача.

С.И. Спасокукоцкий в Саратов переезжает в 1909 г., где вначале продолжает работу в качестве земского врача, в 1912 г. избирается профессором кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии, а затем заведующим кафедрой госпитальной хирургии Саратовского университета. В назначении земского врача С.И. Спасокукоцкого на профессорскую должность заметную роль сыграл ректор Саратовского университета профессор В.И. Разумовский.

В Саратове практическая и научная деятельность С.И. Спасокукоцкого разворачивается особенно ярко. Спасокукоцкий явился создателем и первым директором Травматологического института в Саратове, вслед за этим Сергей Иванович организовал под Саратовом санаторий для детей больных туберкулезом. Уже в саратовском университете четко обозначилась хирургическая школа Спасокукоцкого. Тогда его учениками были Н.В. Алмазова, А.Н. Бакулев, Е.Л. Березов, В.М. Богословский, Н.В. Герасимов, Н.И. Голубев, Я.О. Гальперин и др.

5 ноября 1943 года Сергей Иванович сделал свою последнюю операцию, а через 12 дней, 17 ноября, его не стало... Год смерти С.И. Спасокукоцкого был годом 50-летия его врачебной деятельности. Юбилею не суждено было состояться. В прощальной речи, произнесенной над могилой Сергея Ивановича Спасокукоцкого, С.С. Юдин сказал: «Мы хороним патриарха отечественной хирургии».

Ключевые слова: Спасокукоцкий, хирургия, Саратов

ID: 2013-07-24-T-2669

Тезис

Деева Д.В., Горохов С.В., Козлов В.В., Гнилысьер П.А., Лощенова Д.Н.

Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у беременных

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. Разумовского Минздрава России

Летальные исходы и осложнения при остром аппендиците в настоящее время встречаются редко. Беременные женщины часто связывают боли в животе с угрозой прерывания беременности и занимаются самолечением, что приводит к запоздалой госпитализации, осложненному течению острого аппендицита. Правильный диагноз до госпитализации ставится не более чем в 1/3 наблюдений. С увеличением срока беременности частота и тяжесть осложнений аппендицита возрастает, что обусловлено трудностями диагностики и запоздалым оперативным лечением.

Цель нашего исследования - изучить особенности течения и диагностики острого аппендицита у беременных.

Проведен анализ историй болезни женщин, поступивших в МУЗ 1 ГКБ с диагнозом острый аппендицит за 2012 год. Всего с острым аппендицитом поступило 172 женщины, что составило 42% от общего количества поступивших с данной патологией. Из них беременных 14 (8.2% от числа поступивших женщин). Проанализировав 14 историй болезни женщин с диагнозом острый аппендицит, мы получили следующее: в 1-ом триместре беременности поступили 4 пациентки, что составило 28,5% от числа поступивших беременных женщин; во 2-ом триместре беременности поступили 6, это составило 43%; в 3-ем триместре- 4 (28,5%). По срокам развития заболевания 11 (78%) пациенток поступили в течение 12 часов с момента начала болей, 3 (12%)-через 24 часа. Все пациентки прооперированы лапаротомным доступом по Волковичу- Дьяконову.

Острый аппендицит по формам распределился следующим образом: катаральный - 3 наблюдения (21,4%), флегмонозный - 8 (57,1%), гангренозный аппендицит- 3 (21,4%). Гангренозная форма наблюдалась у пациенток, обратившихся за помощью позднее 12 часов с момента начала заболевания.

Средний койко-день при катаральных формах аппендицита составил 7 дней, при флегмонозных - 9, при гангренозных - 12 дней.

В послеоперационном периоде все женщины получали терапию, направленную на предупреждение преждевременного прерывания беременности с положительным эффектом. Лишь у 1 пациентки на 2-ые послеоперационные сутки на 36 неделе беременности начались роды.

Течение родов у женщин, перенесших во время беременности аппендицит, бывает чаще, чем обычно, патологическим, со склонностью к кровотечениям (по данным А.Н. Стрижакова).

Выводы:

1. Акушерам-гинекологам и хирургам необходимо всегда помнить об атипичном течении хирургических заболеваний у беременных.
2. После выписки из стационара всех беременных, перенесших аппендицит, следует включать в группу риска по угрозе преждевременного прерывания беременности.
3. Необходимо уделять больше внимания вопросам полноценной реабилитации беременных и перинатальной охране плода.

Ключевые слова: аппендицит, беременные, особенности течения

ID: 2013-07-977-T-2672

Тезис

Ежкина Е.Н.

Проблемы обращения с медицинскими отходами в лечебно-профилактических учреждениях г. Саратова*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. Разумовского Минздрава России, кафедра гигиены медико-профилактического факультета**Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент Анохина Т.В.*

Проблема утилизации медицинских отходов привлекает к себе все более пристальное внимание. Еще в 1979 году эксперты ВОЗ отнесли медицинские отходы к опасным и заявили о необходимости создания специальных служб и методов их утилизации. В 1992 году Базельская конвенция выделила 45 видов опасных отходов, список которых открывается медицинскими.

Медицинские отходы (МО) - это использованные перевязочные материалы, одноразовые шприцы и системы, перчатки, халаты, рентгеновские пленки, отходы пищеблоков, зараженная кровь, кожные лоскуты, иссечённые органы, просроченные, фальсифицированные и конфискованные лекарственные препараты и т.д., которые образуются в больницах, поликлиниках, диспансерах, хосписах, медицинских НИИ и учебных заведениях, ветлечебницах, аптеках, оздоровительных и санитарно-профилактических учреждениях, судебно-медицинских и др. лабораториях, на станциях скорой помощи и переливания крови и т.д. Система сбора, временного хранения и транспортирования медицинских отходов включает следующие этапы: 1) сбор отходов внутри организации; 2) перемещение отходов из подразделений и временное хранение отходов на территории организации, образующей отходы; 3) обеззараживание (обезвреживание); 4) транспортирование отходов с территории организации, образующей отходы; 5) захоронение или уничтожение медицинских отходов.

В Саратове нет специализированных служб, поэтому за утилизацию больничного мусора отвечает тот, кто его производит - больничный персонал. Согласно СанПиН 2.1.7.2790-10, МО следует собирать и сортировать, опасные и особо опасные – предварительно дезинфицировать и уничтожать.

Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) обеспечены емкостями для проведения обеззараживания отходов, загрязненных биологическими жидкостями, маркированными пакетами для сбора и хранения отходов по классам. Отходы вывозятся на свалки бытовых отходов после проведения дезинфекции. Патологоанатомические и органические операционные отходы захораниваются на кладбищах в специально отведенных могилах. Одноразовые шприцы после обеззараживания сдаются на временное хранение специально выделенному должностному лицу по строгому учету, затем сдаются по договору предприятию, имеющему лицензию на переработку или захоронение данного вида отхода.

Таким образом, проблема обращения с МО в Саратове требует серьезного изучения, необходимо: разработать универсальную организационно-распорядительную документацию, региональную программу по обращению с МО; провести точные расчеты и обосновать нормативы накопления МО по классам; внедрить единую унифицированную систему учета, контроля движения отходов и современных методов обеззараживания, утилизации МО с учетом региональных особенностей.

Ключевые слова: медицинские отходы

ID: 2013-07-27-T-2673

Тезис

Тарасенко Д.В.

Интонационные особенности речи врача

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра русской и классической филологии

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Наумова Е.В.

Интонация – особый уровень языковой системы, предоставляющий говорящему богатейшие возможности оформления речевого высказывания. От интонирования во многом зависит восприятие речи адресатом. Часто оказывается важной именно интонация, тон, а не словесное наполнение речи.

Речи врача (А), записанной и расшифрованной нами, свойственно особое интонирование. В своём речевом поведении врач использует разнообразные возможности русской интонации. Интонация, как и общий настрой речи, и средства других уровней языковой системы, меняется в зависимости от адресата речи: в беседе с пациентами А. говорит более мягким тоном, если разговаривает с коллегами-подчинёнными – интонация приобретает нотки требовательности, строгости, если выступает перед аудиторией – использует разные возможности интонирования.

Во-первых, А. интонационно выделяет значимые слова, использует приём смены силы звука:

*Я бы хотел закончить словами/ нашего **первого** ректора/ профессора/ хирурга/ Василия Ивановича Разумовского/ который говорил **о великих людях**/ Великие люди/ говорил он/ ими гордится любая страна/ любая нация/ они определяют у-у **уважение**/ и понимание всего культурного мира/ Так безусловно было **всегда**/ так есть и сейчас/ но мне кажется/ что именно **сегодня**/ всё человечество/ и мы тоже/ переходим в совершенно новую эру развития/ когда **великий** человек/ это **любой** человек/ и для нас/ здоровье **любого** малыша/ это и есть/ стратегия успеха//.*

Во-вторых, врач очень удачно, на наш взгляд, использует в своей речи такое средство экспрессивной русской интонации как длительность. Часто более долгим становится и без того более сильный и долгий ударный гласный, но именно такое интонирование делает речь особенно выразительной:

*А.: Соня вообще удивительная девочка/ великолепно **У**чится/ изучает англ**И**йский/ занимается п**Е**нием/*

Соня: Эстрадным вокалом/

*А.: Эстрадным вок**А**лом/ ты расскажи о своих достижениях по эстраднему вокалу//;*

*Это три малыша с серь-**Ё**-знейшим пороком развития;/ Я считаю это уник**А**льный пример того/ как должен себя мыслить человек//.*

В-третьих, А. мастерски умеет держать паузы. Они появляются обычно или после важных, главных слов, или перед ними.

В речевом поведении врача интонация помогает оформить содержание, придать ему нужный оттенок, это особенно важно в общении с больным, родственниками больного, в профессиональном взаимодействии с коллегами.

Ключевые слова: речь, интонация

ID: 2013-07-28-T-2674

Тезис

Строде А.А., Бакытжанова А.Е.

Прецедентные имена в истории болезни: «Синдром Дориана Грея»

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научные руководители: д.ф.н., профессор Прокофьева Л.П., к.м.н., доц. Субботина В.Г.

В докладе говорится о синдроме Дориана Грея – одном из многочисленных синдромов, в названии которого использовано прецедентное имя. Приводятся данные по истории его изучения, намечаются перспективы дальнейшего исследования.

Сказки учат человека несложным правилам жизни, но мало кто знает, что многие литературные герои дали названия различным заболеваниям. Так, например, в современном обществе можно найти людей с синдромом Мюнхгаузена, встретить девушку с синдромом Золушки, а также познакомиться с человеком с синдромом Питера Пэна. В данной публикации речь пойдет о синдроме Дориана Грея.

Болезнь получила свое название в честь зловещего персонажа романа Оскара Уайльда «Портрет Дориана Грея» (1891). Впервые его описание представил V.Brosig в 2000 году на секции клинической фармакологии симпозиума «Life style-Drogen» (Bad Nauheim, Germany). В 2001 году исследовательская группа немецких дерматологов, психиатров и фармакологов из Justus Liebig University, Gießen, Germany опубликовала статью, открывшую новый синдром для обсуждения и изучения. Авторские материалы представлены на специально созданном сайте (www.dorian-gray-syndrom.org). В классических американских справочниках синдром найти не удалось, что означает продолжение этапа предварительного описания и исследования.

Синдром Дориана Грея характеризуют как страх перед старением и неприятие неизбежных возрастных изменений. Люди с таким диагнозом часто злоупотребляют декоративной косметикой, одеваются в полном несоответствии своему возрасту. Человек страдает от постоянного недовольства собственной внешностью, но, несмотря на все попытки изменить себя, не получает желаемого результата. В особо тяжелых случаях синдром сопровождается депрессиями и суицидальными наклонностями. Часто развивается на фоне нарциссизма.

Исследователи констатируют распространение синдрома Дориана Грея в стремительно стареющем европейском обществе (видимо, одним из примеров в США мог бы служить поп-певец Майкл Джексон): клинические проявления отмечены у около 3% населения современной Германии (по другим странам данных не найдено). Изучение продолжается; в ближайшие годы можно ожидать новые результаты, так как синдром явно репрезентирует не только медицинские, но и культурные, и социальные проблемы современного общества.

Ключевые слова: прецедентное имя, история болезни, синдром Дориана Грея

ID: 2013-07-28-T-2675

Тезис

Айрапетян М.И., Бакытжанова А.Е.

Прецедентные имена в медицине: «Синдром Мюссе»

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научные руководители: д.ф.н., профессор Прокофьева Л.П., к.м.н., доц. Субботина В.Г.

В докладе дается общее представление о синдроме Мюссе, получившем название по имени известного французского поэта XIX века. Приводятся сведения из истории его болезни и данные о клинических проявлениях симптома.

В настоящее время описано около 1500 синдромов, большинство из которых названо по имени врачей, впервые или наиболее полно их описавших. Особое место в справочниках занимают прецедентные имена, связанные с представителями творческих профессий, литературных и мифологических героев, географических мест и т.д. (Блейхер В.М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. Словарь. Киев, 1984).

Нас заинтересовал симптом, названный в честь известного французского поэта и прозаика позднего романтизма Альфреда де Мюссе. Впервые его заметил брат Поль в 1842 году. Сам Мюссе называл свое патологическое состояние «чрезмерно живым биением сердца». Поэт с детства обнаруживал крайнюю нервность, доводившую до припадков. Жизнь его была очень напряжённой: возвращаясь домой далеко за полночь, он нередко садился за письменный стол и до утра лихорадочно работал. На следующий день он изнемогал и, чтобы вернуть утраченную бодрость и силу, пристрастился к возбуждающим средствам – сначала к вину, а затем и к водке.

Сущность симптома заключается в ритмическом толчкообразном подёргивании головы, синхронном с пульсом. На шее легко заметна пульсация сонных артерий, синхронная с ритмичными качаниями головы, а в терминальной стадии сонные артерии даже выступают над кожными покровами. Такую картину наблюдают при недостаточности клапана аорты, обусловленной резким изменением кровенаполнения артерий головы вследствие расширения корня аорты. Длительные и тяжёлые случаи заболевания проявляются высоким пульсом, выраженной пульсацией сонных артерий, качанием головой при каждой систоле, выраженной пульсацией подногтевых капилляров, признаком Хилла и шумами Дюрозье. Помимо этого больные жалуются на болевые ощущения в области сердца, сердцебиение и одышку. Ухудшение кровоснабжения мозга проявляется головокружениями и обмороками.

Исследователи считают, что аортальный порок развился у Мюссе в результате сифилистического аортита, приобретенного в годы довольно свободного образа жизни. «Разврат разрушает не только душу, - с горечью заключал сам поэт, - но и тело». Любовница поэта Жорж Санд самоотверженно ухаживала за ним, но постоянные конфликты между двумя талантливыми самодостаточными личностями сделали разрыв неизбежным. Писательница бросила поэта, увлекшись Фредериком Шопеном, по словам Сальваторе Манджони, «предпочитая таким образом туберкулёз лёгких сифилитическому аортиту» (Секреты клинической диагностики. М., 2006). Заболевание прогрессировало, и Альфред де Мюссе скончался 2 мая 1857 года. Ему было всего 47 лет.

Ключевые слова: прецедентное имя, симптом, история болезни

ID: 2013-07-1149-T-2677

Тезис

Кудашева Г.Р.

Значение уточняющего метода для определения тактики удаления внутриглазных инородных тел из заднего полюса глаза*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра глазных болезней**Научный руководитель: канд. мед. наук, ассистент кафедры Борисов А.В.*

Травма органа зрения является одной из причин слепоты и, как следствие, утраты трудоспособности в основном у молодого населения.

Целью исследования являлся анализ результатов лечения проникающих ранений, осложнённых внедрением внутриглазных инородных тел.

Под наблюдением в период с 2005 по 2012 гг. находилось 116 больных с проникающими ранениями глазного яблока и внутриглазными инородными телами. При обнаружении инородных тел применяют локализацию по методике Комберга-Балтина, определяя меридиан, глубину залегания инородного тела и отстояние его от оболочек. В случае залегания осколка в заднем полюсе глазного яблока в ходе диасклерального удаления применяют индивидуальную рентгенолокализацию по Герасимову, что позволяет хирургу произвести разрез точно над инородным телом и удалить его с наименьшей травматизацией.

У 108 из 116 больных инородные тела локализовались в заднем полюсе глазного яблока. У 11 пациентов диагностирована 1-2 степень внедрения в области макулы, данные осколки удалялись трансквитреально пинцетом с предварительной лазерокоагуляцией сетчатки. У 97 больных инородные тела локализовались пристеночно или была отмечена 3-4 степень внедрения, в данных случаях производилось диасклеральное удаление инородного тела с индивидуальной рентгенолокализацией и последующей криопексией места залегания осколка.

Оценка результатов и эффективности проведённого лечения производилась по данным визометрии до и после операции, ультразвукового В-сканирования глазного яблока и электрофизиологического исследования сетчатки. Пациенты были распределены на 4 группы со следующими показателями остроты зрения: I гр.: $\text{visus} = 0$ - светоощущение с правильной светопроекцией-27,8; II гр.: $\text{visus} = 0,01-0,09-32,2\%$; III гр.: $\text{visus} = 0,1-0,5-19\%$; IV гр.: $\text{visus} = 0,6-1,0-21\%$

Низкая острота зрения в I и II группах связана с возникновением в послеоперационном периоде следующих осложнений: травматическая катаракта у 36 больных, гемофтальм у 16, 11 пациентов с отслойкой сетчатки. В позднем периоде всем пациентам была проведена хирургическая коррекция осложнений: удаление катаракты с имплантацией ИОЛ, витрэктомия, что привело к улучшению показателей остроты зрения: в I группе процент снизился до 9,8%, во II-16,7%, в III, с более высокими показателями visus , вырос до 53%, в IV составил 20,5%.

Вывод. Применение уточняющей методики позволяет выбрать наименее травматичный и наиболее оптимальный способ удаления осколка из оболочек глаза.

Ключевые слова: инородное тело, глаз

ID: 2013-07-1658-T-2678

Тезис

Петрова И.А., Гордцев А.С.

Критерии диагностики вибрационной патологии на основе показателей инфракрасных спектров сыворотки крови

*ФБУН «Нижегородский научно-исследовательский институт гигиены и профпатологии» Роспотребнадзора
ГБОУ ВПО Нижегородская ГМА Минздрава России*

Введение. В настоящее время остается актуальным вопрос установления изменений гомеостатических и компенсаторных механизмов организма под влиянием локальной вибрации, которые нашли бы свое отражение в изменении внутренних процессов на стадии, когда биохимические, морфологические и функциональные сдвиги предшествуют появлению выраженных симптомов и признаков заболевания, и могли бы стать применимыми с целью ранней диагностики вибрационной болезни (ВБ).

Одним из методов, позволяющих изучать различные нарушения в организме и комплексно оценивать малейшие изменения последнего, является инфракрасная спектроскопия (ИКС), которая применяется как экспресс-метод диагностики ряда нозологических форм. К настоящему времени на основании исследований более 20 000 верифицированных больных и здоровых людей создан банк фоновых значений инфракрасных спектров практически для любого заболевания, за исключением профессиональных, в том числе и ВБ.

Целью исследования явилось изучение изменений спектральных показателей сыворотки крови больных с вибрационной патологией.

Материалы и методы. Были проведены исследования инфракрасных спектров сухой сыворотки крови 77 лиц с ВБ. Возраст обследованных составил $56,0 \pm 1,7$ лет при общем стаже работы в условиях локальной вибрации $21,6 \pm 3,6$ лет. Группа контроля – 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту с исследуемыми группами и не имевших контакта с вибрацией.

Для получения ИК-спектров пробы сыворотки крови предварительно высушивали и далее гомогенизировали в вазелиновом масле. Измерения осуществляли на спектрофотометре типа «Carl Zeiss Jena SPECORD IR-75» (Германия) в диапазоне волновых чисел $1170-1025 \text{ см}^{-1}$.

Результаты. На основании установленных количественных различий в спектральных показателях сыворотки крови исследуемых групп предложены критерии, оценивающие состояние больных по отношению высот пиков поглощения ИК-излучения при следующих волновых числах: $1165 \text{ к } 1070$, $1040 \text{ к } 1070$, $1070 \text{ к } 1025$, $1165 \text{ к } 1050$ и $1165 \text{ к } 1025 \text{ см}^{-1}$, а также по построенным на их базе дифференциально-диагностическим профилям ВБ.

Выводы. В процессе формирования вибрационной патологии происходят изменения различных функциональных систем организма, которые находят отражение в нарушении общего биохимического фона сыворотки крови, а значит и ее ИК-спектров. Предложенные критерии позволяют с надежной степенью достоверности выделить ВБ. Включение предложенных критериев в комплекс диагностических процедур позволит повысить эффективность комплексной диагностики ВБ.

Ключевые слова: инфракрасная спектроскопия, вибрационная болезнь, диагностика

ID: 2013-07-977-T-2679

Тезис

Турлакова Т.В., Мальцев М.С.

Гигиеническая характеристика условий труда на хлебопекарных производствах г. Саратова*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России*

Хлебопекарная промышленность является одной из главных отраслей пищевой индустрии. Хлебопекарная промышленность России имеет около 15200 хлебозаводов и свыше 5000 мелких предприятий, производящих ежегодно более 16 млн тонн продукции. Только на территории г.Саратова функционируют 3 крупных хлебопекарных производства (ОАО «Саратовский хлебокомбинат им. Стружкина», ОАО «Знак хлеба», ЗАО «Сокур - 63») и около 10 мелких хлебопекарен.

Для выпуска хлебобулочных изделий характерным является массовый тип производства. Массовое производство характеризуется постоянством структуры процесса труда. На рабочем месте повторяются одни и те же процессы труда, связанные с изготовлением однородной продукции, применением специализированного оборудования. Для этого типа производства характерны большой объем производства, высокая степень механизации и автоматизации, ритмичность и поточность производства. Он обуславливает разделение труда и специализацию рабочих мест.

Условия труда на хлебопекарных производствах определяются приказом Минсельхоза РФ от 20 июня 2003 г.№ 896 «Правила по охране труда в хлебопекарной и макаронной промышленности».

На работников хлебопекарной промышленности могут оказывать влияние следующие производственные факторы: физические факторы (движущиеся механизмы оборудования, горячие поверхности оборудования, освещенность, состояние воздушной среды в рабочей зоне), химические факторы(химические вещества, проникающие в организм человека через органы дыхания, желудочно-кишечный тракт, кожные покровы и слизистые оболочки), психофизиологические факторы (тяжесть и напряженность трудового процесса).

Рабочие хлебопекарен обычно подвергаются воздействию сквозняков и продолжительному изменению температуры окружающей среды, например, при загрузке печи и работе в помещении охлаждения. Находящаяся в воздухе мучная пыль может вызвать появление ринита, заболевание горла, бронхиальную астму ("астма пекаря") и заболевания глаз; сахарная пыль может вызвать кариес зубов. Для регулирования содержанием растительной пыли в воздухе следует использовать соответствующую вентиляцию. У лиц с соответствующим предрасположением могут наблюдаться аллергические дерматиты.

Перечисленные выше примеры возможной угрозы здоровью пекарей указывают на необходимость организации безопасных условий труда и проведения медицинских осмотров (с целью выявления профессиональной патологии). Кроме этого, необходим контроль за соблюдением правил по технике безопасности.

Ключевые слова: хлебопекарная промышленность, пекарь, хлеб, мучная пыль

Ногеров А.Р., Матвеева Н.Н.

К проблеме современного общества – табакокурения

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Сергеева Е.С.

Резюме

В 21 век – век высокого развития информационных технологий, в век достижения блестящих высот практически во всех сферах человеческой деятельности, в том числе и научной – существует все же ряд актуальных проблем. Проблема табакокурения существует уже давно, и, кроме того, сегодня она нарастает и становится все более глобальной. Табакокурение – далеко не простое и безобидное увлечение, а пагубная и губительная для всего общества привычка. Ситуация ухудшается тем, что оно воспринимается нормой и распространяется среди всех социальных групп различных возрастов. Кроме того, с каждым годом растет не только количество курильщиков, но и количество заболеваний, связанных с курением.

Ключевые слова: табакокурение, никотин, здоровье

Abstract

In 21 century – a period of an advanced stage of technological development, a period of brilliant elevations in all scopes of human activity and in science – there is a number of relevant problems. The problem of tobacco smoking arose long ago, but exist to present day and moreover it becomes more global day after day. Tobacco smoking is far from a simple and harmless enjoyment, it is a pernicious and destructive common habit. It is worse that the society takes it as a norm and allows this behavior for every order of all age groups. Annually a number of smokers and tobacco diseases grows.

Key words: tobacco smoking, nicotine, health

Введение

Курение – одна из самых пагубных привычек, являющаяся социальной проблемой общества, как для его курящей, так и для некурящей части. Для первой части проблемой является бросить курить, для второй – избежать влияния курящего общества и не «заразиться» их привычкой, а также – уберечь своё здоровье от продуктов курения [1]. Ни для кого не является секретом, что курение опасно для здоровья, однако, по данным ВОЗ во всём мире ежедневно выкуривается около 15 миллиардов сигарет. [2009г.]

Некоторые люди при курении испытывают чувство тошноты, головокружение, неприятные вкусовые ощущения, тем не менее, желание подражания, веяние моды, подстрекательство сверстников способствуют распространению табакокурения [2].

Курение является одной из наиболее распространенных в мировом масштабе привычек, наносящей урон, как здоровью отдельного человека, так и обществу в целом. Эта привычка настолько вошла в обыденную жизнь, что воспринимается большинством если не как привычная составляющая антуража, то как вполне рядовое событие, не привлекающее внимания.

Беспокойство ученых и врачей, вызванное распространением этой пагубной привычки, растет, так как пока еще значительное число людей не считает курение вредным для здоровья. Курение – не безобидное занятие, от которого можно отказаться без усилий, это настоящая наркомания, и тем более опасная, что многие не воспринимают всерьез и не видят проблемы.

В дыме табака содержится более 30 ядовитых веществ, главным из которых является никотин. Никотин – один из самых опасных ядов растительного происхождения, алкалоид, наркотик. Птицы (воробьи, голуби) погибают, если к их клюву поднести стеклянную палочку, смоченную никотином. Кролик погибает от 1/4 капли никотина, собака – от 1/2 капли.

Для человека смертельная доза никотина составляет от 50 до 100 мг, или 2-3 капли. [«О вреде курения»]. Именно такая доза поступает в кровь после выкуривания 20-25 сигарет (в одной сигарете содержится примерно 6-8 мг никотина, из которых 3-4 мг попадает в кровь), и для некоторых курильщиков это ежедневная доза. Все же курильщик не погибает, поскольку полученная доза вводится постепенно, а не в один прием. Никотин – яд чрезвычайно сильный, действующий преимущественно на нервную систему, пищеварение, а также дыхательную и сердечно-сосудистую системы. При его воздействии вначале следует повышенная раздражимость и возбудимость самых различных систем и органов, а затем это состояние сменяется угнетением.

Синильная кислота, присутствующая в табаке, вызывает кислородное голодание тканевого типа, нарушение центральной нервной системы.

При затяжке сигаретный дым попадает в рот в виде концентрированного аэрозоля, который при охлаждении конденсируется и превращается в смолу, которая препятствует нормальным процессам очищения в лёгких, повреждает альвеолярные мешочки, снижает эффективность иммунной системы. Так, в дыхательных путях курильщика остается вредоносный осадок, способствующий развитию рака и других заболеваний легочной системы. Через легкие курильщика в год проходит до 1 килограмма табачных смол.

Кроме того, человек, выкуривающий пачку сигарет в день, получает дозу радиации, равной 200 рентгеновским снимкам в год [3].

Целью настоящего исследования явилось определение популяризации и причин табакокурения студентов высшего учебного заведения.

Материал и методы

Исследование выполнялось путем анкетирования студентов. Опрос проводился среди студентов 1 и 6 курса. В анкетировании приняла участие 120 человек в возрасте от 17 до 24 лет, из них 25 % лица мужского пола, 75 % – женского.

Анкеты включали блок вопросов относительно табакокурения, такие как: «Помогает ли курение отвлечься от проблем?», «В каком возрасте Вы начали курить?», «Курят ли Ваши родители?», «Сколько сигарет выкуриваете за день?», «Нужно ли отказаться от этой привычки?» и т.д..

Результаты

В результате проведенного исследования среди опрошенных ежедневно курят сигареты 10 % молодых людей как 1 курса, так и 6 курса. При этом подавляющая часть опрошенных начала курить в 15-17 лет (50 % - среди 1 курса и 25 % - среди 6 курса соответственно). В свою очередь немаловажным показателем является употребление табака в возрасте – 7 - 14 лет, что составило 25 % для обеих выборок. Также среди курильщиков старших курсов пользуются спросом помимо сигарет (47 %) еще и папиросы (20 %) и трубки (33 % - в том числе и кальян).

При этом у 20 % в группе курящих младших курсов курят родители, среди старших курсов данный показатель равен 100 %.

При анализе анкет выявлено, что 40 % молодых людей никогда не пробовали курить, но невольно ежедневно выступают в роли «пассивных курильщиков».

Оказалось, что желают расстаться с этой вредной привычкой 100 % и 0 % парней соответственно. Причиной этому, как правило, является страх получить заболевания, возникновению которых способствует табакокурение (30 % и 11 % соответственно) или считают это вредным для здоровья близких и окружающих людей (50 % и 21 %). Курильщики же 6 курса не собираются бросать курить, так как они считают, что курение их отвлекает от повседневных проблем.

Установлено, что большинству из них никогда не отказывали в продаже табачных изделий даже в подростковом возрасте (80 % первокурсникам и 63 % шестикурсникам). Девушкам отказывали в этом чаще (50 % и 78 % соответственно).

В жизни некоторых представительниц женского пола, к сожалению, табакокурение присутствует: 8 % студенток 1 курса и 15 % студенток 6 курса зависимы от вредной привычки. При том часть респондентов уже отказались от курения (2 % и 7 % соответственно), а 50 % - 1 курса и 25 % - 6 курса курящих желают покончить с вредной привычкой. При этом у 12 % учащихся младших курсов и 75 % учащихся старших курсов курящих девушек курят их родители – отец или мать. Возраст, в котором начинали курить девушки в среднем 17 лет и старше – у 50 % и 56 % соответственно. Важно отметить, что подавляющее большинство представительниц женского пола никогда не пробовали курить – 90 % и 67 %, но ежедневно (более часа в день) являются «пассивными курильщиками».

Большинство курящих студентов (75 %) считают, что курение вредно для здоровья, и 25 % из них так не считают.

Среди опрошенных студентов основной причиной, заставляющей курить в настоящее время, в 60 % случаев указывают – «привык, не могу бросить». Другой причиной, заставляющей их курить, 40 % опрошенных указали «нравится».

Обсуждение

В современном обществе количество лиц ежедневно курящих табачную продукцию, согласно ВОЗ, растет с каждым годом, становясь практически нормой для всего общества. Привычка становится характерной как для мужского пола, так и для женского, абсолютно не разграничивая и по социальному статусу. Существует мнение, что это личное дело каждого, а не социальная проблема. По данным ВОЗ, в России курят около 65 % мужчин и свыше 30 % женщин [4].

Выявлена еще одна немаловажная закономерность – помимо роста числа курильщиков (как «активных», так и «пассивных»), «молодеет» возраст курящего населения. Результаты выполненного исследования также свидетельствуют о раннем (7 – 14 лет) первом опыте курения табака. При этом продажа табачной продукции лицам, не достигшим возраста 18 лет, является нарушением Федерального Закона «Об ограничении курения табака» от 10 июля 2001 г. N 87-ФЗ.

Актуальна проблема «пассивного курения», поскольку выдыхаемый дым содержит не меньше вредных веществ, чем основной, вдыхаемый самим курильщиком, тем не менее, достаточно много семей, где дети выступают в роли «пассивного» курильщика.

Таким образом, очевидна возрастающая роль курения в современном обществе, проблема на которую необходимо акцентировать внимание общественности. Курение - негативный фактор, воздействующий на состояние здоровья губительно, причем не только курильщика, но и окружающих его людей.

В этой связи, необходимым является формирование понимания значимости здорового образа жизни как на индивидуальном, так групповом и социальном уровнях. Решение данной проблемы невозможно без комплексного действия программ против табакокурения: проведение личных бесед, повышение цен на табачную продукцию, проведение культурно-массовых мероприятий в День отказа от курения, распространение роликов, проведение митингов, призывающих к отказу от вредной привычки и прочие мероприятия для повышения социальной активности молодого поколения и более старших возрастных групп. С 1 июня 2013 года в России вступает в силу Закон о запрете курения в общественных местах, на рабочих местах и «в рабочих зонах» [Федеральный закон от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»].

Любопытство (в 44 % случаев) и желание расслабиться (в 56 % случаев) являются основными причинами привыкания к табуку.

С целью укрепления позиций здорового образа жизни представляется важным и повышение мотивации быть здоровым в среде профессиональных (медицинских) работников, рассматриваемых в качестве «модельной группы» для остального населения в отношении образа жизни.

Заключение

Проведенное исследование доказало широкое распространение табакокурения среди молодежи, представителей обоих полов. Значительная часть студентов не считает нужным отказываться от данной привычки и не обращает внимания на риск для здоровья. Однако, именно причинение вреда здоровью является наиболее частой причиной отказа от пагубной привычки.

На сегодняшний день не существует, наверное, такого человека, который не слышал бы о вреде курения и о том какие последствия могут быть. Но, к сожалению, процент курящих людей с каждым годом растет. Однозначно и возрастающее влияние курения на состояние здоровья в 21 веке. Курение наносит колоссальный вред организму. На сегодняшний день, никотин относится к разрешенному наркотику, по отношению к нему, как к героину и другим наркотикам, развивается зависимость, но, к сожалению, это происходит незаметно и относительно длительно, потому строгих мер нет.

Заболевания, развитию которых во многом способствует табакокурение, имеют социальное значение, влияют на демографические показатели: рождаемость и продолжительность жизни.

Так, статистика смертных исходов по данным ВОЗ от 08.02.2008 года следующая: в мире в среднем каждые шесть секунд умирает один человек от заболеваний, связанных с курением табака, а ежегодно по этой причине умирают пять миллионов человек. Если тенденции нарастания распространённости курения не будут снижаться, то, по прогнозам к 2020 году, ежегодно будут преждевременно умирать 10 млн человек, а к 2030 году курение табака может стать одним из самых сильных факторов, приводящих к преждевременной смерти. Так стоит ли губить свое здоровье ради минутной слабости?

Литература

1. Курение как социальная проблема в обществе. URL: <http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=42097>.
2. О вреде табака. URL: <http://www.0qm.ru/bezопасnost-zhiznedeyatelnosti-i-oxrana-truda/kurenie-i-ego-vliyanie.html>
3. Татура Ю.В. Курение: тонкости, хитрости и секреты. URL: http://bookz.ru/authors/urii-tatura/kurenie_462/page-18-kurenie_462.html
4. В.И. Стародубов, Р.А. Хальфин, А.А. Баранов. Сбережение народа зависит от вас. Москва, Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2006. С. 8-11.

Бочкарева О.А.

История болезни: основные принципы номинации*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра русского языка как иностранного**Научный руководитель: д.ф.н., проф. Прокофьева Л.П.*

В докладе обобщаются данные о номенклатуре прецедентных имен, ставших частью терминов в медицине. Предложена элементарная классификация в зависимости от их происхождения.

Перефразируя крылатое изречение римского писателя Варрона Марка Теренция *habent sua fata libelli* (книги имеют свою судьбу), можно с полным основанием сказать: *habent sua fata termini*. И действительно, медицинские термины имеют свою судьбу, которая часто оказывается весьма необычной. Часто значение ясно выражено в самих названиях симптомов, но иногда необходимо привлекать воображение: яблочного желе, синдром херувимизма.

Эпонимизация симптомов и синдромов в медицине, т. е. присвоение им фамилии автора, больного, литературного персонажа, названия местности, предмета или явления, широко распространена. Самым частотным является название по фамилии автора, впервые описавшего их, или позже, но точнее или полнее. Однако нередко названия таких синдромов внедрялись стихийно, и авторы, снискавшие благодаря этому известность, не заслуживали ее ни приоритетом, ни более полным описанием клинической картины. Но существует много синдромов, для названия которых были использованы фамилии больных, персонажей повестей, романов, легенд, географические названия или названия больниц, различных племен, даже названия животных. Тем не менее, каждый из эпонимов имеет свое объяснение в истории, культуре или языке. Различные сборники таких терминов служат справочным материалом и дают читателю представление о разнообразных нитях, связывающих ремесло Эскулапа с искусством, литературой, историей и другими отраслями человеческой деятельности.

Существует также ряд синдромов, которые носят весьма необычные названия, которые можно разделить на следующие группы:

- для названия которых были использованы имена реальных лиц, не связанных напрямую с именами врачей: синдром Ван Гога, Стендаля, Дианы и др. Чаще всего описываемые признаки болезни были присущи именно этим личностям;
- для названия которых были использованы имена литературных персонажей: сказок, поэм, романов, повестей и пьес: синдром Квазимодо, Мюнхгаузена, Плюшкина, Обломова, Отелло, Пиквикский синдром и др.; Здесь явно прослеживается связь между образом и комплексом симптомов, чаще всего связанных с психиатрией;
- для названия которых были использованы образные метафоры: синдром взрывающейся головы, синдром живого трупа и др. Каждый имеет собственный оригинальный источник и требует специального объяснения.

Результаты проведенного исследования убеждают в актуальности изучения путей появления прецедентных номинаций в истории болезни и в необходимости изучения медицинской составляющей в тесной связи с языковыми фактами.

Ключевые слова: прецедентное имя, синдром, симптом, номенклатура терминов

ID: 2013-07-977-T-2728

Тезис

Фейзулина А.Р., Шляпникова К.Н., Воронцова К.А., Сергеева Е.С.

Особенности влияния излучения сотового телефона на организм человека

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей гигиены и экологии

Современная жизнь человека не представляется возможной без использования мобильной связи. В 2003 году в мире насчитывалось 1,29 млрд. пользователей сотовых телефонов, а сегодня уже около **6 млрд. человек**. Численность населения Земли немного более 7 млрд. человек, следовательно, у 8 - 9 из 10 жителей планеты имеется мобильный телефон.

Согласно данным Федеральной Службы Государственной статистики РФ на 2010 г. в Россию были импортированы мобильные телефоны на сумму 3 млн. долларов США, тогда как в 2007 г. – на 1,1 млн. долларов.

Сегодня мобильными телефонами пользуются практически все, не задумываясь, что телефон является источником неионизирующего излучения, оказывающим влияние на весь организм. Кроме того, биологический эффект в условиях длительного воздействия накапливается, в следствии чего возможно развитие отдаленных последствий.

В группу риска попадают беременные женщины, так как ЭМП биологически активно в отношении эмбрионов, с возможным повреждением плода на любом этапе развития. Известны работы, подтверждающие вредное влияние ЭМИ. В Институте Биофизики РФ выполнялись исследования оценки влияния ЭМП на куриные яйца, содержащие живые эмбрионы. Установлена высокая смертность эмбрионов, досрочное вылупление цыплят, высокий процент пороков развития органов и гибелью.

Излучение мобильных устройств оказывает наиболее пагубное влияние на детский организм. Поэтому согласно СанПин 2003 г. ограничено использование телефонов детям до 16 лет.

В 2011 году ВОЗ и Международное агентство по изучению рака отнесли радиоизлучение сотовых телефонов в группу «возможно канцерогенных для человека» факторов.

Есть мнение о снижении негативного влияния ЭМИ при использовании микрогарнитуры. Лица, часто использующие микрогарнитуру, предъявляют жалобы на регулярный шум и звон в ушах даже при отсутствии внешних раздражителей. В работах британских исследователей доказано увеличение ЭМИ в этом случае в 3 раза.

Во многих странах, введен запрет на пользование мобильным телефоном за рулем транспортного средства. Установлено, что ослабляется внимание, реакция водителя замедляется в 2 раза, а тормозной путь увеличивается на 25 м.

Ключевые слова: сотовый телефон, неионизирующее излучение, здоровье

ID: 2013-07-977-T-2729

Тезис

Гамаюнова К.А., Сергеева Е.С.

Оценка изменений осанки школьников за период обучения*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей гигиены и экологии*

В структуре болезней населения РФ в 2011 г. заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани занимают 6 место (86,2 на 1000 населения). К сожалению, данные Минздрава России свидетельствуют, что около 86 % школьников в какой-то степени страдают нарушением опорно-двигательного аппарата. По результатам профилактических осмотров обучающихся школ, за последние 30 лет количество школьников с нарушением осанки возросло в 3 раза.

Нами, на базе средней школы № 71 г. Саратова, проведено анкетирование и осмотр школьников с целью определения изменений осанки за период обучения. Проведена сравнительная оценка данных за 7 и 10 класс.

После обработки анкет и результатов осмотра у всех школьников 7 и 10 классов определены изменения осанки, в связи с чем выделены 2 группы: незначительные и выраженные изменения. По данным за 7 класс к 1 группе относится 14 человек, за 10 класс – 6 человек; ко 2 группе в 7 классе – 4 человека (22 %), а в 10 классе – 12 (67 %).

В течение всех исследуемых лет определена дезорганизация рабочего пространства. Ни один обучающийся 10 класса не сидел соответственно «Правилам по гигиене письма», в 7 классе не соблюдали 67 %.

Недостаточная двигательная активность и преимущественно сидячий образ жизни у 50 % учеников 10 класса и 33 % - 7 класса.

Из школьников 7 класса 28 % отмечают периодические боли в области шеи и пояснице, 44 % полностью исключили болевой синдром. Спустя 3 года уже 100 % обучающихся жалуются на боль как в шейном, так и поясничном отделе позвоночника.

Выводы: снижение двигательной активности, нарушение рациона питания, дезорганизация рабочего пространства, не соблюдение правильной рабочей позы при письме и чтении способствуют формированию и прогрессированию нарушений осанки у школьников. В результате исследования за период наблюдения определено увеличение количества школьников с выраженными нарушениями осанки в 3 раза. Для предотвращения дальнейшего ухудшения осанки у обучающихся в школах необходимо активнее проводить комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: осанка, школьники, здоровье

ID: 2013-07-977-T-2731

Тезис

Гурьянова В.В., Корчагина Н.П., Сергеева Е.С.

Пищевые добавки и здоровье человека

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей гигиены и экологии

Проблема пищевых добавок чрезвычайно сложна. С пищей человек потребляет пищевые добавки в течение длительного времени, более чем продолжительность жизни одного поколения, при этом данные вещества являются чужеродными для организма. В результате происходит задержка этих веществ в организме, накопление, оказывается суммированное действие. Потому, их применение и содержание в готовой продукции требует строгой регламентации и специального контроля.

Целью нашего исследования явилась оценка рациона питания студентов с установлением суточной нагрузки пищевыми добавками и определение возможного риска для здоровья в следствии их влияния.

Проведено анкетирование среди студентов СГМУ 4 курса педиатрического факультета.

Анализ анкет показал, что студенты информированы о существовании пищевых добавок, однако знают об их влиянии на организм 60 % опрошенных. Большинство студентов (80 %) при покупке пищевой продукции в магазине не обращают внимания на этикетку и состав продукта.

Чипсы, сухарики, шоколадные батончики, сладкая газированная вода входят в рацион питания 80 % опрошенных студентов 4-5 раз в неделю. 1 раз в неделю и реже данные продукты употребляют только 8 % студентов.

При оценке рационов питания студентов наиболее часто в состав продуктов питания включены пищевые добавки, такие как глутамат натрия, аспартам, ортофосфатов калия, бензоат натрия, триафосфат. Известно влияние данных веществ на организм в случае превышения допустимой суточной потребности (ДСП). В ходе анализа анкет 80 % опрошенных студентов отмечают у себя характерные симптомы. При этом 64 % заметили их появление в последние годы, когда в рацион стали включать большее количество продуктов, при изготовлении которых используются пищевые добавки. При подсчете суточных нагрузок (СН) пищевых добавок и ДСП определено: СН глутамата натрия 8 г, ДСП 7 г; СН бензоатом натрия 1,01 г, ДСП 0,3 г; СН аспартамом 4,8 г, ДСП 2,4 г; СН ортофосфатов калия 6,5 г, ДСП 4,2 г; СН триафосфатами 5 г, ДСП 4,2 г.

Выводы. ДСП в расчете на средний вес студентов (55 кг) в рационе питания студентов 4 курса СГМУ превышены. Таким образом, исключить влияние пищевых добавок на здоровье студентов нельзя.

Ключевые слова: пищевые добавки, здоровье

ID: 2013-07-977-T-2732

Тезис

Умарова А.Б., Сергеева Е.С.

Значение компьютера в жизни студента*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей гигиены и экологии*

Компьютерные технологии сегодня проникают во все сферы человеческой деятельности, образуя глобальное информационное пространство. В России в настоящее время идет становление новой системы образования, происходит компьютеризация учебного процесса. Современные студенты активно используют компьютер и Интернет – это источник знаний, хобби, развлечений, общения с друзьями. Однако, не многие знают о том, что компьютер является источником электромагнитного излучения, требующий соблюдения определенных правил во время работы.

Целью исследования послужило оценить использование информационных технологий в обучении студентами СГМУ. Проведено анкетирование студентов общежития СГМУ в возрасте от 18 до 22 лет, общее количество респондентов 60 человек.

Анализ анкет показал, что 67 % студентов проводят за компьютером большую часть своего свободного времени, а именно от 3 до 6 часов в день. Около 60 % используют компьютер и Интернет преимущественно для общения в социальных сетях. Поскольку общение, как правило, в вечернее и ночное время следует отметить нарушение режима дня, недостаточность ночного сна у студентов. Тем не менее, сегодня 48 % респондентов пользуются компьютером для изучения учебного материала при подготовке к занятиям, и 94 % обмениваются учебным материалом друг с другом по электронной почте и, в том числе, с помощью социальной сети. Только 20 % опрошенных студентов используют Интернет для поиска развлекательной информации.

Большинство студентов считают, что компьютер оказывает негативное влияние на их здоровье: 70 % ответили, что при работе испытывают головные боли, утомление глаз, менее 10 % отмечают нарушение осанки и болевые ощущения в спине.

О правилах работы за компьютером и о влиянии электромагнитного излучения информированы только 20 % опрошенных студентов, 60 % респондентов никогда не слышали о необходимости соблюдения правил в целях безопасности здоровья.

Полученные **результаты** свидетельствуют, что в первую очередь компьютерные технологии используются студентами в образовательных целях. Тем не менее, недостаточная осведомленность о правилах работы может привести к нарушению здоровья студентов.

Ключевые слова: компьютер, обучение, здоровье

Тепяева А.И.

**Качество жизни пациентов страдающих избыточным весом и ожирением:
результаты социологического анализа**

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра эндокринологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Родионова Т.И.

Резюме

В статье рассматриваются проблемы исследования качества жизни, вопросы концептуального определения параметров и условий, детерминирующих качество жизни больных, страдающих избытком массы тела и ожирением. Автором представлены результаты социологического исследования, позволяющие выделить ключевые проблемы, связанные с обеспечением качества жизни больных, и выработать практические рекомендации, направленные на повышение эффективности корректирующего воздействия и формирование культуры самосохранительного поведения пациентов.

Ключевые слова: качество жизни, ожирение, избыток массы тела

Ожирение – одно из самых распространенных в мире хронических заболеваний. На рубеже XX и XXI веков механизация и автоматизация производства привели к гиподинамии значительной части человечества, что, в свою очередь, вызвано дисбалансом расхода энергии, изменение течения ряда биохимических процессов и увеличение массы тела у населения экономически развитых стран. В целом эта проблема становится одной из *глобальных*, затрагивающих все страны. По данным ВОЗ, в мире насчитывается более 1,7 млрд. людей, имеющих избыточный вес или ожирение [10]. В большинстве развитых стран Европы ожирением страдает от 15 до 25% взрослого населения. В последнее время во всем мире наблюдается рост частоты ожирения у детей и подростков: в развитых странах мира 25% подростков имеют избыточную массу тела, а 15% страдают ожирением. Избыточный вес в детстве – значимый предиктор ожирения во взрослом возрасте: 50% детей, имевших избыточный вес в 6 лет, становятся тучными во взрослом возрасте, а в подростковом возрасте эта вероятность увеличивается до 80% [3].

Поэтому проблема ожирения в наше время становится все более актуальной и начинает представлять социальную угрозу для жизни людей. Эта проблема актуальна независимо от социальной и профессиональной принадлежности, зоны проживания, возраста и пола. Значимость проблемы ожирения определяется угрозой инвалидизации пациентов молодого возраста и снижением общей продолжительности жизни в связи с частым развитием тяжелых сопутствующих заболеваний. К ним можно отнести: сахарный диабет 2 типа, артериальную гипертонию, дислипидемию, атеросклероз и связанные с ним заболевания, репродуктивную дисфункцию, желчекаменную болезнь, остеохондроз. Ожирение снижает устойчивость к простудным и инфекционным заболеваниям, кроме того, резко увеличивает риск осложнений при оперативных вмешательствах и травме [5].

Проблема качества жизни пациентов, страдающих избыточным весом и ожирением, в современном обществе является достаточно актуальной, массовой и социально значимой. Социальные и техногенные факторы общества способствуют в последние десятилетия росту распространенности избыточного веса. Но необходимо отметить, что данная проблема является не только и не столько медицинской, сколько социальной – как по генезису и факторам своего развития, так и в силу охвата значительной части населения и вследствие специфики социального положения лиц, имеющих чрезмерный вес.

Большинство этих лиц страдают не только от болезней и ограничения подвижности; они имеют низкую самооценку, депрессию, эмоциональный дистресс и другие психологические проблемы, обусловленные предубеждением, дискриминацией и изоляцией, существующими по отношению к ним в обществе [6, 9].

Важным представляется акцентирование внимания на взаимосвязи и взаимозависимости качества жизни и здоровья, в последнее время данная проблематика становится объектом специализированных исследований, предпринимаются попытки выделить существенные компоненты качества жизни находящиеся под влиянием состояния здоровья, болезни и лечения, с исключением тех аспектов, которые зависят от социокультурных, политических, религиозных и других внешних причин.

В настоящее время актуальность и социальная значимость исследований качества жизни пациентов с ожирением постоянно повышается в силу растущей распространенности ожирения и понимания его влияния на продолжительность жизни, риск развития других хронических заболеваний и состояний [7].

В настоящее время исследование качества жизни становится одним из распространенных и общепризнанных методов изучения течения заболеваний, прежде всего хронических. По определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) качество жизни определяется как «восприятие индивидумами своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей той среды, в которой они живут, в неразрывной связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [11]. Та же организация определяет здоровье как «полное физическое, психологическое и социальное благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания».

Всемирной организацией здравоохранения определяются ключевые критерии качества жизни: физические (жизненная активность, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные и отрицательные эмоции, познавательные функции, самооценка, внешний вид, подвижность); уровень независимости (работоспособность, повседневная активность, зависимость от лекарств и лечения); общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (быт, безопасность, благополучие, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология информации); духовность (религия, личные убеждения) [8].

Связанное со здоровьем качество жизни выступает как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии [2].

Оценка качества жизни пациентов позволяет решить такие задачи как определение эффективности известных методов лечения; стратификация пациентов на группы и определение дифференцированной тактики лечения и диагностики, поиск новых методов лечения и реабилитации, направленных на улучшение течения заболевания [1, 4].

Социальный аспект проблемы заключается в том, что в жизнедеятельности подобных людей существуют определенные объективные ограничения, наблюдается множественные факторы социальной депривации этих людей. Разрывы в социальных возможностях между людьми, имеющими и не имеющими лишней вес, неуклонно нарастают, в силу чего ухудшается социальное самочувствие людей с избыточным весом. Решение данного вопроса возможно лишь посредством не столько узкоспециальных, сколько широкого комплекса медицинских и социальных мер.

Вместе с тем, необходимо отметить, что существует проблема в комплексных, особенно медико-социальных исследованиях социальной группы лиц, страдающих избыточным весом, внимание, как правило, уделяется профессионально-медицинским аспектам, не учитываются социальные факторы, влекущие за собой как дальнейший рост заболеваемости, снижение продолжительности жизни, так и социальные последствия в виде нарушения прав данной категории людей, создания социальных барьеров на пути их социализации, социальной адаптации и интериоризации к социальным условиям, их социальное самочувствие являются недостаточно изученными в социологическом ключе.

Цель работы: исследование качества жизни больных с избытком массы тела и ожирением в социально-экономических условиях крупного промышленного региона в сравнении с контрольной группой.

Материалы и методы

Инструментарий опроса включал систему индикаторов, которые условно можно объединить в следующие содержательные блоки: самооценка качества жизни и социально-экономического положения; факторы, влияющие на социальное самочувствие и состояние здоровья, социальное самочувствие; ценностные ориентации и поведенческие стереотипы в отношении здоровья и ориентация на культуру самосохранительного поведения.

Всего было опрошено 674 человека, респонденты распределены по двум группам – контрольная (150 - с нормальным ИМТ (18,5- 25 кг/м²) и основная группа (524 - ИМТ более 25 кг/м²).

При обработке и анализе данных использовались такие подходы, как выделение содержательных результатов, обобщение показателей внутри блоков, установление межблоковых связей для выделения наиболее значимых из них. Описание связей осуществлялось на основе одномерного, двумерного и корреляционного анализов. Для выявления внутренних взаимосвязей использовались более сложные методы: многомерный и факторный анализы, позволившие выявить скрытые переменные, важные для характеристики качества жизни и отношение к здоровью, факторы фрустрации.

Результаты

Качество жизни, как комплексная оценка жизнедеятельности людей, представляет собой систему показателей, характеризующих уровень реализации потребностей человека, степень его удовлетворенности осуществлением своих жизненных планов.

В ходе исследования внимание акцентировалось на таких аспектах как самооценка качества жизни, параметров, определяющих качество жизни респондентов, ценностных ориентациях и поведенческих стереотипов, возможностей самореализации.

Эмпирически фиксируемыми критериями социальной оценки качества жизни респондентов выступают:

- *на когнитивном уровне* – степень осведомленности или компетентности человека в области самосохранительного поведения, знание социальных факторов в обеспечении эффективности жизнедеятельности;
- *на эмоциональном уровне* – оптимальный уровень социальной тревожности, оценка перспектив будущего, тревожности в отношении жизненных перспектив и состояния здоровья;
- *на мотивационно-поведенческом уровне* – значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей, степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья, степень соответствия действий респондентов требованиям здорового образа жизни, а также нормативно предписанным требованиям медицины, санитарии и гигиены, психического и социального здоровья.

Нами был проведен анализ корреляционных зависимостей степени ожирения на ключевые параметры качества жизни. В обследованной группе пациентов наблюдалась широкая вариабельность суммарных показателей качества жизни при различных значениях индекса массы тела.

Полученные результаты позволяют предполагать наличие взаимосвязи и влияния лишнего веса и ожирения на показатели качества жизни, так как именно ожирение может являться одним из факторов, ответственных за снижение качества жизни по сравнению с контрольной группой и детерминирующих процессы социальной адаптации и возможности социальной реализации.

55% пациентов с ожирением отмечали значительное ограничение при выполнении тяжелых нагрузок, тогда как среди пациентов без ожирения таких было 26%. Умеренные нагрузки выполняли без ограничений 80% в группе без ожирения и лишь 60% - с ожирением. В то же время различия в ответах при оценке затруднений в выполнении легких нагрузок (поднять и нести сумку с продуктами) достоверно не различались, хотя также наблюдалась тенденция к большим затруднениям в группе с ожирением.

Такая же тенденция была и при оценке затрудненности в подъеме на несколько лестничных пролетов. Значительные ограничения встречались одинаково редко в обеих группах, но при отсутствии ожирения почти 86% пациентов не отмечали каких либо ограничений, тогда как наличие ожирения было связано с умеренным ограничением в подъеме на один лестничный пролет и доля пациентов без ограничений была 65%.

Избыточный вес является серьезным фрустрационным фактором и сопряжен с различными видами социальной депривации, люди с излишним весом страдают не только от болезни, но в большей степени подвержены депрессивным состояниям, для них характерны низкая самооценка. Лишний вес приводит к целому ряду серьезных психологических проблем, обусловленных искаженным восприятием людей, достаточно высоким уровнем дискриминации, социальными стереотипами в отношении больных ожирением.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что большинство респондентов считают здоровье в нынешних социально-экономических условиях непреходящей ценностью, от которой зависит многое в этой жизни: материальное

благополучие, счастливая семейная жизнь, продвижение по службе. В самооценках здоровья и перспектив улучшения состояния преобладают удовлетворительные оценки, у больных ожирением оценки состояния здоровья намного пессимистичнее и в меньшей степени удовлетворены состоянием по сравнению с контрольной группой.

Результаты исследования свидетельствуют о различиях в восприятии проблем, связанных со здоровьем, в зависимости от пола и возраста, степени ожирения. Подавляющее большинство респондентов из основной группы (64%) отметили, что избыточный вес сильно влияет на состояние здоровья. При достаточно высоких оценках ощущений счастья и бодрости, выражением 26% респондентами основной группы согласия с утверждением, что у них отличное здоровье, 21% отметили, что за последние 4 недели сильно нервничали, 14,1% отмечали сильную подавленность, только 24% отмечали, что большую часть времени чувствуют спокойно и умиротворенно.

Избыточный вес, по мнению преобладающего большинства, в первую очередь влияет на физическое самочувствие, респонденты отмечают достаточно часто боли и неприятные ощущения в голове (73,2%), упадок сил (71,7%), 59,1% - нарушение сна.

Достаточно весомая часть респондентов отмечает влияние лишнего веса на психоэмоциональное состояние: 34,6% подчеркивают потерю интереса к обычно приятной деятельности, 48% - чувство подавленности по утрам, 27,7% - отмечают, что будущее вообще им кажется мрачным, и они не ждут от него ничего хорошего, 36,6% акцентируют внимание на том факте, что лишний вес препятствует в определенной степени профессиональной реализации, так требуются дополнительные усилия, чтобы приступить к работе (36,6%).

На наш взгляд, необходимо акцентировать внимание на тот факт, что среди женщин намного выше тех, кто считает, что лишний вес способствует формированию заниженной самооценки, тех, кто испытывает чувство неуверенности и боязни быть отвергнутым. 35,8% мужчин согласились с утверждением, что самооценка из-за веса не такая, какой могла бы быть, среди женщин согласных с этим утверждение 74%. 44% женщин испытывают чувство неуверенности из-за веса, среди мужчин этот показатель значительно ниже – 23,2%. Более половины женщин согласны с тем, что не нравятся себе именно по причине лишнего веса.

Как свидетельствуют результаты исследования, избыточный вес занимает лидирующие позиции по степени влияния. Наряду с избыточным весом 62,2% опрошенных отмечают, что страдают гипертонией, 20,5% - стенокардией, 65,4% – остеохондрозом, 60,2% заболеваниями суставов, 25,6% - сахарным диабетом, 2,4% отметили гипоталамический синдром. 85,5% считает, что имеет лишний вес и 7,9% отметили, что лишнего веса у них нет. 32,7% отметили, что имели лишний вес и в детстве.

Большинство респондентов предпринимало меры для того, чтобы избавиться от лишнего веса. Среди наиболее популярных средств, которые использовались для похудения, на первом месте – диеты, вторую позицию занимают голодание и разгрузочные дни, на третьей позиции – нагрузки и гимнастика, на четвертом – пищевые добавки, 6,7% практиковали раздельное питание. В возрастном разрезе необходимо отметить, что молодые респонденты больше ориентированы на использования для похудения диет, разгрузочных дней и голодания (35%, 25% и 22% соответственно) и не прибегают к лекарственным препаратам в отличие от старшего поколения.

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о различии качества жизни у пациентов без ожирения и контрольной группы. При этом имеет место действие на качество жизни других факторов, снижающее эффекты ожирения. Потенциальными факторами являются возраст и длительность заболевания, связанного с избыточным весом, для которых характерна обратная связь с показателями ожирения и которые являются детерминантами качества жизни. Поэтому нами был проведен дополнительный анализ влияния ожирения на качество жизни для снижения влияния этих дополнительных факторов.

Анализ результатов проведенного исследования влияния ожирения на качество жизни приводит к выводу о том, что среди необходимых для успешной адаптации важнейшими являются формирование личностных диспозиций, ориентаций как на преодоление своей физической ущербности, так и на социально-статусную сублимацию, замещение неудовлетворенности своим физическим обликом и возможностями социальными достижениями. Поэтому в рамках индивидуальных программ целесообразно формировать у таких пациентов “уверенный оптимизм”, стремление разрешать внутренние противоречия в самих себе, создав тем самым мощные предпосылки для снижения избыточного веса. Кроме того, необходима переориентация общественного мнения в сторону признания социумом ожирения как болезни и необходимости социальной поддержки полных людей. Можно утверждать, что люди с чрезмерным весом составляют одну из самых массовых общностей в составе нетипичной группы социального риска, объединяемую единством своего образа и стиля жизни, жизненных шансов, имеющихся у нее социальных проблем и отличающуюся от иных категорий, входящих в группу риска, большей латентностью этих проблем, непризнанием со стороны общества и государства самого факта депривации указанной категории, а также спецификой и разновекторностью возможных путей преодоления социальной ущемленности.

Перспективными для исследований могут стать вопросы достижения принятых в развитых странах стандартов отношения государства и общества к чрезмерно полным, механизмов преодоления негативных стереотипов населения к указанной группе. Для оптимизации социального самочувствия данной категории целесообразно, наряду с организацией системного противодействия избыточному весу, сформировать целостную программу развития культуры самосохранительного поведения и здорового образа жизни.

Литература

1. Агеев Ф.Т. Качество жизни как критерий успешной терапии больных с хронической сердечной недостаточностью / Ф.Т.Агеев, Я.И. Код, Р.А. Либис, В.Ю. Мареев // РМЖ. 1999. №2.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. М., 2004. с. 125-129.
3. Мкртумян А.М., Актуальные проблемы консервативного лечения ожирения Москва: МГМСУ, 2011.
4. Мясоедова Н.А. Оценка качества жизни при различных сердечно -сосудистых заболеваниях / Н.А. Мясоедова, Э.Б. Тхостова, Б. Белоусов // Качественная клиническая практика. 2002. №1.
5. Яшков Ю.И. Этапы развития хирургии ожирения // Вестник хирургии. 2003. №3.
6. Lean M.E.J. Clinical handbook of weight management. Martin Dunitz. 1998. P. 113.

7. Moonseong H. Obesity and Quality of Life: Mediating Effects of Pain and Comorbidities / H. Moonseong [et al.] / Obesity Research. 2003. Vol. 11. P. 209-216.
8. Orley J., Saxena S., Herrman H. Quality of life and mental illness // British J of Psychiatry. 1998. Vol. 172. P. 291-293.
9. Schutz Y. Macronutrients and energy balance in obesity // Metabolism. 1995. Vol. 44. Iss. 9. P.7-11.
10. Seidell J.S. The worldwide epidemic of obesity. In: Progress in obesity research. 8th International congress on obesity. B. Guy-Grand, G. Ailhaud, eds. London: John Liddey& Compani Ltd, 1999. P. 661–668.
11. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties // Soc Sci Med. 1998. Vol. 46. Iss. 12. P. 1569-1585.