При действии ацетилхолина и гистамина наблюдались сокращения узлов с уменьшением их частоты и амплитуды. Аналогичная картина наблюдалась при действии вазоактивных веществ на шейные узлы. Порог раздражения для вазоактивных веществ при аллоксановом диабете повысился до 10-6М. Таким образом, результаты опытов дают возможность сделать вывод, что при аллоксановом диабете угнетается спонтанная и индуцированная сократительная активность лимфатических узлов, что приводит к ухудшению дренажной и транспортной функции лимфатической системы.

Полученные нами данные раскрывают механизмы участия лимфатической системы в условиях развития экспериментального сахарного диабета.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Баранов В.Г. и др. Экспериментальный сахарный диабет. Ленинград: Наука. 1983. 240 с.
- 2 Хантурин М.Р.Эволюция транспортной функции лимфатической системы: автореф. ... д.б.н: 03.00.13. Алма-Ата, 1996. 34 с.
- 3 Русньяк И., Фельди М., Сабо Д. Физиология и патология лимфообращения. Будапешт. 1957. 856 с.
- 4 Говырин В.А., Леонтьева Г.Р., Прозоровская М.П., Рейдлер Р.М. Адренергические нервы и катехоламины вен // Физиол. журн. СССР. им. И.М. Сеченова. -1981. T.67, №1. C.13-22.

КОМОРБИДНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Дробот Н.Н., Шевченко Н.П., Шаполовский В.В.

Кубанский государственный медицинский университет, ГУЗ «Клинический противотуберкулезный диспансер» Краснодар, Россия

Среди заболеваний, оказывающих негативное влияние на здоровье людей, существенное значение придаётся туберкулезу, который остается приоритетной проблемой не только в национальном, но и международном масштабе. В последние годы увеличивается число больных туберкулезом с сопутствующими заболеваниями, которые ставят перед фтизиатрами серьезные проблемы. Данные литературы показывают, что туберкулез все чаще присоединяется к другим заболеваниям, в то же время фоновая патология может способст-

вовать развитию туберкулеза. При этом отмечается взаимное утяжеление течения заболеваний. На основе комплексного подхода изучена частота сочетания туберкулеза легких с другими заболеваниями, определены причины недостаточной эффективности лечения этой категории пациентов. Среди впервые выявленных больных туберкулезом легких коморбидная патология встречается почти в 50% случаев. При этом, чем старше возраст пациентов, тем чаще встречается сочетание нескольких сопутствующих заболеваний. У 10,5% больных выявлена сопряжённость туберкулеза легких с хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, у 6.9% - с сахарным диабетом, с психическими заболеваниями - у 10,9%, с болезнями желудочно-кишечного тракта - у 9,7%, с гемоконтактными гепатитами В и С - у 5,7%, с болезнями сердечно сосудистой системы - у 7,8%, с алкоголизмом у 6,3%. Отмечается тенденция к увеличению распространенности ВИЧ-инфекции (4,7%) и наркомании (2,5%). Прочие заболевания составили 35,0%. В 59,8% случаев больные имели одно сопутствующее заболевание, в 25.6% два сопутствующих заболевания, остальные (14.6%) – три и более. Число мужчин в 3,3 раза превышало количество женщин. Почти 50,0% наблюдаемых выявлены при обрашении в лечебные учреждения по поводу жалоб в связи с сопутствующей патологией. МБТ обнаружены у 51,7% больных, частота фазы распада составила 64,2%. Сопутствующая патология, являясь отягощающим фактором, приводит к увеличению сроков лечения туберкулеза в среднем на 4,5 мес., что вызвано в частности непереносимостью ряда противотуберкулезных препаратов. Таким образом, больные туберкулезом с сочетанной патологией усугубляют ситуацию по туберкулезу. В связи с этим необходимо своевременно выявлять факторы риска формирования соматической патологии у больных туберкулезом.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ И ДЕСТРУКЦИИ КАК ИНДИКАТОРЫ ДУШЕВНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

Дружилов С.А.

Сибирский государственный индустриальный университет Новокузнецк, Россия

Важнейшее место в жизни человека занимает трудовая и профессиональная деятельность. Под профессиональной понимается любая *сложная* деятельность, которая предстает перед человеком как конституированный способ выполнения чего-либо, имеющий нормативно установленный характер. Профессиональная деятельность трудна для освоения, требует длительного периода профессионализации (включающего теоретическое и практическое обучение), имеющую высокую общественную стоимость. Это обусловливает значимость сохранения соматического и психического здоровья профессионала.

Психическое здоровье определяется как состояние душевного благополучия человека, являющееся следствием отсутствия болезненных психических проявлений и адекватного приспособления к условиям жизни. Под профессиональным здоровьем понимается свойство организма сохранять необходимые компенсаторные и защитные механизмы, обеспечивающие профессиональную надежность и работоспособность во всех условиях деятельности (А.Н. Разумов с соавт., 1996).

Профессиональное здоровье связано с адаптированностью человека. Профессиональная адаптация традиционно рассматривается как процесс становления и поддержания динамического равновесия в системе «человек профессиональная среда». Но человек, по Б. Г. Ананьеву, должен рассматриваться как индивид, личность, субъект деятельности и индивидуальность. М. А. Дмитриева (2001) показала, что профессиональная психологическая адаптация представляет собой единство адаптации индивида к физическим условиям профессреды (психофизиологический аспект), адаптации субъекта деятельности к профессиональным задачам, орудиям труда (операциональный аспект) и адаптации личности к социальным компонентам профсреды (социально-психологический аспект). Показателем адаптированности предлагалось считать удовлетворенность человека содержанием и условиями труда.

Нам представляется, что наряду с удовлетворенностью трудом в качестве критериев адаптации следует учитывать показатели э ϕ фективности деятельности специалиста, определяемые как отношение обобщенного результата к затратам, связанным с производством продукта. Интегральный критерий эффективности складывается из частных критериев со своими весовыми коэффициентами. В качестве частных критериев целесообразно использовать экономические, социальные, психологические и «клиенто-центрированные» показатели [1]. Способ же адаптации к тем или иным компонентам профсреды обеспечивается выработкой человеком индивидуального стиля деятельности (ИСД) и поведения (ИСП) [2].

Адаптация традиционно рассматривается как процесс и как результат, а индикатором адаптированности - отсутствие признаков дезадаптации (Ф.Б. Березин, 1988 и др.). Однако стоит вспомнить, что английский биолог Питер Медавар (Р. Medawar), Нобелевский лауреат (1960 г.) по физиологии и медицине, отмечал, что адаптация есть нечто такое, что организм вырабатывают у себя и обладает в потенциале для успешного существования в изменяющихся условиях. Вероятно, эта идея позволила А. А. Реану (2002) рассматривать адаптацию еще и как основание для формирования психических новообразований, являющихся источником развития человека. В их состав включаются не только знания, умения и навыки субъекта адаптации, но и система его взаимодействия с профессиональным и социальным окружением. Считаем возможным распространить этот подход на профессиональную адаптацию. Здесь в качестве новообразований могут выступать как конструктивные качества (такие как профессионализм), так и деструктивные.

Любая деятельность оказывает влияние на человека в целом. Многие его свойства оказываются невостребованными, другие, способствующие успешности, «эксплуатируются» годами. Отдельные из них могут трансформироваться в «профессионально нежелательные» качества; одновременно развиваются профессиональные акцентуации, отрицательно сказывающиеся на деятельности и поведении. Возникают деструкции, т. е. разрушения - как нормативной структуры профессиональной деятельности, так и личности профессионала. Искажение личностного развития может проявляться в возникновении синдрома эмоционального выгорания который считается (В.Е. Орел, 2005, и др.) одним из признаков профдеформации.

Когда говорят о профессиональной деформации, то имеется в виду феномен распространения ролевого поведения на непрофессиональные сферы (Р. М. Грановская, 2007). Можно сказать, что после выхода человека из профессиональной ситуации не происходит его естественного «выправления», поэтому даже в личной жизни человек продолжает нести на себе «деформирующий отпечаток» своей профессии. При этом профессиональные деформации рассматриваются как проявления дезадаптации специалиста (А.В. Осницкий, 1999).

В соответствии с развиваемым нами интегративным подходом к становлению профессионализма [3], в процессе длительного выполнения профессионального труда изменениям подвергаются все уровни человекапрофессионала (как индивида, личности, субъ-

екта деятельности и индивидуальности). Проявляться же эти изменения будут в разнообразных ситуациях: в поведении, в деятельности, а также в общении.

Выделяют деформацию личности (С.П. Безносов, 2004) и деформацию деятельности (Н.И. Шаталова, 2000). Здесь можно заметить аналогию с разделением профессионализма на профессионализм деятельности и профессионализм личности Н.В. Кузьминой). Дифференцирование в проблеме профдеформации двух сторон, - деятельностной и личностной, - позволяет не относиться к рассматриваемому явлению как к фатальному результату. Констатация деформации личности (как «диагноз») зачастую означает, что на личность ставится «клеймо», не способствующее исправлению положения. Выявление же в трудовом поведении деструктивных элементов и связей позволяет предложить систему воздействий, направленных на коррекцию деформированного поведения и оптимизацию деятельности.

В качестве основания для классификации профдеформаций С.П. Безносов использует понятие «норма». Различают: а) нормы деятельности, характеризующей цели, принципы, методы деятельности; б) нормы профессиональной этики и деонтологии. Предполагается, что сравнивая с этими двумя нормами любую профессиональную деятельность и качество ее исполнения, можно выявить признаки профдеформации. По отношении к этим двум «нормам» предлагается оценивать явление профессиональной деформации деятельности и личности.

Поскольку личность формируется и развивается в деятельности, то в определенном смысле можно говорить о личности как следствии особенностей деятельности. С другой стороны, характеристики личности оказывают влияние на особенности осуществления деятельности. При этом деформации поведения и деятельности могут рассматриваться в качестве внешнего проявления деформаций личности. Нужно учитывать, что нормы деятельности взаимодействуют с моральными нормами так же, как субъект деятельности и личность взаимосвязаны в единой структуре индивидуальности (по Б.Г. Ананьеву).

Профессиональную деформацию мы рассматриваем как «искажение» психологической модели деятельности, либо ее деструктивное построение [4]. Под профессиональной деструкцией понимается изменения и разрушения сложившейся психологической структуры личности, негативно сказывающиеся на результатах труда и взаимодействии с другими

участниками этого процесса, а также на развитии самой личности.

При рассмотрении профессиональной деформации деятельностии будем опираться на психологическую макроструктуру деятельности («цель – мотив – способ – результат»), предложенную К.К. Платоновым (1972). Г.В. Суходольский (1988) ввел понятия полезного и вредного результата. Полезен результат, удовлетворяющий общественную или личную потребность. Вреден результат, препятствующий удовлетворению потребности либо гипертрофирующий ее удовлетворение; такой результат называют «антирезультатом».

Цель, ориентирующая на получение общественно полезного результата, предопределяется конструктивными ценностями, а цель, ориентирующая на «вредный» результат может быть обозначена как деструктивная ценность. Конструктивными ценностями являются социально одобряемые нормы и цели деятельности, ориентирующие на общественно полезные результаты. В качестве деструктивных ценностей выступают социально неприемлемые или отвергаемые способы и формы деятельности, а также социально неприемлемые цели, ориентирующие на получение вредного, с точки зрения общества, результата.

Соответственно. профессиональнодеструктивной можно считать деятельность, направленную на получение вредного результата («антирезультата»). Здесь мы сталкиваемся не с профессиональной некомпетентностью и непрофессионализмом человека, а с проявлением «антипрофессионализма». Это тот случай, когда человек обладает необходимыми профессиональными знаниями, умениями, навыками и опытом, но ориентируется на деструктивные ценности. Им движет деструктивная направленность, примерами которой может быть эгоцентризм, стяжательство, нонконформизм т.п. психологические феномены. Соответственно, он ставит деструктивные цели («антицели») и использует деструктивные средства.

Деформации личностно-смысловой сферы, носящие деструктивный характер, могут выступать в качестве специфического механизма психологической защиты личности от травмирующих переживаний. Однако психологическая защита в данном случае имеет низший, патологический характер, не обеспечивающей в необходимой мере душевное благополучие человека. Деструкции проявляются в искажении реальности, обесценивании значимости происходящего, неадекватной профессиональной Я-концепции, циничном отношении к миру, переносе ответственности или ее

субъективном непринятии, «уплощении» смысла и сведении его к ситуативным целям, сужении жизненных смыслов до уровня профессиональных, центрировании на сиюминутных выгодах. А. Маслоу (1999) обозначал деформации личностно-смысловой сферы как метапатологии, которые, в свою очередь, являются причиной нарушений смысловой регуляции деятельности и ведут к «снижению человечности».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. Дружилов С. А. Критерии эффективности профессионалов в условиях совместной деятельности // Объединенный научный журнал. 2001. № 22. С. 44-45.
- 2. Дружилов С. А. Профессиональные стили человека и индивидуальный ресурс профессионального развития // Вопросы гуманитарных наук. 2003. No. 1 (4). C. 354-357.
- 3. Дружилов С. А. Психология профессионализма человека: интегративный подход // Журнал прикладной психологии. 2003. N_2 4-5, С. 35-42.
- 4. Дружилов С. А. Профессиональные деформации и деструкции как следствие искажения психологических моделей профессии и деятельности // Журнал прикладной психологии. 2004. № 2. С. 56-62.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Екимова Н.В., Максимова О.В., Субботина В.Г., Курако М.М., Папшицкая Н.Ю., Кодочигова А.И. ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава», кафедра пропедевтики внутренних болезней Саратов, Россия

Нарушения функции органов желудочно-кишечного тракта у больных с сахарным диабетом (СД) встречаются довольно часто, хотя их специфичность оспаривается многими авторами. Вовлечение в патологический процесс желудка при СД проявляется чаще всего функциональными нарушениями (снижение секреции, гипотония, запаздывание эвакуации – гастропарез). Так как полипы желудка наиболее часто возникают на фоне хронического воспаления слизистой оболочки и длительной секреторной недостаточности, что имеет место у больных СД, целью нашего исследования явилось сравнение частоты встречаемости полипов желудка у больных СД 2 типа и у боль-

ных с общетерапевтическими заболеваниями (ОЗ): ИБС, артериальная гипертензия, гастриты, холециститы. С этой целью нами проведен анализ результатов фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) с биопсией у 494 больных (мужчин 203, женщин 291) в возрасте от 39 до 68 лет с СД и ОЗ. Показанием для проведения ФГДС исследования было наличие болевого и гастролгического симптомов. Полипы (аденоматозные - 5 и гиперпластические - 44) выявлены у 49 больных (9,9%), среди которых с СД (1 группа) – 29 больных и у 20 больных с ОЗ (2 группа). У больных 1 группы (мужчин 10, женщин 19) при ФГДС полипы выявлены на фоне хронического атрофического гастрита, у 2 больных выявлена язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь 12 перстной кишки у 1 пациента. У больных 2 группы (мужчин 8, женщин 12) полипы выявлены также на фоне хронического атрофического гастрита, язвенная болезнь желудка выявлена у одного пациента. Следует отметить, что полипы у больных 1 и 2 групп по количеству были единичными, множественными (2 и более) у 2 больных с СД (4) и у одного пациента с ОЗ. По течению выявленные полипы у больных обеих групп были неосложненными. Из 49 больных, у которых были обнаружены полипы, инфицированность Helicobacter pylori выявлена v 31 обследованного, что составило 63.2%. По эндоскопическим признакам чаще выявлены полипы I и II типов, причем в приблизительно одинаковом соотношении среди обеих обследованных групп.

Проведенное исследование показало, что у больных с СД частота встречаемости полипов выше, чем у больных без него, при этом аденоматозные полипы выявлены в большом проценте случаев у больных с СД и чаще обнаруживались на фоне хронических атрофических гастритов

АКУПУНКТУРА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Епифанцев А.В. Областная детская больница Ростов-на-Дону, Россия

Долгое время существовало мнение о том, что остеохондроз позвоночника развивается только в зрелом и пожилом возрасте и обусловлен возрастными изменениями соединительной ткани. Даже в руководствах по нервным болезням о возможности развития этой патологии у детей и подростков не упоминалось.