

и наладить социальное партнерство государственных и общественных структур. Целесообразно создать маркетинговую службу, которая бы прогнозировала спрос и предложение на рынке образовательных услуг.

2. Информационное.

Государственная политика формирования молодежных информационных ресурсов должна предусматривать решение следующих задач:

- интеграция молодежных информационных ресурсов РИ, независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности;
- создание и развитие информационных систем и сетей, обеспечение их совместимости и взаимодействия в едином информационном пространстве на базе современных информационных технологий, международных стандартов, общероссийской системы классификации и кодирования информации;
- обеспечение достоверной и обновляемой информации в молодежных информационных ресурсах РИ;
- повышение уровня информационной грамотности в молодежной среде;

3. Внутриорганизационное

Молодые люди должны рассматриваться как основной ресурс, определяющий успех деятельности организации в будущем. В соответствии с этим необходимо создавать все условия для реализации молодежной политики: оценка квалификации, вознаграждение и развитие профессиональных навыков молодых сотрудников организации. Основу этой концепции составляют возрастающая роль личности, знание мотивационных установок молодого человека, умение их формировать и направлять в соответствии с задачами, стоящими перед организацией.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТРЕВОЖНО – - ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Занин С. А., Каде А. Х., Скибицкий В. В.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Целью исследования явилась оценка степени тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных гипертонической болезнью (ГБ) I и II ст. в зависимости от возраста пациентов.

Материал и методы. Всего обследовано 40 пациентов. Средний возраст исследуемых составил 45 – 65 лет. Изучение суточного профиля системного артериального давления проводилось при помощи суточного мониторирования дневниковым методом. Для диагностики ТДР (согласно критериям МКБ-10) использовали опрос пациентов и клинико-психопатологические методы обследования. Выраженность симптоматики определялась с помощью шкалы тревожности Спилбергера и шкалы депрессий института имени Бехтерева.

Результаты. В зависимости от возраста все пациенты были распределены на следующие группы: 1 группа (45-50 лет) – 12 (30%), 2 группа (50-55 лет) – 6

(15 %), 3 группа (55-60 лет) – 9 (22,5 %), 4 группа (60-65 лет) – 13 (32,5 %) человек. Исследование психического статуса показало, что из 40 пациентов 29 (72,5 %) страдали ТДР различной степени выраженности. Симптомы легкой депрессии выявлены у 13 (44,83 %), умеренной – у 12 (41,38 %) и тяжелой – у 4 (13,8 %) пациентов. ТДР достоверно чаще встречались в возрастной группе от 50 до 55 лет (69 %). При этом наиболее выраженная депрессивная симптоматика была зарегистрирована во второй и третьей возрастных группах по сравнению с первой и четвертой группами при высокой достоверности. Также было выявлено, что у всех больных ГБ диагностирован высокий уровень как личностной (ЛТ), так и ситуативной тревожности (СТ). При этом по уровню ЛТ наиболее высокие значения наблюдались в первой и четвертой возрастных группах. Во второй и третьей возрастных группах значения этого показателя были достоверно ниже.

Таким образом, у лиц разных возрастных групп ТДР встречаются не только чаще, но и представлены более выраженной симптоматикой, особенно это касается возрастных групп от 50 до 60 лет.

ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ПРИЕМА МИЛДРОНАТА НА СТРУКТУРНО – - ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Зуева О.Н., Шарова В.Г.,

Медведева И.В., Катаргина Л.Н.,

Кононова И.Н., Гнучева М.Н., Губарева Е.В.

*Кафедра внутренних болезней №2 КГМУ
Курск*

Проблема ранней физической реабилитации больных инфарктом миокарда (ИМ), разработка критериев назначения и оценка эффективности ранних физических тренировок является весьма актуальной. Эти аспекты приобретают еще большую значимость в связи с тенденцией к сокращению сроков пребывания больных ИМ в стационаре. Положительный эффект физических тренировок может быть усилен путем применения средств, повышающих устойчивость миокарда к гипоксии за счет воздействия на метаболизм кардиомиоцитов. Милдронат нормализует тонус сосудистой стенки, улучшает утилизацию кислорода, повышает толерантность к физическим нагрузкам, увеличивает фракцию выброса. В связи с этим актуальным является использование ранней физической реабилитации больных ИМ на фоне приема милдроната.

Цель исследования: определить характер влияния ранней физической реабилитации больных острым ИМ на фоне приема милдроната на структурно-геометрические показатели левого желудочка (ЛЖ)

Материалы и методы. В исследование включены 97 больных мужского пола в возрасте от 41 до 60 лет, перенесших первичный острый крупноочаговый либо трансмуральный ИМ не выше III класса клинической тяжести. Пациенты были рандомизированы на

4 группы. I группа больных (25 человек) проходила курс традиционной реабилитации (ТР) на фоне стандартной терапии (СТ) ИМ, II группа (23 человека) привлекалась к тренировкам на велотренажере по методике ранних велоэргометрических тренировок (РВТ) и получала СТ, III группа больных (24 человека) получала милдронат на фоне СТ и ТР, IV группа (25 человек) - получала милдронат на фоне СТ и РВТ. Больным на 10, 28-30 день и через 2 месяца от развития острого ИМ проводилась доплерэхокардиография с определением структурно-геометрических показателей ЛЖ (ТМЖП, ТЗСЛЖ, ОТС, КДРЛЖ, КДОЛЖ, КСРЛЖ, КСОЛЖ, ФВ, ММЛЖ, ИММЛЖ).

Результаты исследования При сравнении исходных эхокардиографических показателей достоверных различий в четырех исследуемых группах не отмечалось: имелись признаки умеренного снижения ФВ, увеличения ИММЛЖ и КДОЛЖ. К концу 2 месяца наблюдения имелась достоверная динамика КДОЛЖ в исследуемых группах. В I группе КДОЛЖ увеличился на 12%, во II- уменьшился на 10,5%, в III- снизился на 2%, в IV- уменьшился на 16,5%. Таким образом, к концу второго месяца наблюдения, в группе традиционной реабилитации и терапии ИМ отмечалась структурно – геометрическая перестройка миокарда ЛЖ с нарастанием КДОЛЖ. Наиболее позитивная структурно-геометрическая перестройка миокарда ЛЖ отмечалась в группе ранней физической реабилитации на фоне использования милдроната.

Выводы Сочетание ранней физической реабилитации и приема милдроната оказывает положительное влияние на постинфарктное ремоделирование ЛЖ.

К ВОПРОСУ О ПОЛОВЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ КРОВИ

Исаева И.В., Шутова С.В.,
Максинева Д.В., Медведева Г.В.
*Тамбовский государственный
университет им. Г.Р.Державина,
Тамбов*

Цель данной работы заключалась в исследовании количественных изменений форменных элементов крови и фазных изменений лейкоцитарной формулы с возрастом, а также изучении половых особенностей морфологической картины крови.

В исследовании приняло участие 590 человек обоего пола, которые были разделены на группы: девочки и мальчики 2-3 мес., 1 года, 7 лет, 13-14 лет, женщины и мужчины 40-45 лет и 65-70 лет. Эритроциты и лейкоциты подсчитывали обычным способом в камере с сеткой Горяева. Тромбоциты подсчитывали в мазках, приготовленных по методу Фонио. Гемоглобин определяли гемометром Сали.

У девочек от 2-3 мес. к 1 году жизни увеличивается количество эритроцитов (с $3,75 \cdot 10^{12}/л$ до $3,98 \cdot 10^{12}/л$ ($p < 0,001$)) и гемоглобина (с 116 г/л до 122 г/л, $p < 0,001$) и существенно снижается содержание лейкоцитов (с $6,44 \cdot 10^9/л$ до $5,73 \cdot 10^9/л$, $p < 0,001$). У мальчиков отмечается сходная динамика, однако выявлено, что изначально у них к 1 году содержание

эритроцитов в крови существенно выше ($3,86 \cdot 10^{12}/л$, $p < 0,001$). Структура лейкоцитарной формулы как у девочек, так и у мальчиков, за исключением количества моноцитов, которые у девочек имеют значительную тенденцию к снижению ($p < 0,001$), остается практически неизменной.

От 1 года до 7 лет у девочек и у мальчиков продолжается выраженное нарастание содержания гемоглобина и эритроцитов в крови ($p < 0,001$). Также значительные сдвиги отмечались в лейкоцитарной формуле: увеличивалось количество палочкоядерных и сегментоядерных форм лейкоцитов ($p < 0,001$). Общее количество лимфоцитов прогрессивно снижалось (с 69,78% до 48,94% у девочек и с 70,28 до 51,04% у мальчиков, $p < 0,001$). К 7 годам половые различия отмечались в количестве тромбоцитов (достоверно выше их содержание было у мальчиков – $299,38 \cdot 10^9/л$ против $267,31 \cdot 10^9/л$ у девочек) и эозинофилов, содержание которых у мальчиков также было достоверно выше (2,36%) по сравнению с девочками (1,28%).

С 7 лет до 13-14 лет отмечалась общая, не зависящая от пола динамика увеличения количества эритроцитов и гемоглобина. В лейкоцитарной формуле достоверные изменения увеличения количества сегментоядерных форм лейкоцитов, а также эозинофилов и базофилов отмечались только в группе девочек. Вместе с тем, возрастная динамика количества лимфоцитов в крови оставалась прежней. Среди 13-14 летних подростков выявлены достоверные ($p < 0,001$) половые различия в составе лейкоцитарной формулы: количество сегментоядерных форм лейкоцитов оказалось выше у девочек, чем у мальчиков (49,18% и 41,72% соответственно), в то время как изменения в количестве лимфоцитов носили противоположный характер (41,36% у девочек и 46,66% у мальчиков).

К 40-45-летнему возрасту тенденцией к снижению у мужчин и достоверному ($p < 0,001$) снижению у женщин характеризовалась динамика количества эритроцитов. У женщин количество достигало $4,13 \cdot 10^{12}/л$, у мужчин – $4,51 \cdot 10^{12}/л$. Вместе с тем, у мужчин содержание эритроцитов и гемоглобина в крови оставалось достоверно повышенным по сравнению с женщинами.

К 65-70 годам у женщин достоверно снижается общее количество лейкоцитов (с $5,88 \cdot 10^9/л$ до $5,01 \cdot 10^9/л$) и лимфоцитов (с 31,58% до 27,48%, $p < 0,001$). У мужчин уменьшалось количество эритроцитов крови с $4,51 \cdot 10^{12}/л$ до $4,39 \cdot 10^{12}/л$ ($p < 0,001$). Половые различия заключались в количестве эритроцитов и гемоглобина. Содержание эритроцитов в крови у женщин составляло $4,07 \cdot 10^{12}/л$, у мужчин $4,39 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобина - 125 г/л и 136 г/л соответственно ($p < 0,001$).