

Помимо действия МСК на здоровые клетки было показано их действие на спленоциты при моделировании ишемии почки. На основании выше приведенных данных ишемия сама по себе является антипролиферативным фактором, так как в эксперименте почти полностью отсутствовала клеточная пролиферация спленоцитов, активированных ConA. Это может быть связано с повреждающими факторами, которые возникают при ишемии, например, гипоксия, синтез активных форм кислорода и азота, что приводит к оксидативному стрессу. Добавление МСК в культуру спленоцитов не повлияло на сложившуюся картину. Такие результаты могут объясняться тем, что для осуществления своих функций МСК должны быть активированными, т. е. существует «обратная связь» между МСК и лимфоидными клетками, которые могут изменять состояние МСК.

Заключение

Таким образом, можно сделать вывод, что МСК оказывают выраженный антипролиферативный эффект *in vitro*. Это может быть сопряжено с увеличением продукции TGFb1 и уменьшением продукции IFN γ спленоцитами. Такие свойства МСК могут явиться перспективным подходом в терапии постишемических состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Management of Fibrosis: The Mesenchymal Stromal Cells Breakthrough / B. Usunier [et al.] // Stem Cells International. — 2014. — Vol. 2014. — P. 1–29.
2. Mesenchymal stem cells: Molecular characteristics and clinical applications / F. Rastegar [et al.] // World J Stem Cells. — 2010. — Vol. 2, № 4. — P. 67–80.
3. Дифференцировочные и иммуномодулирующие свойства мезенхимальных стволовых клеток как потенциальные механизмы положительного действия при инфаркте миокарда / Г. Я. Хулуп [и др.] // Вестник ВГМУ. — 2009. — Т. 8, № 1. — С. 1–23.
4. Uccelli, A. Immunoregulatory function of mesenchymal stem cells / A. Uccelli, L. Moretta, V. Pistoia // Eur. J. Immunol. — 2006. — № 36. — P. 2566–2573.

УДК 61:378-057.785:159.942

УРОВЕНЬ ЭМПАТИИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ВТОРОМ КУРСЕ

Румянцева А. А., Гатальская А. И.

Научный руководитель: ассистент В. А. Кругленя

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Эмпатия — это глубокое восприятие внутреннего мира другого человека, его эмоций переживаний, необходимое для понимания этого человека исходя из его интересов [1].

Медицина, как сфера профессиональной деятельности, постоянно сталкивается с отрицательным и негативным эмоциональным состоянием пациентов. В таких условиях, одним из факторов оказания квалифицированной помощи должно быть проявление эмпатии. Ведь пациент ждет от медицинского персонала не только медицинской помощи, но еще и сочувствия, заботы и участия. Медицинские работники, в ходе профессиональной деятельности постоянно находятся в экстремальных условиях, связанных с принятием жизненно важных решений, при этом сталкиваясь со страданием людей, вынуждены воздвигать своеобразный барьер психологической защиты, становясь менее эмпатичными для предотвращения эмоционального перегорания или даже срыва. Поэтому наряду со способностью сопереживания медицинский персонал должен быть эмоционально устойчивым, обладать способностью, не только беспристрастно принимать решения, преодолевать неприятные впечатления в процессе профессиональной деятельности, но и не забывать о проявлении эмпатии, что обеспечит лучшее понимание состояния пациента. Таким образом, для оптимально продуктивной деятельности медицинского работника, и любого человека социаль-

ной профессии проявление эмоционального отклика является неотъемлемым условием компетентного общения, при котором будет возможно глубокое осознание физического и психоэмоционального состояния другого человека. Следовательно, проявление эмоциональной эмпатии должно сочетаться с психоэмоциональной устойчивостью для осуществления в нужный момент четких и быстрых действий [2].

Цель

Определение психоэмоционального состояния и уровня эмоциональной эмпатии у студентов-медиков.

Материал и методы исследования

Исследование психоэмоционального состояния и уровня эмоциональной эмпатии у студентов-медиков проводилось в начале учебного года, во второй половине дня (с 12.00 до 15.00) в начале недели (понедельник, вторник). В исследовании приняли участие 40 студентов второго курса в возрасте от 18 до 20 лет. Уровень психоэмоционального состояния оценивался по 10-балльной (стендовой) системе методике, разработанной американскими психологами А. Уэссманом и Д. Риксом. Испытуемому предлагалось выбрать в каждом из предложенных наборов суждений то, которое лучше всего описывает его состояние сейчас. Уровень психоэмоционального состояния оценивается отдельно по следующим показателям: С1 (самооценка) «спокойствие — тревожность», С2 «Энергичность — усталость», С3 «Приподнятость — подавленность», С4 «Чувство уверенности в себе — чувство беспомощности» и С5 — суммарная по четырем шкалам оценка психоэмоционального состояния. Уровень эмоциональной эмпатии определялся по методике общих эмпатийных тенденций (А. Меграбян, Н. Эпштейн). Данный опросник состоит из 33 суждений закрытого типа, что не дает возможности отвечающему догадаться, какую реальную информацию извлекает экспериментатор из его ответов. По результату ответов, путем подсчета количества совпадений с ключом, определялись уровни эмоциональной эмпатии: высокий, средний, низкий. По таким же градациям определялось психоэмоциональное состояние.

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные результаты, выражены в процентном соотношении между градациями: высокий, средний, низкий уровень эмпатии, представлены в виде диаграммы и высокий, средний, низкий уровень психоэмоционального состояния — в виде диаграммы на рисунке 1.

По результатам опроса у большинства студентов (80 %) в начале учебного года средний уровень психоэмоционального состояния оценивается на 5–7 баллов по 10-балльной шкале (средний показатель). Остальная часть опрошенных (20 %) оценили свое психоэмоциональное от 1 до 4 (низкий уровень).

При этом, самые высокие показатели отмечаются по шкале С4 — в сторону чувства уверенности в себе, а самые низкие баллы по показателю С2 «Энергичность — усталость», в сторону усталости. Оценки по показателям С1 (самооценка) «спокойствие — тревожность» и С3 «Приподнятость — подавленность» приблизительно на одном уровне около 5–6 баллов, что ближе к спокойствию и устойчивому психоэмоциональному состоянию.

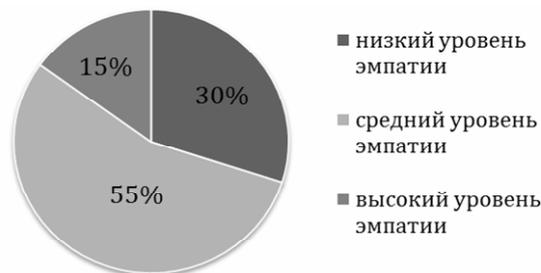


Рисунок 1 — Процентное соотношение опрошенных студентов по уровню эмоциональной эмпатии шкалы Меграбяна и Эпштейна

Результаты исследования уровня эмоциональной эмпатии представлены на рисунке 1. Большинство участвующих в опросе студентов показали средний результат по шкале эмо-

циональной эмпатии (55 %), около 15 % имеют высокий показатель эмоционального отклика и не малый процент опрошенных (30 %) имеют низкий показатель эмпатии. При этом более высокие показатели уровня эмпатии (в градациях средний и высокий уровень) отмечены у студентов со средним уровнем психоэмоционального состояния. А низкий и высокий уровень эмпатии больше выражены у студентов с низким уровнем психоэмоционального состояния.

Заключение

Полученное в результате исследования процентное распределение между средним, высоким и низким уровнями эмоциональной эмпатии и средним и низким уровнями психоэмоционального состояния у студентов еще раз указывает на недостаток внимания к данному явлению в учебно-воспитательном процессе. Так как, любое проявление эмоциональной сферы неразрывно связано с состоянием физиологических функций и процессов в организме — это так называемый органический компонент эмоций, который, в свою очередь, определяет способность в том числе и к эмоциональному отклику (субъективный эмоциональный компонент), что будет благоприятствовать общению, пониманию и правильному восприятию окружающей действительности (эмоционально-двигательный компонент).

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева, Г. М. Социальная психология: учебник / Г. М. Андреева. — 5-е изд., испр. и доп. — М.: Аспект Пресс, 2007. — 363 с.
2. Богачёва, О. А. Половые различия в проявлении эмпатии у медицинских работников / О. А. Богачева // Ярославский педагогический вестник. — Ярославль, 2012. — Т. 2, № 2. — С. 263–267.

УДК 617-7

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ФОТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Рундо А. И., Харкевич Н. Г., Комушенко А. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. А. Косинец

**Учреждение образования
«Витебский государственный медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь**

Введение

По-прежнему сохраняет свою актуальность проблема совершенствования лечения синдрома диабетической стопы. Это обусловлено, прежде всего, ростом заболеваемости сахарным диабетом, согласно последних данных ВОЗ в мире насчитывается более 230 млн человек, страдающих этим заболеванием. При сахарном диабете риск высоких ампутаций нижних конечностей возрастает в 17–45 раз, уровень летальности после которых составляет около 50 % и не имеет тенденции к снижению [1, 3]. Основным фактором развития «стопы диабетика» является комплекс патологических изменений, который затрагивает функциональное состояние периферической нервной системы, сосудов микроциркуляторного русла, а также состояние структуры костно-мышечного аппарата [2, 4].

В настоящее время важным направлением является разработка новых немедикаментозных патогенетических методов лечения синдрома диабетической стопы, позволяющих сохранить функционирующую нижнюю конечность, свести к минимуму экономические затраты на лечение пациентов данной категории. В итоге это способствовало бы снижению уровня инвалидизации трудоспособного населения, оказывало существенное влияние на качество жизни пациентов и имело, как результат, колоссальный социальный и экономический эффект.

В связи с этим большой интерес представляет использование фототерапии в комплексном лечении пациентов с данной патологией. История использования источников света в медицине велика, но только современные технологии, которые позволили создать