

рианта тактики ведения: 1 – консервативная терапия при условии успешного вмешательства на изолированном поражении (контрольная группа), 2 – пациенты с рекомендованной на амбулаторном этапе процедурой полной реваскуляризации миокарда, 3 – пациенты с консервативной терапией ввиду невозможности полной реваскуляризации миокарда. Помимо рутинных методов обследования, на 10–14 сутки от начала ИМ определили концентрацию в сыворотке крови цитокинов (ИЛ-1 α , ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-12, фактор некроза опухоли- α), С-реактивного белка. У всех пациентов через год оценили принимаемую медикаментозную терапию, сроки и объём проведения реваскуляризации миокарда, прогноз. Прогноз определялся как неблагоприятный в случае развития кардиальной смерти, повторных ИМ, госпитализаций по поводу прогрессирования коронарной и сердечной недостаточности, инсульта.

Результаты. Частота развития неблагоприятных событий в контрольной группе составила 14,2 %, по сравнению с пациентами без сердечно-сосудистых событий в течение года, определены различия в концентрации только ИЛ-12: 175,3 (149,5;201,1) пг/мл и 73,1 (55,9; 104,3) пг/мл, соответственно ($p < 0,001$). При анализе частоты возникновения сердечно-сосудистых событий в зависимости от тактики ведения, выяснено, что все пациенты с много-сосудистым поражением коронарных артерий без возможности вмешательства имели неблагоприятный прогноз. Тогда как пациенты с рекомендованной на амбулаторном этапе процедурой полной реваскуляризации миокарда имели следующие особенности: проведение данной процедуры в течение года не ассоциировалось с более низкой частотой развития сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с больными без реваскуляризации (33 и 32 %, соответственно). Однако при анализе времени до проведения полной реваскуляризации миокарда и активности ИЛ-12 в зависимости от прогноза, выяснено, что все пациенты с высокими показателями данного цитокина (>120 пг/мл) и поздним проведением коронарного шунтирования или чрескожного коронарного вмешательства (>2 месяцев) имели неблагоприятный прогноз, тогда как больные с низкими значениями ИЛ-12 (<90 пг/мл) вне зависимости от срока проведения процедуры полной реваскуляризации миокарда имели наименьшую частоту, сопоставимую с контрольной группой, встречаемости повторных сердечно-сосудистых событий (14,3 %). Пациенты со средними значениями ИЛ-12 (89,9–119,9 пг/мл) имели промежуточный риск, который также повышался при позднем проведении данной процедуры.

Выводы. Представленные в настоящем исследовании данные позволяют предполагать, что показатели субклинического воспаления, в частности, активатор клеточного звена воспаления – ИЛ-12, может быть рассмотрен в качестве критерия неблагоприятного прогноза в течение года после перенесенного инфаркта миокарда у пациентов как с консервативной тактикой лечения, так и в случае проведения процедуры полной реваскуляризации миокарда.

ОСОБЕННОСТИ ЭМПАТИЙНОГО МЕТОДА ОБУЧЕНИЯ ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА С РЕБЁНКОМ

Иванова О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель – к.п.н., доцент Король А.Д.

Цель исследования: проектирование и реализация эмпатийного компонента практики врача-педиатра. **Задачи** исследования: 1) разработать эмпатийные приёмы и образовательные ситуации для больных детей в возрасте 3–9 лет; 2) разработать критерии оценивания эффективности взаимодействия «врач-ребенок»; 3) провести комплексный эксперимент по проверке гипотезы эксперимента.

Гипотеза. Если использовать эмпатийные приёмы и техники обучения в практике врача-педиатра в его взаимодействии с больным ребёнком (3–6 лет), то это приведет к росту эффективности клинического взаимодействия с ребёнком, что найдёт отражение в следующих критериях: 1) физиологический (частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное

давление (АД); 2) общее время взаимодействия “врач-ребенок” в рамках врачебного осмотра; 3) рефлексия родителей детей.

Эмпатия – мысленный процесс уподобления себя другому человеку с целью «понять» переживания и чувства познаваемого человека. Другими словами, эмпатия представляет собой аффективное «понимание». Метод эмпатии (вживания) в технологии креативного обучения означает «вчувствование» человека в состояние другого объекта.

Критерии оценивания эффективности методов эмпатии в практике врача-педиатра следующие: 1) физиологический (ЧСС, АД); 2) время, затраченное на взаимодействие «врач-пациент»; 3) рефлексии родителей.

Нами было обследовано 50 детей с заболеваниями пульмонологического профиля (экспериментальная группа), а также проанализировано 50 историй болезней детей того же профиля (контрольная группа).

Приведем один из примеров содержания эксперимента. «Игра в доктора (или в слоника и др.)». Идея применения ситуации. Ребёнок в возрасте до 6 лет не позволяет пропальпировать ему живот. Врач берет игрушку в руки и предлагает ребёнку представить, что игрушка (слоник) – это маленький пациент. Ребенок совершает врачебные манипуляции, напоминающие пальпацию, и поясняет, что чувствует слоник. Предполагается, что ребёнок отождествит себя со слоником и скажет, что он чувствует сам.

В результате общее время взаимодействия врача с детьми в экспериментальной группе оказалось на 48% меньше, нежели без использования врачом эмпатийных методов. *Рефлексивные* суждения родителей показали повышенный интерес детей к выполнению врачебных процедур (76 %), а также снижение тревожности по отношению к предметам и субъектам больничного стационара (98%).

Динамика изменения физиологических показателей (ЧСС, АД) в экспериментальной группе при осуществлении врачебных манипуляций стремится к норме для данного возраста, в отличие от соответствующих параметров детей контрольной группы.

Литература:

1. Хуторской, А.В. Дидактическая эвристика : Теория и технология креативного обучения / А.В. Хуторской. – М. : Изд-во МГУ, 2003. – 416 с.
2. Годфруа Ж: Что такое психология. М., 1994.

УГОЛ ИНКЛИНАЦИИ МЫШЦЕКОВ БЕДРА В НОРМЕ И ПРИ ВАЛЬГУСНОМ ОТКЛОНЕНИИ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ 3–7 ЛЕТ

Иванцов А.В., Воробьева Д.О.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра анатомии человека*

На деформации коленного сустава приходится 22% всех деформаций скелета и 35% деформаций нижних конечностей [2]. Распределение статической нагрузки на суставные поверхности коленного сустава зависит главным образом от положения механической оси нижней конечности, влияния усилия мышц и связок. В норме биомеханическая ось соединяет центр головки бедренной кости с центром голеностопного сустава и проходит через центр коленного сустава. При этом давление массы тела распределяется равномерно на суставные поверхности обоих феморотибиальных отделов коленного сустава. В случае отклонения механической оси кнаружи или кнутри силовой поток смещается и нагрузка на латеральные или медиальные мышечки суставных концов обеих костей увеличивается (синдром гиперпрессии). Нагрузка на противоположные мышечки, соответственно, уменьшается. В перегруженном отделе повышается уровень напряжения в костно-хрящевых и мягкотканых элементах сустава, возрастает контактное давление [1]. Это приводит к дисбалансу между биологической устойчивостью тканей и механической нагрузкой, далее к ускоренному асимметричному изнашиванию сустава и, как следствие, к развитию деформирующего артроза. Отсюда вытекает необходимость коррекции деформаций коленного сустава [2].