2. Разработка таблиц принятия решений о клинической эффективности биоуправляемого игрового тренинга // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2010. — №5. — С.130-134.

ОПЫТ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ АКЦИЙ В ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ С ИНОСТРАННЫМИ СТУДЕНТАМИ В ГОРОДЕ КУРСКЕ

Метелева И.Г., Никитина Л.В.

ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», кафедра педиатрии

В ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» на кафедре педиатрии проводится обучение иностранных студентов многих стран. Занятия с ними ведутся на английском языке, объединяющем студентов, так как будучи выходцами из разных стран, они, учась в одной группе, зачастую не знают родного языка друг друга. Обучение русскому языку проводится с первого курса, но к сожалению, далеко не у всех студентов знание русского языка достигает необходимого уровня для свободного общения с детьми-пациентами. Для успешного освоения педиатрии от студентов и молодых врачей требуется умение войти в контакт с маленькими пациентами и их родителями, завоевать доверие, чтобы получить возможность максимально полно самостоятельно обследовать ребенка, зачастую в условиях негативного отношения родителей к «студенческой курации».

Добровольные благотворительные акции, проводящиеся на кафедре педиатрии, вызывают активное одобрение как у студентов, так и у маленьких пациентов и их родителей. Студенты приносят детям в подарок игрушки, соответствующие возрасту, книжки на русском языке, карандаши, фломастеры. Для большинства детей и их мам, утомленных однообразным пребыванием в стационаре и болезненными манипуляциями, это становится настоящим маленьким праздником. Дети не всегда понимают «русский язык» иностранцев, зато язык улыбок и подарков понимают все. Студенты любят участвовать в таких мероприятиях, так как это помогает им не только изучить психо-эмоциональное развитие детей и их игровую деятельность в процессе подбора своим пациентам подходящих игрушек, но и увеличивает доверие маленьких детей, позволяет войти с ними в лучший контакт.

Таким образом, иностранные студенты с разных концов мира учатся понимать своих маленьких пациентов, радоваться вместе с ними, приходят к выводу, что дети на всей планете одинаково большая ценность, и только добрые, доверительные отношения, основанные на любви, позволят стать настоящим педиатром. Кроме того благотворительные акции позволяют проводить профилактику госпитализма среди маленьких детей, длительное время вынужденных находится на стационарном лечении.

ХРОНОФЕНОМЕНОЛОГИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Михайлис А.А.

Ставропольская государственная медицинская академия, кафедра патофизиологии, Ставрополь, Россия

Цереброваскулярная патология является одной из важнейших причин смертности и инвалидизации населения развитых стран. В этой связи особую актуальность приобретает разработка методов профилактики обострений хронической цереброваскулярной недостаточности в виде дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) и острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в виде ишемического (ИИ) и геморрагического (ГИ) инсультов, а также преходящих нарушений (ПНМК). Как острые, так и хронические нарушения мозгового кровообращения (ХНМК) обычно тесно связаны с наличием у пациента гипертонической болезни (ГБ).

Одним из разделов хрономедицины является хронопрофилактика. В этом ключе определенный интерес представляет цикличность проявления (хронофеноменология) патологии человека, в частности, хронофеноменология цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ).

Несмотря на большие успехи, достигнутые в диагностике и лечении острой и хронической сердечно-сосудистой патологии, средства и методы контроля болезней, входящих в кардиоваскулярный и цереброваскулярный континуумы, до сих пор всё еще недостаточно эффективны. Одна из причин такого положения вещей кроется в не до конца выясненных этиопатогенетических аспектах проблемы.

В то же время 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 орга-

низма тесно связана с климатогеографическими особенностями той местности, где человек родился и прожил большую часть своей жизни. В этой связи 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 являлось выявление циклических закономерностей во внутрисуточной и внутригодовой динамике нарушений мозгового кровообращения.

Материалом для исследования служили карты вызовов (около 30 000) отделения скорой медицинской помощи Шпаковской ЦРБ Ставропольского края за 2009 год. С учетом времени появления симптомов заболевания производилось распределение частоты возникновения случаев ОНМК и обострения ХНМК внутри суток и внутри года (в зависимости от времени года и лунного цикла).

Оказалось, что на вторую половину суток (с 12 до 24 часов) приходится 60% вызовов по ДЭ, 57% по ГИ и 53% по ИИ. Это может быть вызвано ослаблением активности стресслимитирующей системы во второй половине суток на фоне усиления активности стрессреализующей.

Во внутрисуточной динамике ИИ присутствует четкий восьмичасовой ритм с акрофазами около 0-2, 8-10 и 16-18 часов. Причем два из трех пиков приходятся на начало и конец рабочего дня, что говорит о несомненном вкладе в индукцию цереброваскулярной катастрофы факторов социальнопсихологического порядка. С другой стороны, речь может идти и о наличии 8-часового биоритма в мозговом кровообращении. Наконец, в эти часы может повышаться чувствительность нервной ткани к дефициту кислорода, что у больных ХНМК приводит к относительной сосудистой недостаточности, вследствие срыва механизмов ауторегуляции мозгового кровотока.

Такие предположения подтверждается нашими данными (Михайлис, 2007) по динамике возникновения инфаркта миокарда (ИМ), где тоже имеется восьмичасовой ритм с акрофазами, отличающимися всего лишь на один-два часа в те же самые временные промежутки. Это говорит об общности механизмов, контролирующих мозговое и коронарное кровообращение, и их тесной взаимосвязи как в норме, так и при патологии, где известен феномен централизации кровообращения.

Что же касается динамики ГИ, то здесь, как и следовало ожидать, картина несколько иная. «Ритм» здесь уже не восьми-, а двенадцатичасовой, с «акрофазами» около 8-10 часов и 20-22 часов. Обращает на себя внимание то, что первый пик ГИ приходится на те же часы, что и основные максимумы ИМ и ИИ. Кроме того — это начало рабочего дня.

Однако надо заметить, что в основе ИИ и ГИ лежат принципиально разные механизмы: в первом случае — это тромбоз, эмболия или выраженный и длительный спазм сосуда (как и при ИМ), тогда как во втором — кровоизлияние вследствие повреждения сосуда. Известно также, что ГИ, как правило, развивается на фоне гипертонического криза (ГК).

Во внутрисуточной динамике ГК прослеживается тот же ритм, что и в динамике ГИ. Разница состоит лишь в том, что при ГК более выражен вечерний максимум. Утренний пик ГИ может быть связан как с социальнопсихологическими факторами (начало рабочего дня), так и с фармакокинетикой антигипертензивных средств (при обычной терапии утром их концентрация в крови минимальна), а также с особенностями внутрисуточной динамики регуляции АД. Вероятно также (скорее, очевидно), что вечером, когда больные находятся у себя дома, у них есть больше возможностей купировать ГК, прежде чем он осложнится ГИ.

Максимумы обострений ХНМК в виде вестибулярных и других расстройств на фоне ДЭ тоже приходятся на 8-9 часов и 20-22 часа, с преобладанием вечерней акрофазы, что не удивительно, поскольку церебральные симптомы у пациентов, страдающих ГБ, выражены больше других.

Внутригодовая хронофеноменология ЦВЗ отличается своеобразием. Так, ОНМК чаще встречаются в холодное время года (ноябрь-март), тогда как обострение ХНМК в виде ДЭ — в теплое (апрель-октябрь). Это может быть обусловлено целым рядом экзогенных и эндогенных факторов. Среди них такие как изменение характера питания и калоража пищи, водного баланса, температуры окружающей среды и др.

Внутримесячная хронофеноменология ЦВЗ показывает четкую зависимость от фаз лунного цикла: «критическими» в плане их обострений следует считать дни полнолуния и новолуния. Эффективность антигипертензивных, антиагрегантных и цереброактивных препаратов, как принимаемых систематически, так и вводимых для купирования острых состояний, в эти дни снижается, что проявляется увеличением частоты повторных вызовов.

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 на организм человека в норме и патологии.

ХРОНОФЕНОМЕНОЛОГИЯ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Михайлис А.А.

Ставропольская государственная медицинская академия, кафедра патофизиологии, Ставрополь, Россия

ИБС является одной из важнейших причин смертности и инвалидизации населения развитых стран. В этой связи особую актуальность приобретает разработка методов профилактики обострений хронической ишемической болезни сердца (ХИБС) в виде стенокардии напряжения (СН), пароксизмальной аритмии (ПА) и декомпенсации сердечной деятельности (ДСД). ХИБС нередко сочетается с гипертонической болезнью (ГБ) и цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ). Одним из разделов хрономедицины является хронопрофилактика. В этом аспекте определенный интерес представляет цикличность проявления (хронофеноменология) патологии человека, в частности, хронофеноменология ХИБС. Несмотря на большие успехи, достигнутые в диагностике и лечении острой и хронической сердечно-сосудистой патологии, средства и методы контроля болезней, входящих в кардиоваскулярный и цереброваскулярный континуумы, до сих пор всё еще недостаточно эффективны. Одна из причин такого положения вещей кроется в не до конца выясненных этиопатогенетических аспектах проблемы. В то же время 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 этой связи 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 являлось выявление циклических закономерностей во внутрисуточной и внутригодовой динамике обострений ХИБС. Материалом для исследования служили карты вызовов (30 000) отделения скорой медицинской помощи Шпаковской ЦРБ Ставропольского края за 2009 год. С учетом времени появления симптомов заболевания производилось распределение частоты возникновения случаев обострения ХИБС 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. Внутрисуточная динамика возникновения приступов СН обнаруживает около-4-часовой «ритм» с пиками около 0-2, 4-6, 8-9, 12-14, 16-18, 20-21 часов. Это говорит о сложности и выраженной гетерогенности нарушений коронарного кровообращения, проявляющихся стенокардитическим болевым синдромом. Внутрисуточная динамика ПА (наджелудочковой) имеет следующую картину. Около полуночи частота начала аритмических пароксизмов близка к минимальной. Первый пик ее имеет место с 7 до 10 часов. Через 12 часов после него, т.е. с 19 до 22 часов отмечается второй пик, более выраженный (максимум). Между ними имеются две слабо выраженные волны: первая около 2-5 часов, вторая около 13-15 часов. Таким образом, во внутрисуточной динамике пароксизмальных наджелудочковых аритмий присутствует около-6-часовой «ритм» с максимальными акрофазами через 12 часов. Сходную структуру имеет внутрисуточная динамика ДСД. Она имеет два четко выраженных пика: около 7-10 и 19-22 часов (второй пик — максимальный), а также еще две слабо выраженные волны: около 2-5 и 15-17 часов. Таким образом, и во внутрисуточной динамике ДСД присутствует около-6-часовой «ритм» с максимальными акрофазами через 12 часов. Любопытно, что пики ДСД и ПА, отмеченные через