адаптации, вызванный коррекцией профессиональных ожиданий; кризис, связанный с нарушением перспектив профессионального продвижения; кризис периода профессионального мастерства, связанный с возможным падением интереса к профессии; кризис потери перспектив профессиональной карьеры во второй половине периода зрелости; кризис утраты профессиональной деятельности в связи с выходом на пенсию. Таким образом, нормативные кризисы профессионализации распределены в течение всей жизни и от результатов их преодоления во многом зависит состояние личности. В случае деструктивного разрешения кризиса личность теряет интерес не только к труду, но и в целом к жизни, утрачиваются ценностные личностные качества.

С другой точки зрения, уход из профессии рассматривается как этап профессионального развития. В этом контексте А.К. Маркова выделяет 5 уровней профессионализма, определяющих 9 этапов профессионального развития:

1) *допрофессионализм* – включает этап первичного ознакомления с профессией;

2) *профессионализм* – состоит их 3 этапов: адаптации к профессии; самоактуализации в ней; свободного владения профессией в форме мастерства;

3) *суперпрофессионализм* – также состоит из 3 этапов: свободного владения профессией в форме творчества; овладения рядом смежных профессий; творческого самопроектирования личности;

4) *непрофессионализм* – выполнение труда по профессионально искаженным нормам на фоне деформации личности;

5) *послепрофессионализм* – завершение профессиональной деятельности.

Наши исследования также показали, что от начала выбора профессии (стадия оптации) до достижения вершин профессионального мастерства (стадии мастерства, авторитета и наставничества) происходит качественная перестройка личностных характеристик человека как субъекта труда. При этом, в зависимости от ситуации, возможен не только поступательный переход, но и возвращение к ранним стадиям (например, при смене работы). В контексте нашего исследования проводился социологический анализ профессионализации на модели медицинских профессий. Особенностью рассматриваемого профессионального поля является наблюдаемая во всем мире феминизация его субъекта деятельности. Потребность в реализации жизненных перспектив, связанных с созданием семьи, рождением детей и их воспитанием, осложняет профессиональную реализацию, замедляет темпы карьерного роста и повышает риски социально-профессиональной дезадаптации. В связи с этим, на наш взгляд, удлиняются стадии адаптации и интернализации цикла профессиогенеза, а стадия наставничества зачастую не реализуется в силу переориентации системы ценностей [1].

Список литературы

1. Доника А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. – М.: Изд-во «Академия естествознания», 2009. – С. 35–37.

2. Доника А.Д., Руденко А.Ю., Засядкина И.В. Профессионализм как система ценностей: континентальный подход / А.Д. Доника, А.Ю. Руденко, И.В. Засядкина // Успехи современного естествознания. – 2011. – № 12. – С. 66–67.

«Актуальные вопросы педиатрии и хирургии детского возраста», Маврикий, 18-25 февраля 2013 г.

Медицинские науки

ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кравцова А.Г.

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, e-mail: med.fac.pediatrics@mail.ru

В условиях прогрессивно развивающейся реанимационной неонатальной помощи в Приднестровской молдавской республике стало возможным выхаживание маловесных новорожденных детей благодаря широкому использованию препаратов сурфакттанта (с 2009 года), но это, в свою очередь, поставило перед неонатологами-реаниматологами новые проблемы. Одна из них – открытый (функционирующий) гемодинамически значимый артериальный проток (**ГЗ ФАП**).

Клинические последствия функционирования открытого артериального протока (dustus arteriosus, ОАП) зависят от выраженности лево-правого шунтирования крови и способности организма новорожденного компенсировать гемодинамические проблемы. В зависимости от сроков клинических проявлений осложнения ГЗ ФАП можно подразделить на ранние (в первые семь дней после рождения) и поздние (на 2-й – 4-й неделях жизни). Ранние осложнения: усугубление тяжести РДС на фоне адекватной респираторной терапии, развитие внутрижелудочковых кровоизлияний, легочное кровотечение, развитие энтероколита (Лево-правое шунтирование крови через артериальный проток приводит к синдрому «обкрадывания» мезен-

териального кровотока), артериальная гипотония, снижение диуреза, метаболический или смешанный ацидоз**. К** поздним осложнениям относится появление классических признаков застойной сердечной недостаточности.

Ведущие мировые институты перинатальной медицины до сегодняшнего времени не пришли к единому мнению «чем лечить?», «когда лучше начинать терапию?» что так же пока не дает ответа и в рандомизированных исследованиях. Медикаментозная терапия основана на подавлении синтеза простагландинов – одного из основных факторов, поддерживающих проток открытым.

Согласно всемирным и отечественным данным в последние годы увеличивается число преждевременных родов, следовательно должна увеличится и частота ГЗ ФАП. При этом нашей республике не отработана схема ведения данной патологии.

Цель: изучение тактики ведения недоношенных новорожденных детей с ГЗ ФАП.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных государственного учреждения «Республиканский центр матери и ребенка» (ГУ «РЦМиР») г.Тирасполь в период с 2011 по 2012 гг. Под наблюдением находилось 18 недоношенных новорожденных детей со сроком гестации 28–34 недели, с признаками ГЗ ФАП. Введение ибупрофена осуществлялось по стандартным медицинским показаниям – при наличии клинически значимого функционирующего ОАП.

Результаты. Под наблюдением находилось 18 недоношенных новорожденных детей с диагнозом ГЗ ФАП с гестационным возрастом 28–34 нед., с массой тела: У 16 матерей имел место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, асфиксия разной степени тяжести имела место у 7 недоношенных новорожденных детей с ГЗ ФАП, внутриутробная инфекция – у 10 недоношенных новорожденных, у 1 новорожденного анемия тяжелой степени и у 1 новорожденного ВЖК 3 ст. диагностированное в первые 2 часа жизни. Терапию сурфактантом получали 5 детей по поводу тяжелого РДС. Исследовательскую группу состоящую из 18 недоношенных новорожденных мы разделили на 2 группы: 8 недоношенных новорожденных составили 1 группу исследования, они не получали медикаментозной коррекции ингибиторами ЦОГ, им так же не проводилась хирургическая коррекция ОАП, лечение осуществлялось методом консервативной коррекции. Вторую группу составили 10 недоношенных новорожденных, получавших медикаментозное лечение. Динамический мониторинг изменения состояния АП в обоих группах проводилась по клиническим критериям, прослеживалась рентгенологическая динамика ФАП (с подсчетом кардиотаракального индекса), в обоих группах минимум трехкратно проводилась эхокардиография и допплерография за время лечения в ОРИТН, проводился мониторинг витальных функций.

Учитывая высокую стоимость препарата Педеа®, нами в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГУ «РЦМиР» применяется ибупрофен для приема per os, по аналогии с опытом специалистов Республика Молдова. Так, ибупрофен, для лечения ГЗ ФАП, применяется per os по схеме: 10 мг/кг, затем через 24 часа – 5 мг/кг, а затем еще через 24 часа – 5 мг/кг. Учитывая большой риск развития осложнений при приеме препарата per os, нами было принято решение, что все пациенты, получающие лечение по поводу ОАП, за 30 минут до назначения препарата «Nurofen», будут получать фосфолюгель (по 2 мл per os) с целью защиты слизистой желудка и кишечника. Так же эта группа пациентов (получающих *медикаментозную терапию*) планово, в течение 3-х суток, получала блокатор гистаминовых H_2-рецепторов – квамател (2 мг/кг/сут в 2 введения).

Таким образом, во 2 группе исследования у 7 недоношенных новорожденных произошло полное закрытие ОАП, а у 3 других уменьшилась гемодинамическая значимость ОАП, в то время как в 1 группе, где пациенты получали консервативную терапию, у 4 недоношенных новорожденных произошло полное закрытие ОАП, у 2 пациентов отмечено уменьшение протока в диаметре и у 2 недоношенных новорожденных консервативное лечение оказалось без эффекта.В нашем исследовании недоношенные новорожденные получавшие ибупрофен по указанной схеме достоверно быстрее «отдавали» «жесткие» режимы ИВЛ и быстрее переходили на самостоятельное дыхание, что было связано с уменьшением тяжести РДС, у них быстрее, чем в 1 группе исследования нормализовывалось центральная гемодинамика, быстрее купировался ацидоз. Не ставиться под сомнение, на сегодняшний день, факт необходимости коррекции ГЗ ФАП у недоношенных новорожденных, в связи с большим количеством и частотой сопутствующих ОАП осложнений по сравнению с теми побочными действиями препарата ибупрофен, которые вероятно (но не обязательно) могут развиться при назначении медикаментозной коррекции ГЗ ФАП.

Выводы. ГЗ ФАП остается на сегодняшний день важной проблемой, т.к. своевременная диагностика и рациональная терапия имеют значимое влияние на уровень выхаживания и качество жизни впоследствии недоношенных новорожденных в нашей стране. Не смотря на то, что имеется немало сообщений в Российской и англоязычной литературе указывающих на серьезные осложнения, связанные с назначением ибупрофена per os мы позитивно относимся к применению данной схемы в лечении

ГЗ ФАП. Описанных в литературе тяжелых осложнений сопутствующих приему ибупрофена per os в нашем исследовании не отмечено. Нами было отмечено, что новорожденные у которых не было эффекта от лечения ибупрофеном, имели более низкую массу тела при рождении и малый гестационный возраст, по сравнению с недоношенными новорожденными у которых был позитивный эффект на проведенную медикаментозную коррекцию. Это может свидетельствовать о том, что гестационный возраст представляет собой прогностический фактор в отношении эффективности медикаментозного закрытия ОАП.

«Качество жизни больных с различными нозологическими формами», Маврикий, 18-25 февраля 2013 г.

Медицинские науки

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ В ПРОЦЕССЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

[1]Ненарокомов А.Ю., [2]Воробьев В.В., [2]Алпатов А.В.

[1]Волгоградский государственный медицинский университет;
[2]Волгоградский областной клинический онкологический диспансер № 1, Волгоград,
e-mail: poisson1967@yandex.ru

Современный уровень развития онкохирургии диктует необходимость использования новых критериев оценки результатов проводимого лечения [2]. Сегодня абсолютно недостаточно говорить о недостатках и преимуществах того или иного вида онкологической операции с позиций сравнения только структуры и частоты послеоперационных осложнений, длительности бессобытийного периода, средней продолжительности жизни. В последние десятилетия в мировой практике важное место занимает обсуждение проблемы полноты восстановления здоровья больных, сохранения связанного с ним качества жизни[1, 3].

Цель исследования. Оценить влияние различных видов хирургических вмешательств на показатели качества жизни (КЖ) больных раком прямой кишки.

Материалы и методы. На примере 252 пациентов изучены отдаленные результаты хирургического лечения рака прямой кишки: передняя резекция (ПР) – 74 наблюдения, брюшно-анальная резекция с низведением (БАР) – 82 случая, брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ) – 96 больных. У 43 пациентов (БПЭ – 19, БАР и ПР – по 12) до начала лечения и через 6 месяцев после операции динамику показателей КЖ оценивали с помощью опросника SF-36. Показатели КЖ сравнивались с данными контрольной группы из 223 практически здоровых респондентов.

Результаты исследования. Пятилетняя выживаемость больных раком прямой кишки составила 59,9%: после ПР – 59,4%, БАР – 59,8%, БПЭ – 61,5% ($p > 0,05$). В группе сфинктеросохраняющих операций этот показатель у пациентов со стадией рака $T_{1-3}N_0M_0$ составил 71,6%, а при стадии $T_{1-3}N_+M_0$ – 40,4%. После БПЭ эти цифры были равны, соответственно, 72,4 и 34,2%.

Перед операцией были выделены шкалы, максимально реагирующие на болезнь в профиле КЖ: общего здоровья (GH), физического функционирования (PF), шкала боли (BP), социального функционирования (SF), жизнеспособности (VT) и психического здоровья (MH). Изменения ролевых шкал (RP, RE) не были клинически значимыми. Замечено, что у больных с перспективой выполнения БПЭ исходный уровень КЖ был ниже по сравнению с больными, которым были выполнены сфинктеросохраняющие операции. У последних преобладали изменения по шкалам психологического здоровья и по шкале боли (SF, VT, MH, BP).

При выполнении ПР отмечено улучшение показателей КЖ по всем изучаемым шкалам. После БАР, так же, было получено улучшение значений КЖ по шкалам GH, BP, MH и SF. Выполнение БПЭ сопровождалось повышением уровня GH, BP, MH и VT. Таким образом, БАР и БПЭ позволяли решить проблему физической реабилитации больных, но уступали ПР в вопросах реабилитации психологической и социальной.

Заключение. Полученные данные подтверждают обоснованность современной тенденции к расширению показаний к сфинктеросохраняющим операциям при условии строгого отбора больных на дооперационном этапе.

Список литературы

1. Каганов О.И., Козлов С.В. Показатели качества жизни больных с диагнозом колоректальный рак после циторедуктивных операций // Колопроктология. – 2011. – № 2(36). – С. 18–22.

2. Сперанский Д.Л., Ненарокомов А.Ю. Основы доказательной медицины в онкологии // Креативная хирургия и онкология. – 2012. – № 2. – С. 90–94.

3. Чойнозов Е.Л., Балацкая Л.Н. Качество жизни онкологических больных как оценка эффективности лечения и реабилитации // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – Приложение № 2. – С. 215.