

компонентов медицинской направленности по степени уменьшения ранга имеет следующую структуру: общительность, интеллигентность, организованность, направленность на медицину. На стадии окончания среднего учебного медицинского заведения распределение основных компонентов медицинской направленности по степени уменьшения ранга приобретает следующую структуру: направленность на будущую специализацию, интеллигентность, организованность, общительность. Важное значение в процессе психолого-педагогической подготовки медицинских сестёр с высшим образованием имеет целенаправленное влияние, воздействующее на формирование свойств индивидуального и личностного уровней. Основными компонентами индивидуального уровня, целенаправленное формирование которых способствует развитию индивидуальности, в период ранней профессионализации выступают: наблюдательность, гибкость мышления, продуктивность памяти. Самооценка, уровень притязаний выступают как основные компоненты личностного уровня, целенаправленное формирование которых в период ранней профессионализации способствует развитию индивидуальности. Условия ранней профессионализации в форме медицинского колледжа интенсифицируют процесс личностных преобразований – способствуют как общему развитию учащихся, так и формированию устойчивой профессиональной медицинской направленности и проявляются в более высоких уровнях значений профессионально важных качеств. В целом, обязательным условием ранней профессионализации медицинской деятельности является программа психолого-педагогического сопровождения, элементами которой являются: специально-предметное обучение, психологическая профилактика, индивидуальное консультирование, система психологических тренингов, упражнений, диагностических заданий, деятельных игр, вхождение в деятельность. Программа психологического сопровождения в условиях медицинской профессионализации положительно влияет как на развитие отдельных профессионально важных качеств, так и на формирование разных уровней готовности: к профессиональному выбору, к профессиональному обучению, к профессиональной деятельности.

### **Системно-антисистемная регуляция гемостаза при хронической патологии печени**

Парахонский А.П.

*Кубанская медицинская академия, Краснодар*

Цель работы – поиск наиболее информативных критериев лабораторной диагностики ранних, клинически не проявляющихся нарушений гомеостаза агрегатного состояния крови при воздействии экологически неблагоприятных факторов (вирусной инфекции, интоксикации) на печень. Обследовано 66 больных хроническими персистирующими и активными гепатитами; 40 больных портальными и постнекротическими циррозами печени. Определяли следующие показатели: время свёртывания крови, время рекальцификации плазмы, толерантность плазмы к гепарину, потребление протромбина, тромбиновое время,

тромботест, протромбиновое время, активность свободного гепарина, фибриноген, фибриноген В, фибринолитическая активность, фибринолитическая активность в эуглобулиновой фракции, активность плазмина и активаторов пламиногена, антиплазмины, время спонтанного лизиса сгустка, продукты распада фибриногена-фибрина, количественное содержание тромбоцитов, их функциональную активность. Установлено, что нарушения эндэкологического гомеостаза проявляются уже на ранних этапах развития хронической патологии печени, являются однотипными и отличаются различной степенью выраженности. Из числа перечисленных тестов первыми достоверно изменялись показатели активности свободного гепарина, толерантности плазмы к гепарину и тромбинового времени. При хронических персистирующих гепатитах возрастала только активность свободного гепарина, а при хронических активных гепатитах и циррозах печени, кроме того, снижалась толерантность плазмы к гепарину и удлинялось тромбиновое время. Изучение показателей тромбоцитарного гемостаза выявило признаки повышения адгезивности тромбоцитов при снижении степени и скорости дезагрегации. Определение суммарного индекса тромбофилии, резюмирующего все показатели коагуляционного и тромбоцитарно-сосудистого гемостаза с их нередко разнонаправленными изменениями, выявило значительное его повышение, что свидетельствовало о превалировании повышенных свёртывающих и сниженных фибринолитических свойств крови.

Согласно теории антисистем, равновесие различных динамических, в том числе биологических, систем достигается за счёт компенсации противоположно действующих регулирующих факторов подсистем. Регуляция функции гемостаза также имеет системно-антисистемный принцип взаимоотношений, направленных на стабилизацию системы гемостаза. При патологии эти отношения могут переходить в антагонистические. В норме свёртывающие и противосвёртывающие механизмы находятся в равновесии, при нарушении равновесия повышение антикоагуляционной активности выполняет стабилизирующую функцию, и по принципу отрицательной обратной связи, в известной степени, компенсирует нарушение равновесия; если же система истощена длительным воздействием патогенного фактора, то её функция декомпенсируется и равновесие нарушается. Отсюда становятся ясными причины и механизмы слабой выраженности стадии гиперкоагуляции при хронических заболеваниях печени. Способность организма компенсировать нарушения агрегатного состояния крови ведёт к постепенному, растянутому по времени потреблению факторов свёртывания и, вследствие этого, фаза гиперкоагуляции не регистрируется, а лишь наблюдается повышение антикоагуляционной активности крови. Таким образом, для комплексной оценки различных составных частей гемокоагуляционного гомеостаза с успехом могут быть использованы интегрированные показатели типа индексов тромбофилии. При этом, чем больше показателей различных компонентов системы гемостаза используется в суммарной величине индекса тромбофилии, тем большее отражение в нём находят системно-антисистемные

взаимоотношения, тем более надёжно регистрируются те или иные сдвиги, благоприятствующие возникновению тромбозов или геморрагий.

Наиболее чувствительным тестом, отражающим состояние антикоагуляционной системы при хронической патологии печени, является определение активности свободного гепарина. Контроль за антикоагулянтной активностью крови у больных с хронической патологией печени в динамике позволит предупредить развитие нарушений со стороны системы гемостаза, что, в свою очередь, будет способствовать сохранению гомеостаза организма и более благоприятному течению заболеваний.

УДК 616.12 - 008.66 + 612.014.464

**Антирадикальный, эффект периндоприла в крови, при остром инфаркте миокарда**

Петренко М.И., Терентьев В.П., Милютин Н.П.,  
Ананян А.А., Внуков В.В.

*Ростовский государственный медицинский университет, Ростовский государственный университет*

Важнейшим механизмом патогенеза острого инфаркта миокарда (ОИМ) является развитие оксидативного стресса, приводящего к структурно-метаболическим и функциональным нарушениям в кардиомиоцитах. Поэтому поиск эффективных ингибиторов свободнорадикальных процессов (СРП) в условиях развития острого коронарного синдрома является первоочередной задачей кардиологии.

Проводили клинико-биохимическое обследование больных ОИМ, которые были разделены на две группы. Первая группа больных получала стандартное лечение, во второй группе проводили комплексную терапию с применением периндоприла - липофильного ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ).

Установлено, что интенсивность СРП в плазме крови больных ОИМ двух групп существенно превосходит норму до лечения. Об этом свидетельствует повышение интенсивности индуцированной хемилуминесценции (ХЛ), экстремальное увеличение супероксидгенерирующей активности (СГА) и возрастание уровня пероксинитрита и продуктов метаболизма оксида азота - нитрозогемоглобина, нитрозоглутатиона и нитротирозина. Применение периндоприла в терапии ОИМ приводит к значительному снижению интенсивности СРП в крови больных второй группы, тогда как проведение стандартной терапии в первой группе больных способствует лишь частичному ингибированию СРП. Во второй группе больных, принимавших периндоприл, наблюдается снижение показателей ХЛ на 18-45 %, СГА - на 78 %, содержания пероксинитрита - на 24 %, нитротирозина - на 39 %, тогда как уровень нитрозоглутатиона, обладающего антиоксидантным эффектом, возрастает на 39 %.

Таким образом, периндоприл купирует проявление оксидативного стресса при ОИМ путем предотвращения образования ангиотензина-II, обладающего прооксидантным действием.

УДК 616.12: 612.014.46

**Влияние периндоприла на показатели синдрома эндогенной интоксикации при остром инфаркте миокарда**

Петренко М.И., Терентьев В.П., Ананян А.А.,  
Милютин Н.П., Внуков В.В.

*Ростовский государственный университет, Ростовский государственный медицинский университет*

Синдром эндогенной интоксикации (СЭИ) является структурно-метаболическим ответом организма на острую агрессию и рассматривается как важнейший патогенетический фактор при различных критических состояниях и, в том числе, при остром инфаркте миокарда (ОИМ).

Цель работы: изучить действие комбинированной терапии ОИМ, включающей применение периндоприла, ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) на развитие СЭИ.

Проведено клинико-биохимическое обследование 50 больных ОИМ, которые были разделены на две группы. В первой группе больных проводили стандартную терапию, во второй группе на фоне стандартной терапии применяли периндоприл. В качестве критериев выраженности СЭИ использовали лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), динамику фракций молекул средней массы (МСМ) при трех длинах волн 210 нм, 254 нм и 280 нм, составляющие субстрат эндогенной интоксикации, и содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) как показатель аутоиммунных процессов.

Установлено, что в обеих группах больных ОИМ до лечения наблюдается развитие СЭИ. Это подтверждается высокими значениями ЛИИ, приростом содержания фракций МСМ (254) и МСМ (280) и возрастанием уровня ЦИК в плазме крови. При проведении стандартной терапии первой группе больных ОИМ сохраняются высокие значения СЭИ, что свидетельствует о недостаточной эффективности лечения. Применение периндоприла в комплексной терапии ОИМ купирует проявление СЭИ во второй группе больных, что реализуется путем нормализации лейкоцитарных реакций, приближения пула МСМ к стационарному уровню и подавлению аутоиммунных процессов.

**Формирование мотивации к здоровому образу жизни у подростков**

Сапельцева И.В.

*Уральский государственный педагогический университет, Екатеринбург*

Образование и воспитание должно обеспечивать формирование жизненного приоритета здоровья, мотивации к здоровому образу жизни (ЗОЖ) и обучение методам, средствам и способам достижения здоровья. Под мотивацией к ЗОЖ мы понимаем сложный психологический, физиологический, педагогический процесс от возникновения побуждения организовать ЗОЖ до изменения поведения в направлении оздоровления.