

Анализируя суммарное урежения ЧСС детей специализирующихся в различных видах спорта было установлено, что у юных пловцов за восемь-девять лет систематических мышечных тренировок урежение частоты сердцебиений по сравнению с исходными данными составило примерно на 32 уд./мин ($P < 0,05$). У лыжников-гонщиков за аналогичный период мышечных тренировок ЧСС уменьшилась по сравнению с исходными данными на 30 уд./мин ($P < 0,05$). У гимнастов в процессе восьми-девяти лет систематических мышечных тренировок ЧСС снизилась по сравнению с исходными данными на 20,1 уд./мин ($P < 0,05$). У юных спортсменов систематически занимающихся хоккеем с шайбой в течении восьми-девяти лет ЧСС уменьшилась по сравнению с исходными данными примерно на 28 уд./мин ($P < 0,05$).

Следовательно, на урежение частоты сердечных сокращений юных спортсменов влияет возраст, в котором дети приступают к систематическим занятиям спортом и характер выполняемых физических упражнений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УГЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ДАНЫМ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЫ И ОРТОПАНТОМОГРАММЫ

Дмитриенко С.В., Иванова О.П., Севастьянов А.В.,
Ртищева С.С., Ярадайкина М.Н.

*Волгоградский государственный медицинский
университет, Волгоград,
e-mail: svdmitrienko@volgmed.ru*

Компьютерная ортопантомография (ОПТГ) один из современных методов рентгенологического исследования челюстно-лицевой области, позволяющий не только диагностировать патологию, но и при объективном анализе выбирать рациональный план лечения. Предложено большее количество методов исследования, в том числе и угла нижней челюсти.

Однако в доступной литературе мы не встретили сравнительной характеристики угла нижней челюсти (Ar-Go-Me) по данным ортопантомографии и телерентгенографии, что послужило целью настоящего исследования.

Нами проведен анализ телерентгенограмм и ортопантомограмм у 36 пациентов первого периода зрелого возраста, обоего пола, с физиологической окклюзией постоянных зубов.

Телерентгенограммы и ортопантомограммы получали в одном режиме на цифровых аппаратах ORTHOPHOS Plus Serp в программе SIDEXIS. ОПТГ проводили без разобращения зубных рядов межрезцовым фиксатором, челюсти смыкались при этом в привычной окклюзии. Подтверждено, что все анатомические образования на ортопантомограммах были увеличены как по горизонтали, так и по вертикали, однако их соотношения соответствовали истинным.

При сравнении показаний телерентгенограммы и ортопантомограммы у одного и того же пациента значения угла (Ar-Go-Me) совпадали, разность между показателями не превышала $\pm 1,5$ градуса, что в дальнейшем позволяло оценивать угол нижней челюсти по ортопантомограммам без дополнительного телерентгенографического исследования.

Таким образом, для определения величины угла нижней челюсти рекомендуем оценивать данный показатель по ортопантомограмме, как наиболее распространенном методе исследования.

ВЗАИМОСВЯЗЬ САГИТТАЛЬНЫХ И ТРАНСВЕРСАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ ЗУБНЫХ ДУГ ПРИ ИХ БРАХИГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ.

Дмитриенко С.В., Иванова О.П.,
Севастьянов А.В., Ртищева С.С.,
Ярадайкина М.Н.

*Волгоградский государственный медицинский
университет, Волгоград,
e-mail: svdmitrienko@volgmed.ru*

По мнению Е.Н. Angle понятие идеальной зубной дуги связано с различными типами лица, а именно долихоцефалическим, мезоцефалическим и брахицефалическим. При этом показано, что при брахицефалическом типе лица чаще встречаются короткие и широкие зубные дуги. Однако не приведены морфометрические данные и не показана взаимосвязь между сагиттальными и трансверсальными размерами зубных дуг.

При определении основных параметров зубных дуг нами измерялась ширина дуги, глубина дуги и фронтально-дистальную диагональ. К брахигнатической форме относили короткие и широкие зубные дуги. Индекс дуги рассчитывался как отношение глубины дуги к ширине зубной дуги, измеряемой между точками, расположенными на середине дистальных поверхностей вторых постоянных моляров вблизи окклюзионного контура.

Результаты исследования показали, что ширина зубных дуг в области вторых постоянных моляров на верхней челюсти составляла $57,9 \pm 1,42$ мм, на нижней челюсти $55,9 \pm 1,53$ мм, ширина зубных дуг между клыками на верхней челюсти составляла $34,7 \pm 1,59$ мм, на нижней челюсти $27,5 \pm 1,47$ мм.

Глубина зубных дуг от фронтальной точки, расположенной между медиальными резцами, до линии, соединяющей дистальные точки вторых постоянных моляров, на верхней челюсти составляла $46,9 \pm 1,74$ мм, на нижней челюсти $44,3 \pm 1,93$ мм. Фронтально-дистальная диагональ, измеряемая от фронтальной точки, до дистальной точки вторых моляров на верхней челюсти составляла $51,5 \pm 2,12$ мм, на нижней челюсти $46,7 \pm 1,96$ мм.

Отношение сагиттальных размеров зубных дуг к трансверсальным на верхней челюсти составляло $0,81 \pm 0,03$, на нижней челюсти $0,79 \pm 0,05$.

Таким образом, к брахигнатической форме зубной дуги рекомендуем относить такие дуги, при которых индекс дуги составляет менее 0,84.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС ВРАЧЕЙ: СОЦИАЛЬНЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ

Доника А.Д., Руденко А.Ю., Засядкина И.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: addonika@yandex.ru

Актуальность исследования профессионального стресса врачей в настоящее время обусловлена проблемой повышения качества медицинских услуг в рамках реализации Национального проекта «Здоровье». Безусловно, психологическое состояние врача определяет как эффективность оказываемой им медицинской помощи, так и удовлетворенность ею пациентом.

Ряд причин профессионального стресса врачей инициирован современными социально-экономическими реалиями российского общества, в частности, неэффективно выстроены структуры социальной защиты населения, явно завышены эмоциональные и физические нагрузки при решении бытовых и профессиональных проблем. По мере вхождения в рыночную среду усиливается процесс стратификации. Соответственно возрастает эмоционально-психологическая нагрузка на врача, связанная как с этими процессами, так и с освоением новых методов и технологий, которые в последние годы фактически преобразили лечебную практику и взаимоотношения с пациентами.

Условия жесткой конкуренции заставляют многих врачей отказываться от того стиля общения с пациентами, который был для них привычен ранее. Проведенный социологический опрос «могут ли между врачом и пациентом стоять деньги?» показал, что 59,49% из 1338 респондентов считают, что «это нормальные взаимоотношения»; и только 8,07% отрицают такой вариант взаимоотношений (выбравшие вариант ответа «нет, никогда»). Изменились и взаимоотношения врача с работодателем. Теперь наряду с государственными учреждениями, появилось много частных клиник, где обеспеченность для врачей обычно лучше, однако интенсивность их труда значительно выше.

Интересным представляется тот факт, что значимость стрессоров во времени меняется. Так, если 10 лет назад на первое место выдвигались временной прессинг, проблемы, связанные с пациентами, и вопросы взаимодействия с сотрудниками, то в последующих исследованиях отмечена ведущая роль отсутствия перспективы карьерного роста. Исследования российских и за-

рубежных ученых убедительно свидетельствуют о том, что профессиональный стресс без проведения профилактических мероприятий приводит к депрессии, злоупотреблению алкоголем, наркотиками, а иногда к суицидному поведению.

Профессиональный стресс может протекать в виде синдрома профессионального выгорания (так называемая в ряде исследований «циничная форма»), т.к. одним из проявлений является цинизм), а также в разнообразных маскированных, либо соматических формах. Типичной из маскированных форм протекания профессионального стресса, особенно у личностей гиперсоциализированного либо неврастенического типов является «трудоголизм» – замещение профессиональной деятельностью всех сфер жизни. В таких случаях увеличение удельного веса профессиональной деятельности по сравнению с другими сферами жизни – досуговой, семейной, культурной и пр. – вызвано попытками компенсировать недостаточную удовлетворенность результатами своего труда, субъективно интерпретируемую как следствие недостаточности трудовых усилий.

В качестве медицинских критериев оценки «эмоционального благополучия» (по Варру) может быть использована донозологическая диагностика невротических состояний. Проведенное нами исследование по госпитальной шкале тревоги и депрессии не выявило среди врачей модельных групп клинических форм рассматриваемых невротических состояний.

В то же время отмечена широкая распространенность среди врачей субклинических форм: у 33,7% в группе хирургов; 68,3% в группе терапевтов; 49,4% – в группе врачей нелечебного профиля. Таким образом, субклинические формы тревожных состояний встречаются у каждого второго-третьего врача, достоверно чаще, чем депрессивные состояния ($p < 0,05$). Полученные результаты могут быть расценены как объективные показатели проявления профессионального стресса врачей. Распространенность субклинических форм невротических состояний в модельных группах врачей как лечебного, так и нелечебного профиля, свидетельствует о значимости социальных факторов для генеза профессионального стресса. Ключевым моментом является принадлежность профессиональной группы к социальномическому типу профессий, характерным признаком которого считается активное социальное взаимодействие [1]. В этом контексте мы считаем, что необходим профессиональный отбор врачей по критерию соответствия личностных качеств, особенности которых характеризуют эффективность взаимодействия врача и пациента как социальных контрагентов.

Список литературы

1. Доника А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. – М.: Изд-во «Академия естествознания», 2009 – С. 96-120.