

психического здоровья населения, обусловленные информационными и психоэмоциональными перегрузками. Первичная профилактика болезней поведения может быть осуществлена посредством воспитания осознанного отношения к своему здоровью, формирования здорового образа жизни.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет
Краснодар, Россия*

Человек только на основе социальных мотиваций и особенностей психологии осваивает новые условия жизни, независимо от функционирования наследственных приспособительных механизмов. Люди встречаются с новыми условиями среды вынужденно, по социальным причинам или стихийных бедствий; или добровольно, в силу особенностей психологии. Вероятность выживания в новых условиях зависит от соотношения имеющихся, генетически закрепленных морфофизиологических особенностей организма и приобретённых под влиянием новых факторов. Биологическая цена выживания в этих случаях различна, даже если условия одинаковы. Целесообразно обсуждать не только качество окружающей среды, но и расходование функциональных резервов организма во время приспособления к ней - нормальную и патологическую экологию. Экология как наука становится многоуровневой. Экологическая ниша это и микросреда для молекулярно-клеточных структур, и макросреда для популяций. Основными существенными признаками дискретных объектов отбора (генов, размножающихся клеток, особей и видов) служат способности воспроизводиться и взаимодействовать с окружающей средой. Эволюционно молодые системы образуются с максимальным использованием возможностей систем старшего возраста. Формирование человека происходило на основе предыдущих достижений эволюции органического мира, поэтому важнейшие закономерности экологии животных характерны и для человека. Однако биологические закономерности, общие для животного мира, вступают у человека в противоречие с его социальной природой. Эти ограничения социального характера, накладываемые на законы природы, влияют также на экологию растений и животных. Имеется множество примеров соответствия признаков и свойств человеческого организма требованиям условий среды, что иллюстрирует результат приспособления организма к данным условиям. Предки современных людей мигрировали, заселяя все новые регионы, существенно отличавшиеся по природно-климатическим условиям от их прародины. Биологические свойства природы этих миграций за-

ключаются в способности к экспоненциальному увеличению численности. Это способствует расширению нормы реакции, повышает вероятность выживания отдельных представителей вида даже в экстремальных обстоятельствах. Но адаптация особей, если она не наследуется, не может способствовать эволюции вида. Адаптация означает процесс и результат изменений, которые происходят в организме под влиянием новых условий и воздействий, но приобретенные изменения не наследуются. Возможность выбирать новые условия и воздействия появляется на основе наследственных изменений в организме. При выборе условий, наиболее соответствующих биологическим возможностям организма, формируется высокая степень соответствия условиям среды. Преадаптации имеют в своей основе молекулярное и внутриклеточное происхождение, они являются продуктом мутаций. На их основе образуются изменения ферментных реакций, возникают новые свойства процессов обмена, типы тканей и органов. Мутации возникают на разных этапах онтогенеза, степень перестроек различна; они затрагивают все системы. Это способствует появлению новых возможностей и потребностей. Сходство генотипов, молекулярного строения и расположения генов в хромосомах, при высокой степени родства между организмами, предполагает возможность возникновения внутривидовой изменчивости, увеличивает вероятность новых мутаций, что особенно важно для представителей одного вида, имеющих одинаковый образ жизни. Анализ соотношений между механизмами адаптации и преадаптации важен для экологии и безопасности людей при заселении ими регионов с экстремальными условиями среды.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ОСТРОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ПОДКОРКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Сидорова С.А., Чернышков Е.В.

*Курский государственный медицинский университет
Курск, Россия*

Нарушения когнитивных функций, наблюдающиеся у значительной части больных ишемическим инсультом, в последующем значительно затрудняют реабилитационные мероприятия, а также бытовую и социальную адаптацию больных.

Под нашим наблюдением в неврологическом отделении МУЗ ГБ СМП г. Курска находились 26 пациентов с острым ишемическим инсультом подкорковой локализации. Нейровизуализационное исследование проводилось на односпиральном компьютерном томографе HiSpeed

FX/i, производитель General Electric Medical Systems. Оценка когнитивных функций производилась посредством теста "мини-исследование умственного состояния" (MMSE) и теста "информация - память - концентрация внимания" (IMCT).

Результаты. Среди когнитивных расстройств в общей группе больных наиболее часто встречались различные степени нарушений внимания (75% больных) и ориентировки (58,3%). У 5% больных страдало повторение и воспроизведение в тесте трех слов. У семи больных отмечались нарушения счета: страдали математические операции при сохранности автоматизированного счета. Тест с рисованием многоугольников выполнялся правильно в подавляющем числе наблюдений, но у 3,8% больных отмечались затруднения при копировании фигур.

Нарушения памяти проявлялись как в форме амнезии личной информации - персональная память (7,7%), так и отвлеченная (11,5%). Нарушения внимания наиболее отчетливо удавалось выявить тестом обратного счета месяцев года, в котором больные ошибались на 11,5% чаще, чем в тесте прямого и обратного счета "1 - 20".

У четырех из девяти больных включенных в группу с капсулярной локализацией очага ишемического инсульта наблюдались затруднения при совершении арифметических операций (тест "100 минус 7"), у трех - при копировании рисунка. Нарушения внимания были зарегистрированы у двух больных.

В случае локализации очага инфаркта мозга латеральнее внутренней капсулы в 15,4% случаев (2 наблюдения из 13) обнаруживалось грубое несоответствие оригиналу при копировании фигур, причем один из этих пациентов испытывал затруднения при совершении арифметических операций. Лишь у 3-х пациентов наблюдалось снижение концентрации внимания.

Таким образом, при подкорковых инсультах когнитивный дефицит представлен преимущественно нарушением счета, копирования фигур, ориентации во времени, снижением внимания. При капсулярной и супракапсулярной локализации очага отмечались минимальные нарушения когнитивных функций в виде нарушения внимания. В последнем случае при увеличении размера очага ишемического инсульта возрастал и когнитивный дефицит.

РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ВАЖНЕЙШИЙ АСПЕКТ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Сомова В.М., Сергеева В.В.
*Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей экспертов
Санкт-Петербург, Россия*

Сахарный диабет (СД) относится к заболеваниям, поражающим все социальные, возрастные и экономические группы населения. Несмотря на устойчивый рост интереса к генетической диагностике и выявлению предрасположенности к развитию СД, количество больных неуклонно растёт.

Рост заболеваемости во многом связан с нарушением режима питания, злоупотреблением быстро всасываемых углеводов, гиподинамией населения, однако важными предрасполагающими к болезни, становятся факторы внешней среды, алкоголь, лекарственные средства. Диабет не является причиной инвалидности, к ней приводят прогрессирование хронических осложнений СД. В нашей работе мы попытались найти причину раннего развития хронических осложнений у больных сахарным диабетом в нашем городе и доказать, что индивидуальную программу реабилитации (ИПР) необходимо планировать с первых дней выявления заболевания.

В исследование были включены больные с уже имеющейся группой инвалидности, работоспособного возраста (женщины 18-55лет, мужчины 18-60лет), имеющие осложнения СД. Нами обследована группа из 55-ти человек: 27 женщин - 49%, в возрасте от 18 до 53лет и 28 мужчин - 51%, в возрасте от 19 до 58 лет. Из них СД тип 1 страдают 13 женщин (24% исследуемых) и 17 мужчин (31%); СД тип 2 - 14 женщин (25%) и 11 мужчин (20%). Со всеми больными проведено анкетирование, тестирование, задавались одинаковые вопросы в одинаковых условиях. Несмотря на различие осложнений и разную их выраженность, в нашем исследовании наблюдаются следующие закономерности. Большая часть больных (91%), не проходила «школы диабета» и о своём заболевании знает не много. 39 больных (71%) даже не знают, что такое хлебная единица: чему она соответствует и как происходит взаимозаменяемость продуктов. Такие больные строят свою диету на отказе от хлеба, каши, однако едят фрукты (виноград, бананы) и диабетические конфеты без ограничения. Часть больных (38 человек - 69%), получают инсулинотерапию; 8 из них - страдают СД тип 2. Отсутствие знаний о своём заболевании привело к тому, что 42% обследуемых отказываются от регулярных госпитализаций в связи с удовлетворительным самочувствием. 91% - обследуются только в острых ситуациях или для прохождения переосвидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы. Однако в условиях поликлиник, не возможно выявить ран-