

Достоверности различия показателей в исследованных группах не выявлено.

**Примеры использования эндоскопического цитологического скрининга.**

*Больная Т., 60 лет. Жалобы на болезненность в эпигастрии, отрыжку воздухом. Проведен ЭЦС 12.07.99г. Визуально: слизистая пищевода, кардия без изменений. В просвете желудка немного секрета. Стенки желудка эластичные, складки несколько расширены в 1/3 трети тела, слизистая атрофичная, отечная, с очагами гиперемии и эрозиями до 0,3 см в антральном отделе. Биопсия из угла желудка - на цитологию. Привратник, В.Д. без изменений. Предварительное заключение: Признаки атрофически-гиперпластического гастрита, обострение. Цитология №178. Заключение: умеренная пролиферация покровно-ямочного эпителия. Дегенеративно-атрофические изменения в клетках, Нр +++.*

*Окончательный эндоскопический диагноз: атрофически-гиперпластический гастрит, умеренное обострение, выраженная степень ассоциированности с Нр. По результатам ЭЦС произошли изменения в диагнозе и в тактике лечения.*

*Больная Г., 49 лет. Жалоб на желудок нет, в крови анемия. ЭЦС от 01.09.99. Визуально: пищевод, кардия не изменены. В просвете желудка немного секрета. Стенки эластичные, перистальтика вялая, неглубокая, складки сглажены, эластичные, слизистая атрофичная без признаков воспаления. Биопсия из угла желудка - на цитологию. Привратник, В.Д. не изменены. Предварительное заключение: атрофический гастрит, вне обострения. Цитология №462. Заключение: продуктивное воспаление и некроз, пролиферация ямочного эпителия, умеренная дисплазия, Нр +.*

*Окончательный эндоскопический диагноз: атрофический гастрит, легкое обострение, с перестройкой эпителия до Д2, легко ассоциированный с Нр. Группа повышенного риска по раку желудка. По результатам ЭЦС произошли изменения в диагнозе и тактике ведения.*

#### **Выводы**

1. Эндоскопический цитологический скрининг является высокоинформативной методикой, позволяющей активно влиять на диагностический и лечебный процесс.

2. Нет достоверной разницы в информативности и результативности применения цитологической методики при наличии или отсутствии очаговых изменений на слизистой желудка.

3. Рекомендуется выполнять цитологическое исследование при каждой фиброгастроскопии.

4. Результат эндоскопического исследования следует оценивать после получения данных цитологического анализа.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Автоматизированный анамнестический скрининг в формировании группы риска по раку желудка / Метод. реком. Моск. научно-иссл. онк. ин-та; сост. Максимов И.А. и др. - М., 1992. - 10с.

2. Агямова К.А. и др. Цитологическая классификация предраковых состояний и рака легкого. молочной железы, пищевода, желудка // Вопр. онкологии. - 1983. - №11. - С.48.
3. Бирюкова Р.Н., Догле Н.В., Случанко И.С. Практикум по общей теории санитарной статистики. - М.: Медицина, 1959. - С.57-61.
4. Значение ЦИТО-морфологического метода исследования в формировании группы риска при комплексном обследовании больных с предопухолевыми заболеваниями желудка / С.Д. Шмарина, С.Д. Дмитриева, Э.Н. Борейко и др. // Компл. использование цитологического и эндоскопического методов исследования в диагностике злокачественных образований: Тез. Всесоюз. совещ. - Кишинев, 1982. - С.148-151.
5. Новик В.А., Красильникова Л.А. Основные итоги развития цитодиагностики опухолей // Вопр. онкол. - 1997. - №1. - С.78-80.
6. Ранняя онкологическая патология. - М.: Медицина, 1985. - С.20-24.

УДК 616.6

**Н.М. Глухенькая**

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАЗОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В КОНТЕКСТЕ ЗНАНИЙ О ФИЗИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ**

Уральская государственная медицинская академия

Объектом исследования выступает физическое воспитание в медицинском вузе.

Предмет исследования составляют педагогические условия совершенствования физического воспитания.

Проблема состоит в определении педагогических условий, при которых происходит формирование общей культуры студентов-медиков.

По мнению ведущих ученых-педагогов, специальное образование того, кто работает в системе «человек-человек», должно быть направлено не только на повышение профессиональных возможностей, но в целом на развитие его личности, систему его ценностных ориентаций, мотивов действий, формирование способностей к самоанализу и самосовершенствованию, постижение им себя в мире и мира вокруг себя, выработку стиля взаимоотношений с людьми, формирование его общей культуры [2].

Физическая культура (ФК) – это часть общечеловеческой культуры, она представляет собой вид социальной деятельности, направленной на оздоровление человека и развитие его физических способностей.

Основу валеологической культуры (ВК) составляет установки человека на здоровье, как высшую ценность, благо.

ФК и ВК тесно взаимосвязаны в контексте общей культуры, основу которых соответственно составляют физическое воспитание (ФВ) и здоровье (рис.1).



Рис.1. Взаимосвязь ФК и ВК

Рассматривая здоровье, как состояние полного социального, психического и физического благополучия, а физическую культуру, как фактор сохранения и укрепления здоровья человека, можно понять огромную роль физического воспитания – части физической культуры в обеспечении здоровья людей (рис.2).

Один из основателей валеологии как науки И.Брежман считает, что именно здоровье людей должно служить главной визитной карточкой социально-экономической зрелости, культуры и преемственности государства.

Исследования, проведенные методом опроса среди студентов младших курсов, показали, что большинство из них имеет слабое представление о валеологической культуре и валеологии как науки или не имеет его вовсе. Результаты таковы: 14% имеют представление, 19% имеют неправильное представление, 67% - нет ответа (рис.3).

Изучение валеологической культуры особенно актуально и важно в нынешней социально-демогра-

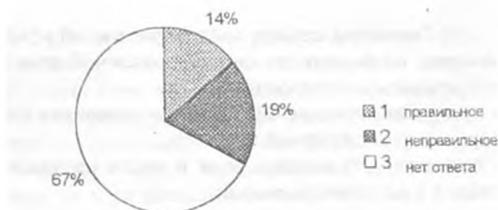


Рис.3 Представление студентов о валеологии

фической ситуации в России. По Свердловской области обстановка характеризуется следующими данными: состояние здоровья молодежи: практически здоровы – 14%, имеют отклонения в здоровье – 51%, хронически больны – 35%.

По результатам медицинского осмотра в Уральской государственной медицинской академии ситуация следующая (%)

Контингент	1997г	1998г	1999г
Практически здоровые	4,1	29,1	0,9
Имеют отклонения	65,5	50,5	70,0
Хронически больны	30,4	20,4	19,1

В связи с этим особую роль приобретают вопросы, связанным с оздоровительным эффектом двигательной активности человека, поддержанием и укреплением здоровья, профилактикой заболеваний и реабилитацией после болезни.

Цель исследования может быть сведена к созданию педагогических условий, в которых физическая культура у студентов формируется путем интеграции валеологических знаний и развития навыков и умений, предлагаемых физическим воспитанием.

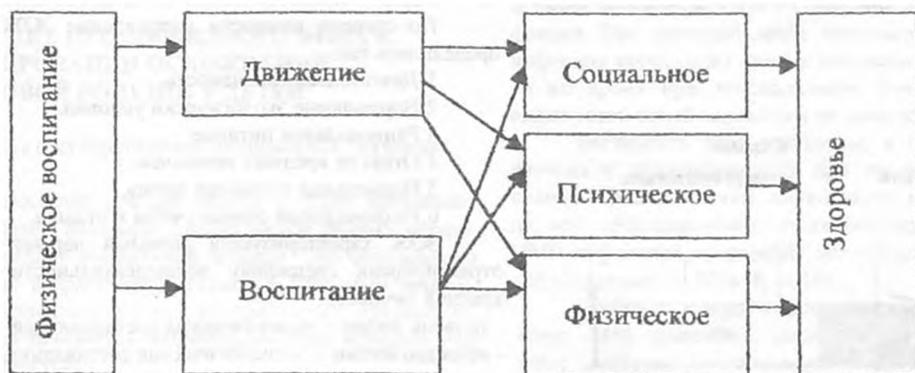


Рис.2. Связь физического воспитания и здоровья.

Гипотезой служит предположение об условиях, которые позволяют достичь поставленной цели. Эти-ми условиями могут быть:

- отбор для изучения ФВ в вузе компонентов ВК, которые имеют значимый характер;
- осознание студентами роли и места предлагаемых знаний в развитии личности;
- новизна учебных материалов и теоретический уровень, соотносимый с уровнем подготовки высшей школы;
- возможность измерения степени усвоения и их воздействия на развитие физических и личностных качеств студентов.

Для проверки выдвинутой гипотезы целесообразна постановка следующих задач:

1. Обосновать значимость развития ФК у студентов медицинского вуза.
2. Выявить уровень ВК у студентов.
3. Разработать, теоретически и экспериментально обосновать методику формирования ВК в контексте знаний о ФВ.

Для реализации целей и задач исследования используются теоретические и эмпирические методы: теоретический и системный анализ, наблюдение, опрос, тестирование, моделирование, практически эксперимент, статистическая и математическая обработка результатов.

В таком направлении была проведена сравнительная оценка физического здоровья студентов первого курса по материалам медицинского осмотра и их собственная самооценка своего здоровья. Сравним результаты графически. Самооценке «отлично» соответствует «основная» группа медицинского осмотра, в которую входят практически здоровые студенты, соответственно «хорошо» – подготовительная, в нее входят студенты с небольшими отклонениями в здоровье, «удовлетворительно» – специальная группа, т.е. студенты, имеющие достаточно серьезные заболевания, и «неудовлетворительно» и «плохо» - студенты, направленные для занятий в ФВ в лечебное отделение.

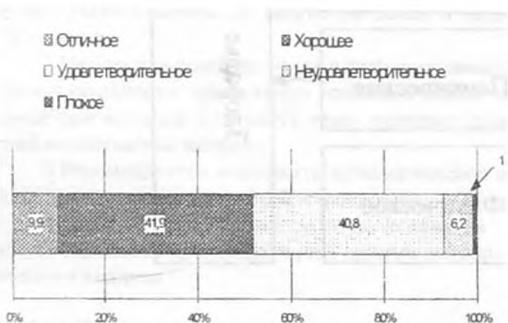


Рис. 4 Самооценка студентами первого курса педиатрического факультета своего здоровья

При сравнении данных графиков видно, что ответы студентов противоречат объективной оценке фактического здоровья. Почти 10% опрошенных считают себя здоровыми людьми, 30% наоборот занижают свой уровень здоровья. 3%, направленные после

медицинского осмотра в лечебное отделение, считают свое здоровье удовлетворительным. Именно в этом и сказывается субъективизм оценки студентами своего здоровья.



Рис.5 Распределение студентов первого курса педиатрического факультета в группы ФВ по итогам медицинского осмотра 1999г.

По данным ВОЗ на здоровье человека оказывают влияние четыре основных фактора: экология – 20%, наследственность – 20%, здравоохранение – 10%, образ жизни – 50%. По оценкам экспертов, к числу главных факторов и условий, оказывающих негативное воздействие на здоровье молодежи Свердловской области, относятся (по рангу) неблагоприятная экологическая обстановка, снижение уровня жизни молодежи, ухудшение рациона питания, утверждение социально-психологических стереотипов вседозволенности и ложно понимаемой свободы, распространение среди молодежи девиантных форм жизнедеятельности, ослабление воспитательной работы с молодежью по формированию здорового образа жизни и отказ от проведения профилактических мероприятий по предотвращению девиантных форм жизнедеятельности [3].

Из этого следует, что более чем на 50% здоровье человека зависит от самого человека, от его отношения к своему здоровью, его образа жизни.

Стремясь выявить отношение к здоровому образу жизни (ЗОЖ) студентов УГМА, было предложено им оценить важность основных направлений ЗОЖ.

По степени важности направления ЗОЖ распределены так:

1. Двигательная активность.
2. Нормальные экологические условия.
3. Рациональное питание.
4. Отказ от вредных привычек.
5. Нормальная питимная жизнь.
6. Рациональный режим учебы и отдыха.

ЗОЖ характеризуется разными параметрами, отражающими специфику жизнедеятельности конкретной личности:

- уровень жизни – экономическая составляющая;
- качество жизни – социологическая составляющая;
- стиль жизни – социально-психологическая составляющая.

Поставив на первое место двигательную активность, студенты осознают важность физической культуры.

Таким образом, состояние здоровья студентов-медиков требует разработки специальной программы по совершенствованию учебного процесса физического воспитания с учетом получаемых ими знаний медуко-биологического блока. Необходимо, чтобы че-

ловек стал не только «потребителем» своего здоровья, но и его «производителем». В связи с вышеназванными, приоритетными направлениями интеграции валеологии и физической культуры являются:

- воспитание культуры здоровья, основанные на взаимосвязи духовного и физического потенциала человека;
- организации ЗОЖ, как отдельного индивида, так и общества в целом;
- раскрытие путей совершенствования ценностно-мотивационной сферы человека.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Валеологическая культура студента УГТУ / А.В. Агеносов, Л.А. Рапопорт, Л.А. Семенов и др. – Екатеринбург, 1998. – 35с.
2. Браже Т.Г. Из опыта развития общей культуры учителя // Педагогика. – 1993. - №2. – С 70-75.
3. Брехман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье. – Л.: Наука, 1987.
4. Все о здоровом образе жизни. - Издательство «Ридерз Дайджест», 1998.
5. Лебедева Н.Т. Формирование здорового образа жизни. – Минск: Народная Асвета, 1996.
6. Материалы первой всероссийской научной конференции «Образ жизни и здоровье студентов». – М., 1995.
7. Матвеев Л.П. Теория и методика физического воспитания. – М.: ФИС, 1976.
8. Решетников Н.В., Кислицин Ю.Л. Физическая культура - М.: Academia, 1998.
9. Степанян А.С. Теория и практика физической культуры // РКАФК. - 1997. - №1.

УДК 616.2

Н.П. Насонова

### **ЗНАЧЕНИЕ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА В ФОРМИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

Уральская государственная медицинская академия

Проблема лечения ожогов у детей привлекает все большее внимание специалистов разных профилей и органов социальной защиты. Это обусловлено не только возрастающей тяжестью ожоговой травмы, но и трудностью лечения пострадавших, которое нередко заканчивается неблагоприятным исходом или инвалидностью.

К сожалению, иногда тяжесть ожоговой травмы оценивается только глубиной и распространенностью поражения. Вызывает удивление крайне тяжелое течение ожоговой болезни у детей с локализованными и неглубокими ожогами, недооценивается их состояние при первичном осмотре. Между тем существует ряд факторов, зачастую являющихся определяющими в прогнозе и исходе ожоговой болезни у детей.

Несмотря на многочисленные исследования в области экологии и гигиены [1,2,12], в литературе не

находит должного отражения роль эндогенных факторов в развитии и течении травматической (в частности, ожоговой) болезни. К сожалению, пока не представляется возможным провести четкую границу между компенсаторными и патологическими механизмами, между течением преморбидной эндогенной интоксикации и развитием ожоговой токсемии с полиорганной дисфункцией [10].

Представляет также большую трудность установление связи между тяжестью реакции организма на шокотенный фактор и преморбидное состояние организма в условиях действия неблагоприятных экологических факторов. Особенно это касается Уральского региона, где сочетание высоких техногенных нагрузок обуславливает повышенное загрязнение компонентов биосферы [3,15].

Наряду с тем отмечается возрастание значимости эндогенных факторов, являющихся фоном хирургической инфекционно-воспалительной патологии [5,7]. Обычная деятельность живого организма сопровождается развитием целого ряда адаптационных реакций, направленных на создание постоянства внутренней среды.

Нельзя игнорировать и тот факт, что количество иммуно-супрессивных детей не уменьшается, несмотря на развитие иммунологии и прогресс информативных методов диагностики нарушений иммунной системы. Как известно [4], наименьшая величина антибактериальной активности крови у детей приходится на возраст от 1 до 4 лет, что соответствует наимысшему пику ожогового травматизма. Дети с пре- и перинатальным поражением ЦНС, с синдромом задержки внутриутробного развития формируют группы риска по иммунокомпромиссу, степень которого прямо пропорциональна тяжести повреждения ЦНС.

Обнаружено, что наиболее тяжелые расстройства отмечаются при внутриутробном инфицировании, медикаментозной стимуляции родовой деятельности и акушерских манипуляциях. В частности, происходит потеря специфических антител к ряду инфекций. Так, восстановление иммунитета при ЦМВ-инфекции происходит лишь к трехлетнему возрасту, в то же время при токсоплазмозе Т-иммунодефицит имеет устойчивый характер и не зависит от возраста.

Значимость этой проблемы, к сожалению, не изучена и недооценивается при проведении интенсивной терапии у детей дошкольного возраста. Между тем, инфицирование среди беременных женщин ЦМВ-инфекцией по данным некоторых исследователей составляет до 90% [8,14,16].

Особенно важно, на наш взгляд, отметить значение таких изменений, вызванных ВУИ, как отчетливое снижение функциональной активности рецепторного аппарата Т-лимфоцитов, умеренная депрессия РБТЛ, тенденция к снижению содержания YgG и выраженная дисфункция моноцитов [14].

У инфицированных детей, кроме того, имеются выраженные изменения со стороны системы крови. Почти в 2/3 случаев больные страдают гепато- или спленомегалией, нередко сочетающимися с изменениями со стороны периферической крови. Обнаружено, что у детей, инфицированных ЦМВ в возрасте старше года, в 100% случаев отмечается анемия, в