

При проведении ТЭС-терапии больным ИМ у них в крови определяли содержание β -эндорфина методом иммуноферментного анализа. Одновременно определяли концентрацию β -эндорфинов в сыворотке крови больных ишемической болезнью сердца без ИМ ($n=12$), которые выступали контролем. В наблюдаемых группах по 12 больных: **группе А** (традиционное лечение ИМ) и в **группе Б** (традиционное лечение ИМ+ТЭС-терапия) определяли содержание β -эндорфинов на 1-е, 7-е, 10-е сутки течения ИМ. Содержание β -эндорфинов у больных, получающих только традиционное лечение на 1-е сутки острого ИМ было незначительно повышено на 7,7% относительно контроля. Этот факт, вероятно, объясняется активацией стресс-лимитирующих систем в ответ на выраженную болевую импульсацию, но это повышение статистически не значимо. К 7-м суткам развития острого ИМ отмечается снижение содержания количества β -эндорфинов в сыворотке крови на 14,5%. А к 10-м суткам количество эндорфинов достоверно снижено на 71,1% ($p<0,01$) по сравнению с контролем. Проведение курсов ТЭС-терапии у больных **группы Б** не вызывает статистически достоверного повышения содержания β -эндорфинов в сыворотке крови по сравнению с контролем. Однако, не отмечается столь выраженного падения уровня β -эндорфинов, как в **группе А** (традиционное лечение ИМ) к 10-м суткам течения ИМ. Так, уже на 7-е сутки острого ИМ в **группе Б** на фоне ТЭС-терапии концентрация β -эндорфинов сыворотки крови достоверно выше на 10,9% в сравнении с **группой А** ($p<0,05$). К 10-м суткам концентрация β -эндорфинов в **группе Б** в 3,3 раза выше концентрации β -эндорфинов в сыворотке больных **группы А** ($p<0,05$), что объясняется образова-

нием эндогенных опиоидных пептидов при воздействии ТЭС-терапии путем активации эндогенной опиоидной системы.

Таким образом, стимуляция эндогенных опиоидных структур методом ТЭС-терапии оправдана, так как отмечается резкое снижение концентрации β -эндорфинов в крови больных **группы А** (традиционное лечение ИМ), что может сопровождаться развитием осложнений, таких как выраженная недостаточность кровообращения, нарушения сердечного ритма, пролонгирования течения заболевания.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СПЕЦИАЛИСТА К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

А.Д. Доника, М.В. Еремина,

Р.А. Плоцкий

*Волгоградский государственный
медицинский университет
Волгоград, Россия*

Согласно современным взглядам работа человека в сложных условиях, например, обусловленных высоким темпом и (или) высоким уровнем предъявления информации, опасностью для жизни и здоровья, характеризуется сменой определенных этапов адаптационных механизмов. Так, В.И.Лебедев выделяет следующие этапы адаптационных механизмов профессионала, включающегося в экстремальные трудовые ситуации и возвращающегося затем в обычные условия деятельности: подготовительный, стартового психического напряжения, острых психических реакций входа, переадаптации, завершающего психического напряжения, острых психических реакций выхода, реадаптации [2].

Несоответствие резервных возможностей индивидуума, как физиологических так и психологических, возрастающим стрессовым воздействиям обуславливает явление профессиональной дезадаптации. Профессиональная дезадаптация может выражаться 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, во многом сближающихся в своих клинических проявлениях с «классическими» психосоматическими заболеваниями. Профессиональная дезадаптация может стать причиной использования психоактивных веществ, в типичном случае – алкоголя. Очевидно, что в таких случаях психоактивные вещества используются в качестве своеобразного «самолечения».

В этой связи имеет практическое значение в контексте повышения качества профессиональной подготовки специалистов изучение теоретических основ и определение практических подходов к повышению уровня готовности к работе в экстремальных условиях. В ряде исследований было показано, что устойчивость к экстремальным профессиональным ситуациям зависит от индивидуально-типологических особенностей субъекта труда: нейродинамических свойств, способностей эмоционально-волевой регуляции, мотивационно-потребностной сферы, психодинамических свойств и т.д. [2]. Предложены многочисленные методики, выявляющие уровень развития этих особенностей, нашедшие свое практическое применение в вопросах подбора кадров, в том числе психологического отбора.

В то же время, профессиональный отбор специалистов для отдельных видов деятельности

в экстремальных условиях должен включать и данные соматического статуса. В частности, к ним относится деятельность, связанная с определенными мануальными навыками или сопряженная с высокой степенью физического и нервно-эмоционального напряжения. В этом контексте представляет практический интерес определение критериев профессиональной пригодности для врачей хирургического профиля. Проведенное нами исследование студентов медицинского вуза, выбравших хирургический профиль, показало, по результатам оценки физического развития 36,8% юношей и 22,3% девушек имеют «низкий» уровень основных показателей соматического статуса, а 36,8% и 29,6% - «ниже среднего». В частности, силовой индекс (по данным кистевой динамометрии) у 18,7% юношей у 76,5% девушек относится к градации «низкий» и «ниже среднего». В свою очередь, исследование базальных свойств личности (по Айзенку) выявило эмоциональную нестабильность у 37,1% юношей и 70,7% девушек рассматриваемой выборки. Кроме того, отмечен высокий уровень невротизации студентов, выявленной по методике Л.Дмитиревой. Так, у 54,1% юношей и 62,3% девушек определены субклинические уровни невротических состояний; у 8,3% юношей и 14,8% - клинические уровни [1].

Таким образом, специальности, сопряженные с высоким уровнем напряженности труда и необходимостью формирования обязательных мануальных навыков, в частности, в экстремальных условиях, требуют формализации **абсолютной профессиональной пригодности** с определением четких критериев профессионального отбора, предусматривающих оценку показателей психоэмоционального и соматических статусов, несоответствие которым оказы-

вает негативное влияние не только на эффективность профессиональной деятельности, но и качество жизни самих профессионалов, в частности снижая их толерантность к действию профессиональных стрессоров.

Список литературы

1. Доница А.Д. Медико-социологический анализ формирования профессионально значимых качеств у студентов медицинского вуза. – Волгоград.: Изд-во ПринТерра-Дизайн, 2005 – с. 96-98.

2. Лебедев В.И. Экстремальная психология. Психическая деятельность в технических и экологически замкнутых системах: Учебник. – М., 2003.- С.412-418.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС

А.В. Епифанцев, К.Н. Солдатова

*Областная детская больница
Ростов-на-Дону, Россия*

Сохранение нервно-психического здоровья детей является одним из главных направлений здравоохранения. Особое место в структуре реабилитации детей с неврологической патологией занимает организация ранней диагностики и поэтапного восстановительного лечения этой категории больных.

Поэтапная помощь детям последовательно включает в себя родильные дома, неонатальные центры, специализированные неврологические стационары и отделения многопрофильных больниц, районные поликлиники, городские консультативные центры, специализированные ясли, дома ребенка, санатории, школы-интернаты.

От своевременной и рациональной помощи новорожденным зависит степень тяжести неврологических расстройств в отдаленный период. Детей с наиболее тяжелыми поражениями в первые часы или дни жизни переводят в неонатальный центр. На следующем этапе дети с риском развития тяжелой церебральной патологии лечатся в специализированных психоневрологических стационарах. Восстановительное лечение в стационарах должно быть направлено на максимальную компенсацию нарушенных функций и в предупреждении развития тяжелых изменений в нервной системе.

Дети старше трех лет проходят курс лечения в неврологических отделениях или в специализированных реабилитационных центрах. Эффективность такого многолетнего лечения зависит от его непрерывности и преемственности на различных этапах.

В Ростовской детской областной больнице на протяжении восьми лет существует центр неврологической помощи детям. Он включает в себя несколько функционально связанных подразделений: психоневрологическое отделение для детей младшего возраста (с двух месяцев до трех лет), неврологическое отделение для детей старшего возраста (с трех до восемнадцати лет), стационар дневного пребывания, отделение реабилитации и восстановительного лечения для детей с патологией нервной системы, сурдологопедическое, а также физиотерапевтическое отделение. В это объединение входит отделение функциональной диагностики и лабораторная служба.

Названная структура позволяет комплексно и полноценно диагностировать патологию на ранних этапах и проводить восстановительное лечение на всех возрастных этапах развития ребенка, внося соответствующие коррективы,