Исходя из данных, представленных на рисунок, доля злоупотребляющих летучими растворителями при органических поражениях выше, чем в остальных случаях (11,5% против 9,84% и 8,62% соответственно). Этому может способствовать деформация личности по органическому типу или иным личностным девиациям на органическом фоне. Конформные подростки в асоциальных компаниях склонны к патохарактерологическому развитию по неустойчивому типу. При патохарактерологическом развитии личности с преобладанием неустойчивости на передний план выступают такие черты, как отсутствие волевых задержек, зависимость поведения от минутных желаний и влечений. Мотивацией злоупотребления летучими растворителями здесь чаще всего служит любопытство, желание испытать неизведанные переживания и ощущения, а также конформность со «своей» группой сверстников.

Среди несовершеннолетних с социализированным расстройством поведения каннабиноидами злоупотребляют 11.48% (против 6.8% и 6.9% при других патологиях). Эта категория характеризует расстройства поведения, включающие стойкое диссоциальное или агрессивное поведение и возникающее у детей и подростков, обычно хорошо интегрированных в группе сверстников. Основными мотивами злоупотребления каннабиноидами в данном случае становится желание быть принятым компанией сверстников в качестве признанного ее члена, бунт против общества или родителей и поиск путей, чтобы справиться со своими личными проблемами.

В группе лиц с легкой умственной отсталостью несколько выше показатели злоупотребления алкоголем (39.66% против 36.78% и 36.07%) и табаком (43.1% против 40.23% и 40.98%). В целом, у лиц с легкой степенью умственной отсталости поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения гораздо больше схожи с таковыми у людей с нормальным уровнем интеллектуальности. Несмотря на это, умственная отсталость – один из факторов, усиливающих внушаемость подростка – это может способствовать злоупотреблению данными психоактивными веществами.

Как показывают проведенные исследования, пациенты с коморбидной патологией довольно часто встречаются в психиатрических стационарах. Это закономерный факт, так как лица, страдающие тем или иным психическим заболеванием, в большей степени подвержены формированию патологического защитного поведения, к которому можно отнести склонность к употреблению психоактивных веществ. Как показывают проведенные исследования, характер и степень тяжести психической патологии также может являться одним из условий формирования определенного типа аддиктивного поведения.

О ПРОБЛЕМЕ НАРАЩИВАНИЯ НОГТЕЙ

Кондалова И.А., Кушнарёва М.А.

ГБОУ СПО «Армавирский зооветеринарный техникум КК», Армавир, e-mail: arm.azvt@gmail.com

Наращивание ногтей предлагает каждый косметический салон, где выполняется маникюр. Но исследования учёных доказывают, что эта процедура негативно влияет на собственные ногти. Как сообщает информационное агентство Reuters, недавно изобретённые новые акриловые составы оказывают раздражающее и аллергическое воздействие на организм.

Цель нашей работы: выявление положительных и отрицательных сторон наращивания; пропаганда красоты естественных ногтей. Задачи исследования: выяснение последствий нарощенных ногтей; изучение состава материалов для наращивания и их влияния на наш организм; сбор статистики наращивания в салонах г. Армавира; изучение правил сохранения здоровья ногтей после наращивания.

Входящий в состав акрила метилметаакрил запрещён, но все же нелегально используется. Его длительное воздействие на организм может приводить к поражению печени и почек. Его пары оказывают сильное раздражающее действие на слизистую оболочку носа, глаз и дыхательных путей. Он способен вызывать повреждение роговицы. Врачи предупреждают: всё больше женщин обращаются к онкологам после посещения… маникюрного салона. Причиной этому является облучение ультрафиолетовыми лампами, которые применяются для полимеризации геля. Собранная нами статистика по г. Армавиру подтверждает наличие положительной динамики данной процедуры. Ежегодно миллионы женщин по всему миру рискуя своим здоровьем прибегают к подобным услугам; и как выяснилось, у некоторых развивается рак кожи. Невозможно не сказать и о приобретённых проблемах с натуральными ногтями. Это – бактериальное поражение ногтевой пластины, неровности ногтевой пластины, которые являются результатом неправильного запила, «ступенька» после снятия искусственных ногтей, иссушение околоногтевого кожного валика, утончение ногтевой пластины. Кроме того, надо помнить, что у процедуры наращивания есть свои противопоказания: заболевания пищеварительной системы; эндокринной системы; выделительной системы; приём антибиотиков; прохождение курса химиотерапии; беременность! Поэтому стоит задуматься, над тем, нужны ли нарощенные ногти или лучше ухаживать за своими, не сталкиваясь с проблемами!

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

Кондрашова Р.А.

Орловский государственный университет, медицинский институт, Орёл, e-mail: galinagudimenko@yandex.ru

Возможность соблюдения требований профессиональной этики в современных условиях является одной из проблем многих наук, в том числе, и медицины. Под профессиональной этикой понимается совокупность норм и правил, регулирующих поведение специалиста на основе общечеловеческих моральных ценностей, с учетом его профессиональной деятельности и конкретной ситуации. Раздел этики, представляющий учение о морали и нравственности, называется деонтологией (от греч. δέον – должное). Впервые данный термин был введен Бентамом для обозначения теории нравственности как науки о морали [1].

Профессиональная деонтология понимается в широком и узком смысле, как выполнение профессионального долга согласно нормативно-правовым документам и как взаимоотношение людей в конкретном месте в конкретной ситуации. В настоящее время наиболее полно разработана в науке именно медицинская деонтология, которая включает в себя вопросы соблюдения врачебной тайны, меры ответственности за жизнь и здоровье больных, проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе, проблемы взаимоотношений с больными и их родственниками и т.д.

Основы медицинской деонтологии были заложены еще в медицине древнего мира, когда произошло разделение труда и врачевание стало профессией.

В каждую историческую эпоху в соответствии с господствовавшей в данном обществе моралью принципы медицинской деонтологии имели характерные особенности. Но общечеловеческие, внеклассовые этические нормы медицинской профессии, заключающиеся в стремлении облегчить страдания и помочь больному человеку, оставались неизменными.

Наиболее древним источником, в котором сформулированы требования к врачу и его права, считают относящийся к 18 в. до н.э. свод законов Хаммурапи, принятый в Вавилоне. Некоторые вопросы медицинской деонтологии нашли отражение и в древнейших памятниках индийской литературы: в своде законов Ману (около 2 в. до н.э. – 1 в. н.э.) и в Аюрведе (Науке жизни; 9–3 вв. до н.э.). В одной из книг Аюрведы говорится, каким должен быть врач, как следует ему себя вести, как и что говорить больному. Сегодня выделяют следующие модели медицинской деонтологии:

1) модель Гиппократа («не навреди»), где сформулированы принципы врачевания и обязанности врача перед пациентом;

2) модель Парацельса («делай добро»), где основное значение приобретает патернализм (от лат. pater – отец) – эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого строится весь лечебный процесс;

3) деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»), в основе которой лежит принцип «соблюдения долга» (deontos по-гречески означает «должное»), строжайшее выполнение предписаний морального порядка, соблюдение установленного медицинским сообществом и социумом набора правил;

4) биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»), где остро стоит вопрос соблюдения прав и свобод пациента как личности, соблюдения прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) в связи с развитием современной медицины, биомедицинских технологий прогнозирования и управления наследственностью, контроля функций человеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровне;

5) модель информированного согласия, в которой первостепенное значение имеет право пациента на информацию, необходимую для согласия в условиях современной медицины, насыщенной разнообразной аппаратурой и повышенной уязвимостью пациента, когда благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента считается недопустимым. Причём под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Врачу вменяется в обязанность информировать пациента о характере и целях предлагаемого ему лечения; о связанном с ним существенном риске; о возможных альтернативах данному виду лечения и т.д.

В настоящее время новейшие достижения медицинской науки и техники заставляют несколько с другой точки зрения рассматривать традиционные нормы медицинской деонтологии. Принцип «врач-больной» заменяется принципом «врач–прибор–больной», а потребность больного в чутком и внимательном отношении медицинского работника, в его добром слове, не уменьшилась, а еще более увеличилась.

Л.В. Коновалова в статье «Прикладная этика» сформулировала понятие «Прикладной этики» и описала природу *нового образа этики*, ранее не существовавшей и включающей все проблемы, связанные с воспроизводством жизни (искусственное зачатие, суррогатное материнство, клонирование), а также проблемы генетики и генной инженерии [2]. При этом проблемы взаимоотношений врача и пациента, врача и родственников больных, вопрос о врачебной тайне, о святой лжи и многие другие, входящие в круг проблем профессиональной медицинской деонтологии, приобретают сейчас нетрадиционные решения. В результате прогресса в области медицины, биологии, техники, власть врача над человеческим организмом становится беспрецедентной, а вследствие этого – непредсказуемой и пугающей.

Современное введение принципа информированного согласия в сферу охраны здоровья вызвано необходимостью для врача *совместно* с *пациентом* решать возникающие моральные дилеммы в области медицины. В процессе дифференциации и специализации медицины, формирования ее новых областей, возникают и другие, не менее сложные, деонтологические проблемы. Среди них можно выделить следующие:

1) взаимоотношения хирурга, анестезиолога и реаниматолога в процессе лечения больного;

2) проблема «врач-больной-прибор»;

3) наука как коллективный труд;

4) сложные морально-этические вопросы, связанные с актуальными острыми научными проблемами.

Помимо общемедицинских правил и положений деонтологии, в каждой специальности существуют и специфические деонтологические аспекты. Это объясняется тем, что в каждом конкретном случае возникающие в процессе работы врача ситуации должны решаться индивидуально.

Так, например, успехи реаниматологии, возросшие возможности длительного поддержания функций ряда органов и систем при необратимом прекращении функции головного мозга, потребности трансплантации органов вынесли на повестку дня целый ряд серьезных морально-этических проблем, связанных поведением врача, в частности, при определении достоверных критериев наступления смерти.

В области медицинских биотехнологий следует отметить так называемое «улучшение человека», т.е. направленное использование биотехнических средств для изменения путем прямого вмешательства не болезненных процессов, а «нормальной» работы человеческого тела (с помощью медикаментов, генетической инженерии или механических/компьютерных имплантатов в тело и мозг). Инструменты «улучшения» могут быть применены как механизмы биотерроризма (генетически измененные бактерии, стойкие к лекарственным воздействиям, или препараты, стирающие память); как агенты социального контроля (например, медикаменты для усмирения хулиганов или блокировки рождаемости у лиц, получающих государственное пособие); как средства, предназначенные для улучшения или усовершенствования тел и умов (развитые путем генетической инженерии сверхмускулы или препараты, улучшающие память) [3]. Патентование генов, клеточных клонов, тканей, органов и целых организмов способствует монополизации биотехнологического бизнеса в руках немногих компаний и в то же время ставит людей перед непростыми этическими дилеммами типа «живой организм – творение божье или патентованный результат деятельности бизнесменов».

В связи с появлением сложных медицинских систем требования к медицинскому персоналу существенно возросли. Каждый медработник должен в совершенстве владеть медицинскими навыками и уметь обращаться с современным медицинским оборудованием. В современных условиях глобализации культуры и распространения рыночных отношений на ме-

дицину и сферу науки, подвергаются трансформации и социальные ориентации, часто становится крайне трудным моральный выбор. Президент Всемирной ассоциации неврологов Р.Маслоу пишет по этому поводу: «Этика нашей профессии все более становится непосильным, изматывающим душу бременем» [4]. Религия, философия, биоэтика, юриспруденция и все другие науки, положенные в основу деонтологии, провоцируют конфликты этического порядка и неоднозначность сопутствующего им морального выбора. Каждый человек в силу своих человеческих и религиозных утверждений принимает тот или иной этический довод, и с развитием медицины проблемы деонтологии будут порождать все новые и новые споры.

Список литературы

1. Светлов, С.В. Антиглобализм и биотехнология [Электронный ресурс]. URL: http://www.antiglobalizm.org/antiglobalism/sv.htm
2. Коновалова, Л.В. Прикладная этика // Цифровая книга. – М.: Озон, 2004 – 268с. ISBN 5–201–01977–3.
3. Леон Р. Касс. Нестареющие тела, счастливые души: биотехнологии в погоне за совершенством // Журнал « Вызов познанию: Стратегии развития науки в современном мире» – М.: Наука, 2004, с. 282-308.
4. Иваницкий г. Р. Найдутся ли ответы? // Подписная научно-популярная серия «Знак вопроса». № 6. М.: Знание, 1989 – 48 с.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗОРВАВШИХСЯ АНЕВРИЗМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Корнев А.П.

Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи, Ставрополь, e-mail: mdkornev@gmail.com

Актуальность: Приблизительно в 80% случаев причиной субарахноидального кровоизлияния (САК) является разрыв мешотчатой аневризмы сосудов мозга. Пациентам с аневризматическими САК проводят раннее хирургическое выключение аневризмы из артериального русла с целью профилактики повторного кровоизлияния. Показано хирургическое вмешательство в объеме окклюзии аневризмы путем клипирования или эмболизации. Клипирование аневризмы позволяет одновременно реконструировать стенку артерии и выключить из кровотока аневризму, но требует краниотомии и несет угрозу ятрогенной ишемии мозга. За последние 5-7 лет лечение аневризм сосудов мозга существенно изменилось, что связано с внедрением в практику внутрисосудистых методов устранения аневризм.

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения САК путем клипирования и эндоваскулярной эмболизации микроспиралями. Исследование проводилось на базе НХО ГУЗ СККЦ СВМП.

Методы исследования: в основу данного исследования положены результаты обследования и лечения 61 пациента с САК в период с сентября 2009г. по октябрь 2010 г., которые были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты, которым было выполнено открытое оперативное вмешательство (трепанация черепа) с наложением клипсы. Во вторую группу вошли пациенты, которым провели эндоваскулярное лечение путем эмболизации разорвавшейся аневризмы микроспиралями. Число пациентов в исследуемых группах составило 30 и 31, соответственно. К кретериям включения относились впервые возникшее САК, II – IV степень тяжести по Hunt & Hess, отсутствие тяжелой сопутствующей соматической патологии.

Полученные результаты: В первой группе средний возраст составил 47,3 года, мужчин – 37,5%, женщин – 62,5%. Во второй группе средний возраст – 48,4 года, мужчин – 45,2%, женщин – 54,8%. На момент выписки оценка качества жизни по шкале Карновского повысилась в среднем с момента поступления: в первой группе на 17,7 балла, во второй – на 26,7 балла. По шкале ком Глазго (GCS) регресс неврологической симптоматики составил в исследуемых группах составил 0,3 и 0,7 соответственно. В группе пациентов, прооперированных традиционно, средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 22,9 койкодня, в группе больных с энодовазальным вмешательством – 19,9 койкодня. В группе больных с клипированием у двух пациентов в послеоперационном периоде развился вазоспазм, успешно купированный медикаментозно, у одного больного – бактериальный менингит. Во второй группе одно осложнение – миграция микроспирали, с целью фиксации которой в экстренном порядке выполнено стентирование.

Выводы: таким образом, полученные данные позволяют утверждать, что применение современных эндоваскулярных методов лечения аневризматической болезни позволяет не только несколько сократить пребывание больного в стационаре, снизить число послеоперационных осложнений, но и способствует более высокому качеству жизни. Поэтому целесообразно более широкое внедрение данных методик в нейрохирургическую практику.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОРАЖЕННОСТЬ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДИСТРОФИЕЙ ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Короткина Е.С., Макогон А.С.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Барнаул, e-mail: eggiha@mail.ru

Известно, что во многих странах, в том числе и в России происходит демографическое старение населения. По данным ООН в России в 2000 году насчитывалось 18,5% населения старше 60 лет, а по прогнозу на 2050 год, эта цифра составит 37,2%. Увеличение доли пожилых и старых людей в общей численности населения оказывает влияние на распространенность заболеваний, возникающих в пожилом возрасте. Одним из таких заболеваний является возрастная макулярная дистрофия (ВМД). ВМД – это инволюционное заболевание центральной области сетчатки, развивающееся у людей старше 55 лет. По данным ВОЗ 25-30 миллионов человек в мире поражены ВМД. В России распространенность возрастной макулярной дистрофии составляет около 15 человек на 1000 населения.

В наше время проблема ВМД обрела особую актуальность в связи с увеличением продолжительности жизни людей и процессом постарения населения, то есть повышения удельного веса лиц пожилого возраста в структуре всей популяции. По статистическим данным, во всем мире около 30% людей старше 70 лет страдают этим заболеванием. ВМД имеет хронический прогрессирующий характер и при отсутствии адекватного лечения приводит к значительному снижению зрения вплоть до слепоты и, как следствие – инвалидизации и социальной дезадаптации больных.

Однако, кроме вышеперечисленных причин увеличения распространенности ВМД, на наш взгляд, имеется тенденция развития данного заболевания у лиц более молодого возраста. Исходя из высокой медико-социальной значимости, тенденции к «омоложению», важности ранней диагностики данного заболевания, мы решили исследовать патологическую пораженность возрастной макулярной дистрофией лиц молодого (до 44 лет) и среднего (45-49 лет) возраста.

Цель – изучить патологическую пораженность возрастной макулярной дистрофией лиц молодого и среднего возраста в Алтайском крае.