

Патерналистская модель отношений между врачом и пациентом напоминают отеческое отношение родителя к ребенку или священника к прихожанину. В этой модели заметен существенный прогресс в моральном содержании взаимоотношений. Патерналистское отношение наполнено субъективным содержанием и строится как определенного рода межличностное общение. Оно мотивировано стремлением помочь страдающему человеку и избежать нанесения ему вреда.

Большие возможности для реализации ценностей автономной личности создает **коллегальная** модель отношений между медицинским работником и пациентом. Будучи в некоторой степени уравнен в отношении информированности с медиками, пациент становится в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения, действуя как коллега лечащего врача. В тоже время, совпадение интересов очень часто является не правилом, а исключением из правил реального общественного устройства. Например, в условиях коммерческой медицины у врача существует объективная заинтересованность в минимизации собственных расходов и максимизации доходов.

Модель **контрактного типа** Р. Вич эксплицирует как наиболее адекватную реальным условиям. Именно эта модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности. Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными и возможными. При этом он может делегировать определенные «властные» полномочия врачу с тем, чтобы тот мог адекватно выполнить свои профессиональные обязательства.

Основной проблемой реализации любой модели в условиях российского общества является падение авторитета врача как агента социального контроля. Например, анализ результатов социологического опроса 1089 россиян свидетельствует о том, что только 21,03% респондентов приходит на прием к врачу поликлиники; 30,21% предпочитает лечиться самостоятельно; 10,74% может себе позволить лечение в частном медицинском центре, а 4,87% — у практикующего врача; 2,30% обращается к гомеопату, а 0,73% к экстрасенсу; 10,68% старается не обращать внимания на состояние здоровья; 8,54% участников опроса не видят в лечении необходимости.

Наши исследования подтверждают данные социологического опроса. Проведенное комплексное исследование коммуникативных качеств врачей с использованием батареи психодиагностических тестов (методики В.В. Синявского и Б.А. Федоришина, Снайдера, В.В. Бой-

ко) выявило низкие показатели коммуникативных свойств у значительного числа врачей модельных групп. Основной проблемой коммуникационной сферы для всех исследуемых врачей является низкий коммуникативный контроль, а также в целом невысокий уровень развития коммуникативных качеств, ниже, чем организаторских. Этиология коммуникативных помех представлена неумением управлять эмоциями, неумением слушать, доминированием негативных эмоций, а также нежеланием сближаться с людьми на эмоциональной основе.

Таким образом, важным направлением повышения качества оказания медицинской помощи в целом, и ранней диагностики социально значимых заболеваний в частности, является оценка социально-профессиональной компетенции врачей с целью коррекции социально значимых качеств медицинских специалистов, соответствующих социальным ожиданиям основного реципиента предоставляемых медициной социальных услуг

Список литературы:

1. Доница А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. — Москва: Изд-во «Академия естествознания», 2009. — с.81-96.

ХРОНОФЕНОМЕНОЛОГИЯ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Михайлис А.А.

*Ставропольская государственная
медицинская академия, кафедра
патофизиологии
Ставрополь, Россия*

ИБС является одной из важнейших причин смертности и инвалидизации населения развитых стран. Отдельное место в структуре заболеваемости ИБС занимает острая коронарная недостаточность (ОКН), проявляющаяся в виде нестабильной стенокардии (НС), инфаркта миокарда (ИМ), острого нарушения ритма сердца (НРС), острой сердечной недостаточности (ОСН) или внезапной сердечной смерти (ВСС). Патофизиологическую основу ОКН составляет острое несоответствие между метаболическими запросами миокарда и возможностями коронарного кровотока их удовлетворить. Клиническим эквивалентом болевых форм ОКН выступает острый коронарный синдром (условная нозологическая форма, диагноз которой приемлемо выставлять на догоспитальном этапе). В этой

связи особую актуальность приобретает разработка методов профилактики ОКН. Одним из разделов хрономедицины является хронопрофилактика. В этом ключе определенный интерес представляет цикличность проявления (хронофеноменология) патологии человека, в частности, хронофеноменология ОКН.

Несмотря на большие успехи, достигнутые в диагностике и лечении острой и хронической сердечно-сосудистой патологии, средства и методы контроля болезней, входящих в кардиоваскулярный континуум, до сих пор всё еще недостаточно эффективны. Одна из причин такого положения вещей кроется в не до конца выясненных этиопатогенетических аспектах проблемы, хотя, например, давно не секрет, что все физиологические функции в организме человека подчиняются циклическим закономерностям. Описаны биоритмы АД и работы сердца в нормальных условиях, а также их нарушения при развитии сердечно-сосудистой патологии.

Вместе с тем известно, что индивидуальная структура биоритмов человеческого организма тесно связана с климатогеографическими особенностями той местности, где человек родился и где прожил большую часть своей жизни. В этом ключе представляет особый интерес цикличность проявления патологии человека в условиях Северного Кавказа, в частности, на территории Ставропольского края. Следует сказать, что число работ подобной направленности и масштаба в доступных источниках информации весьма невелико, они носят разрозненный и нередко противоречивый характер, а в рамках нашего региона вообще не проводились.

Целью исследования было выявить циклические закономерности во внутрисуточной и внутригодовой динамике проявления ОКН. Материалом для исследования служили карты вызовов отделения скорой медицинской помощи Шпаковской ЦРБ Ставропольского края за 2009 год (общим количеством 30 000), а также истории болезни (6000) пациентов инфарктных и кардиологических отделений МУЗ «Ставропольская городская клиническая больница № 3» и ГУЗ «Ставропольский краевой клинический кардиологический центр». С учетом времени появления симптомов заболевания производилось распределение частоты случаев возникновения ИМ, ОКС и ВСС внутри суток и внутри года (в зависимости от времени года и лунного цикла).

Оказалось, что 59% вызовов по данной патологии приходится на вторую половину суток (с 12 до 24 часов). Это может быть вызвано ослаблением активности стресс-лимитирующей системы во второй половине суток на фоне усиления активности стресс-реализующей.

Во внутрисуточной динамике ИМ присутствует четкий восьмичасовой ритм с акрофазами около 0-2, 8-10 и 16-18 часов. Причем два (наиболее выраженные) из трех пиков приходятся на начало и конец рабочего дня, что говорит о несомненном вкладе в индукцию коронарной катастрофы факторов социальнопсихологического порядка. С другой стороны, речь может идти и о наличии 8-часового биоритма в коронарном кровообращении. Наконец, в эти часы может повышаться чувствительность миокарда к дефициту кислорода, что у больных ИБС может приводить к относительной коронарной недостаточности, вследствие срыва механизмов ауторегуляции венозного кровотока.

Внутрисуточная динамика возникновения приступов СН и ОКС обнаруживает около-4-часовой «ритм» с пиками около 0-2, 4-6, 8-10, 12-14, 16-18, 19-22 часов. Подобная динамика говорит о сложности и выраженной гетерогенности нарушений коронарного кровообращения, проявляющихся ангинозным болевым синдромом. Следует отметить, что в динамике ОКС с подъемом ST превалируют «акрофазы» около 0-2, 8-10, 16-18, 19-22 часов, тогда как в динамике ОКС без подъема ST — около 0-2, 4-6, 12-14, 19-22. Иначе говоря, в первом случае мы имеем дело с «инфарктным» суточным профилем, тогда как во втором — со «стенокардитическим».

Внутрисуточная динамика ВСС имеет еще больший разброс, хотя сохраняется почасовая «ритмическая» структура. Пики ее приходятся на 0, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22 часа. Однако при разбивке суток на 12 периодов (а не на 24), получается уже знакомая картина: более выраженные пики между 0-2, 8-10 и 16-18 часами, менее выраженные пики между 4-6, 12-14, 20-22 часами. Следовательно, факторы и механизмы ВСС еще более разнообразны. Любопытно, что в исследованиях, проведенных Л.Я. Глыбиным в 80-х годах XX века в Дальневосточном регионе и посвященных внутрисуточной динамике проявлений нормальных и патологических процессов, описано чередование на протяжении суток преобладания у здоровых лиц то симпатического, то парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Так, обнаружено несколько периодов симпатикотонии (1-2, 8-10, 14-15, 18-19, 21-22 часа) и ваготонии (4-6, 11-12, 16-17, 20-21, 23-24 часа). Суммарно получается, что и симпатикотония, и ваготония занимают по 6 часов, а на переходные периоды приходится 12 часов, т. е. взаимоотношения выглядят весьма сбалансированными. В то же время известно, что суточные ритмы вегетативного баланса, ритма сердца, АД, уровня гормонов и метаболитов, подвержены индивидуальным колебаниям (Комаров, 1966). Кроме того, отмечается изменение суточного профиля

данных показателей при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (Заславская, 1979).

Вместе с тем достаточно очевидно, что развитие ОКН связано, главным образом, с моментами повышения активности симпатoadренальной системы, что не удивительно, поскольку эффекты симпатического гипертонуса и катехоламинов заключаются в сужении резистивных сосудов, повышении АД, стимуляции работы сердца, повышении агрегации тромбоцитов, потребности миокарда в кислороде, усилении свободнорадикальных и кальций-опосредованных реакций и пр., что в совокупности создает благоприятную почву для возникновения абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока.

В более ранних работах (Михайлис, 2007) нами была обнаружена зависимость заболеваемости ИМ в г. Ставрополе от динамики солнечной активности в 11-летнем цикле (1995-2005). Однако не было обнаружено закономерности внутригодового распределения ИМ по месяцам, что говорит об определенной искусственности деления годового календаря на известные 12 месяцев. Зато при распределении случаев возникновения в течение года различных заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом, в зависимости от лунных циклов, выявилась довольно четкая закономерность: в периоды полнолуния и новолуния обращаемость по поводу болевых синдромов различного происхождения, в том числе ОКН, значительно возрастает (Михайлис, 2010).

Полученные результаты обязывают при выборе оптимальных схем фармакотерапии считаться не только с фармакокинетикой препарата, но и с целым рядом других экзогенных и эндогенных факторов, имеющих циклическую организацию. Речь идет о физиологии кровообращения и ее зависимости от времени суток, сезона года, периода лунного и солнечного цикла. Внедрение методик хронотерапии и хронопрофилактики позволит достичь максимального эффекта от медицинских воздействий организм человека в норме и патологии.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АЛЬВЕОЛИТА ЧЕЛЮСТИ

Петинов К.В.

*ММУ Городская стоматологическая
поликлиника №1
Самара, Россия*

Профилактика альвеолита челюсти является одной из актуальных проблем хирургической стоматологии. Альвеолит чаще встречается у жен-

щин (57,1%), чем у мужчин (42,9%). Считается, что у женщин на появление альвеолита влияет повышение уровня женских половых гормонов, отмечаемое в период менструации. Гормоны влияют на фибринолиз сгустка крови. При отсутствии регулярной менструации у девочек до 16 лет количество осложнений после удаления зубов значительно меньше. Данное заболевание характеризуется сезонностью течения. Осенью альвеолит наблюдается реже. Довольно часто альвеолиты развиваются в результате травматически проведенной операции удаления зуба, особенно при несоблюдении больными правил гигиены полости рта. Считается, что при уменьшении в полости рта количества бактериальной микрофлоры число альвеолитов (особенно при удалении нижних зубов) снижается. Альвеолит чаще наблюдается при продолжительном проведении операции удаления зуба или корня, а также при значительном травмировании кости и слизистой оболочки, которые в дальнейшем подвергаются инфицированию. Если после удаления корня зуба края лунки остаются острыми и обнаженными, то это способствует появлению в послеоперационный период посттравматического неврита и развитию на его фоне альвеолита. Для нормального заживления постэкстракционной раны необходимо наличие в лунке кровяного сгустка. Чтобы предупредить образование «сухих лунок», нужно устранять причины, которые могут препятствовать образованию кровяного сгустка. В литературе имеются указания на существование факторов, которые мешают образованию или способствуют разрушению уже сформировавшегося кровяного сгустка. Так, использование сосудосуживающих препаратов, вводимых совместно с местными анестетиками, ведет к длительному спазму сосудов и препятствует образованию в лунке зуба кровяного сгустка. Нарушение процесса свертывания крови (гемофилия, псевдогемофилия, болезнь Шенлейна-Геноха, применение антикоагулянтов у больных с инфарктом миокарда, гормональные геморрагии), тампонада лунки марлевыми полосками, несоблюдение больным рекомендаций врача (полоскание полости рта после операции, курение, употребление алкоголя) также может явиться причиной нарушения образования кровяного сгустка. Разрушение кровяного сгустка может произойти за счет фибринолитического действия слюны. Следует помнить, что существенную роль в возникновении альвеолитов играет инфицирование лунки. Микроорганизмы могут проникать в постэкстракционную рану из одонтогенных и неодонтогенных очагов хронического инфицирования, которые располагаются в виде гранулемы или грануляционной ткани в самой лунке или на слизистой оболочке полости рта и носа.

Таким образом, профилактика альвеолита