

Современная медицина быстро меняется — меняются ее технологии, методы лечения, а также способы общения между врачом и пациентом. Тем не менее, врачебная деятельность осуществляется тем успешнее, чем более развитым оказывается ее духовный компонент, т.е. диалог между врачом и пациентом. Однако сегодня имеются противоречия: с одной стороны, общение между врачом и пациентом является уникальным путем к пониманию и взаимодействию, с другой стороны, многие врачи не способны донести важную информацию до пациента, отрицая важность языковой компетенции в их деятельности.

Таким образом, с точки зрения пациента профессиональная культура врача подразумевает, прежде всего, доброжелательное отношение, взаимопонимание с компетентным специалистом. Следовательно, деонтологическому воспитанию, воспитанию культуры общения врача нужно уделять особое внимание в процессе обучения студентов-медиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердяев, Н. А. *Философия неравенства* / Н. А. Бердяев; сост. и отв. ред. О. А. Платонов. — М.: Институт русской цивилизации, 2012. — 624 с.
2. Жилиева, О. А. *Роль языка в становлении профессиональной культуры врача: дис. ... канд. культурологии: 24.00.01* / О.А. Жилиева. — Улан-Удэ, 2009. — 157 с.
3. Шевченко, Ю. Л. *Философия медицины* / Ю. Л. Шевченко. — М., 2004. — 384 с.

УДК 615.036.8

ПРИМЕНЕНИЕ АДАПТОГЕНОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ

Боровик Е. В., Павлов И. Д.

Научные руководители: м.м.н. *Ж. В. Шуляк*, д.м.н., профессор *Е. И. Михайлова*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Психическое здоровье населения является одной из главных проблем на сегодняшний день. Предварительные оценки свидетельствуют о том, что сегодня приблизительно 450 млн людей страдают от психических и неврологических расстройств или же от различных психосоциальных проблем. Студенчество можно отнести к группе повышенного риска возникновения таких заболеваний, так как условия современной жизни ведут к тому, что студенты в период обучения в высшей школе испытывают воздействие целого комплекса средовых факторов, негативно влияющих на состояние их психического здоровья. Нехватка свободного времени для прогулок, занятий спортом, частое недосыпание, гиподинамия, нарушение режима и ритма питания — это лишь некоторые причины, которые могут привести к снижению умственной работоспособности студентов, а в дальнейшем — и к нервно-психическим расстройствам. При сравнении психического здоровья различных групп населения оказалось, что в отношении студенчества эта проблема весьма актуальна. Напряженный темп жизни и учебы создает повышенные нейропсихические нагрузки и предъявляет повышенные требования к компенсаторным механизмам психики, срыв которых приводит к возникновению стресса, психологическим и социальным конфликтам. Последствием учебного стресса может являться невроз, функциональное заболевание нервной системы, синдром эмоционального выгорания. Распространенность данных расстройств обуславливает поиск лекарственных средств, с одной стороны, редуцирующих психоорганические расстройства, а с другой — не нарушающих уровень социально-трудовой адаптации больных. Этим критериям в достаточной мере соответствуют безопасные и эффективные в практическом использовании современные «дневные» транквилизаторы с ноотропным компонентом Адаптол, Фенибут, Ноофен [1]. Также в терапии психопатологических состояний применяются психостимулирующие препараты (Кофеин, Мебикар), растительные адаптогены (элеутерококк, женьшень, лимонник и др.).

Цель

Изучить применение адаптогенов и их влияние на психическое здоровье студентов.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ исследований препаратов, применяемых для лечения или профилактики нарушений психического здоровья студентов. В рандомизированных контролируемых испытаниях (РКИ) число испытуемых варьировало от 32 до 95. Использовались следующие лекарственные препараты: Адаптол, Фенибут, Ноофен, Кофеин. Дозы препаратов в каждом из испытаний отличались. Проанализировано 13 русскоязычных и 1 англоязычный источник.

Результаты исследования и их обсуждение

Вышеперечисленные препараты являются нейротропными лекарственными средствами. Адаптол относится к группе анксиолитиков (транквилизаторов), активным веществом препарата является тетраметилтетраазабициклооктандион (мебикар). Фенибут и Ноофен обладают ноотропной активностью, а как производное ГАМК обладают анксиолитическим (транквилизирующим) действием. Действующее вещество препарата — фенибут гидрохлорид. Кофеин относится к психостимулирующим лекарственным средствам, группе метилксантинов. Действующее вещество — кофеин (в виде бензоата натрия). Механизм действия данных препаратов следующий. Адаптол влияет на структуры головного мозга, а также на основные нейромедиаторные системы, активируя ГАМК- и серотонинергические и угнетая активность холин- и адренергической систем. Фенибут и Ноофен оказывают прямое воздействие на ГАМК-ергические рецепторы, а также нормализуют метаболизм тканей и улучшают мозговое кровообращение. Кофеин: а) блокирует фосфодиэстеразу, тем самым уменьшает распад цАМФ, в результате усиливается гликогенолиз, происходит стимуляция метаболических процессов в разных органах и тканях (это влияние проявляется при очень высоких (превышающих терапевтические) концентрациях кофеина); б) блокада аденозиновых (A_1 , и A_2) рецепторов, снимает тормозное влияние аденозина в отношении аденилатциклазы, в результате уровень цАМФ увеличивается [2].

В анализированных нами клинических исследованиях адаптогены показали свою эффективность и оказали следующие фармакологические эффекты: 1) Адаптол является эффективным средством лечения синдрома эмоционального выгорания, отмечается уменьшение утомляемости, тревоги, улучшение настроения. Также Адаптол повышает физическую и психическую трудоспособность, умственную активность, улучшает память и динамику познавательных процессов, оказывает транквилизирующий эффект [3]. Фенибут обладает иммунокорригирующим свойством, а также уменьшает напряженность, беспокойство, страх и улучшает сон; уменьшает головную боль, чувство тяжести в голове, раздражительность, эмоциональную лабильность и повышает умственную работоспособность. Кофеин повышает активность, настроение, скорость мыслительных процессов, усиливает концентрацию и внимание, также кофеин может приводить к повышению умственной работоспособности у работников со сменным графиком [4].

Изучив механизм действия и эффекты, оказываемые вышеперечисленными лекарственными средствами, мы решили рассчитать стоимость полного курса приема препаратов в Республике Беларусь (таблица 1).

Таблица 1 — Стоимость полного курса приема препаратов в Республике Беларусь

Название препарата	Максимальная цена (BYN)	Минимальная цена (BYN)	Стоимость полного курса лечения (BYN)
Адаптол (500мг)	13,45	19,02	1 мес. (2 р/д): 43–57,06
Ноофен (250мг)	19,79	30,48	1 мес. (3р/д): 79,16–124,92
Кофеин (100мг)	2,07	2,62	1 мес. (2р/д): 12,42–15,72
Фенибут (250мг)	10,0	12,64	1 мес. (3р/д): 40–50,56

Выводы

Систематизировав и объединив вышеперечисленные результаты с учетом тематического направления данной научной работы, мы пришли к выводу, что препараты Адаптол, Но-

офен, Фенибут и Кофеин оказывают доказанное положительное влияние на психическое здоровье студентов при нервно-психических расстройствах, а также во время стрессовых ситуаций. Наибольшую эффективность по результатам исследований оказывает препарат Адаптол.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cyberleninka.ru [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article>. — Дата доступа: 21.03.2018.
2. Mediasphera.ru [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2010/10/>. — Дата доступа: 21.03.2018.
3. Воронина, Т. А. Новые ноотропные препараты с нейропротекторной активностью / Т. А. Воронина // Психофармакология и биологическая наркология. — 2002. — Т. 2, № 3–4. — 375 с.
4. Шабанов, П. Д. Концепция адаптогенов: истоки, современное состояние, перспективы: Акт, Речь на 2-х Лазаревских чтениях / П. Д. Шабанов. — СПб.: ВМедА, 2002. — 72 с.

УДК 616.717.5-001-053.2-089.81

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Боровская О. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. П. Беспальчук

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Чаще всего при повреждении локтевого сустава присутствуют переломы шейки лучевой кости встречаются у 20,9 % детей, переломы головки на границе с шейкой лучевой кости — у 11 %. В педиатрической практике с учетом функционирующей зоны роста методы открытой репозиции с обнажением зоны перелома и последующим металлоостеосинтезом более травматичны, чем закрытые способы, поэтому показания к ним должны быть сведены к минимуму. Резекция головки лучевой кости, как у взрослых недопустима. Поэтому необходимо использовать один из предложенных закрытых способов репозиции отломков.

Цель

Провести анализ результатов применения малоинвазивных методов оперативного лечения (закрытой репозиции, остеосинтеза спицами) с применением ЭОП при переломах головки и шейки лучевой кости у детей.

Материал и методы исследования

С 2005 по 2018 гг. на базе детского травматолого-ортопедического отделения 6 ГКБ г. Минска было проведено 36 операций (из них — 28 малоинвазивные) пациентам с остеоэпифизеолизами головки и переломами шейки лучевой кости у детей (15 мальчиков, 21 девочек). Средний возраст пациентов составил 9 лет (от 4 до 14). Средний срок пребывания пациентов по поводу вмешательств — 8 суток.

Результаты исследования и их обсуждение

В диагностике данного вида повреждений выполнялась рентгенография локтевого сустава в 2-х проекциях. Среди методов закрытой репозиции под контролем ЭОП наиболее часто использовалась методика закрытой репозиции по Свинухову. Однако и этот способ не всегда обеспечивал качественную репозицию. При большом смещении головки лучевой кости производилось вправление по Баирову. Данные методики репозиции позволяли достигнуть удовлетворительного положения отломков в 78 % случаев. При безуспешности закрытой репозиции выполнялось открытое вмешательство с репозицией головки и фиксации ее спицами интрамедуллярно, либо трансартикулярно. Средняя продолжительность операций с применением ЭОП составляла 30–40 мин. в зависимости от вида повреждения. Пациенты выписывались на амбулаторное лечение на 5–6-й день после операции.