

К ВОПРОСУ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧИТЕЛЯ

Глушкова Н.И.

*Ставропольский государственный университет,
Ставрополь*

Понятие психологическая норма рассматривается как функциональный оптимум, который имеет свои ограничения, анализируются теоретико-методологические подходы изучения проблемы нормы. Они охватывают значительный срез во взаимоотношениях нормы и болезни и подтверждают свою пригодность на практике в целом ряде конкретных исследований.

У многих современных авторов (Ганнушкин П.Б., 1964; Дмитриева И.В., 1980; Ушаков Г.К., 1980; Лепшинский Л.А., Димов А.С., 1981; Смирнов В.К., 1983; Александровский Ю.А., Собчик Л.Н., 1986; Семичев С.Б., 1986; Запускалов С.В., Положий Б.С., 1991; Боев И.В., 1999) прослеживается существование промежуточных между нормой и болезнью состояний. Это находит признание в клинической практике в синдромальной диагностике и использовании таких терминов, как «практическое здоровье» или «норма» и «патология», в тех случаях, когда они употребляются в значениях, несколько отличающихся от понятий «здоровье» и «болезнь. Между нормой, понимаемой как идеальное состояние оптимального функционирования, и болезнью существуют промежуточные состояния, могущие включать в себя те или иные нарушения. По мнению ряда авторов, к таким состояниям относятся акцентуации личности. Существует точка зрения к определению акцентуации личности, которая является дисгармоничностью развития личности, гипертрофированности выраженности отдельных ее черт, что обуславливает уязвимость личности в отношении определенного вида воздействий и затрудняет ее адаптацию в некоторых специфических ситуациях, ей присуща тенденция к особому социально положительному или социально отрицательному развитию. Акцентуации характера составляют группу «повышенного риска», связанную с возможной социальной дезадаптацией, проявляющихся под воздействием определенных ситуаций. Различия между нормой и акцентуацией - с одной стороны, и между акцентуациями и психопатическими чертами, с другой, а также различия между патологическими проявлениями психиатрического регистра и вариантами субнормальной личности - весьма зыбки и нечетки. При попытке определить границы между этими категориями дискретный подход к решению этой проблемы значительно уступает принципу континуальности.

В аспекте изучения нашей проблемы развития профессиональных акцентуаций и пограничной аномальной личностной изменчивости учителя важны подходы к изучению деятельности, условий и факторов, влияющих на развитие профессионализма в этой области. Достаточно неизученным является аспект детерминации эндогенных и экзогенных воздействий профессиональной деятельности на тенденции развития личности. Обобщая результаты психологических, психофизиологических, антропологических и психопатологических наблюдений за представителями раз-

личных личностных психотипов учителей, располагающихся в конституционально-континуальном пространстве аномальной личностной изменчивости, мы должны признать необходимость и своевременность выделения и обоснования непрерывного (континуального) распределения личностно-характерологических особенностей учителей от крайнего варианта психической и психологической нормы – акцентуации к пограничной аномальной личности и до патологической конституции личности в виде психопатий (Боев И.В.). Исследование педагогов с акцентуациями и находящихся в диапазоне пограничной аномальной личности дает возможность получить ценные данные для прогнозирования их успешности в профессиональной деятельности, позволяет выделить группы повышенного риска, с нежелательным уровнем развития, характеризующиеся высокой вероятностью возникновения адаптационных нарушений в профессиональной сфере.

ДИАГНОСТИКА СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТАХ И ОЧЕНЬ РАННЕМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Данилова Т. Г., Иванюк М.В.,
Чаплыгина Л. Н., Данилова Е.В.
*Медицинская академия,
Ярославль*

Целью исследования явилось изучение дифференциальной диагностики суставного синдрома при острых вариантах реактивных артритов (РеА) и очень раннем ревматоидном артрите (РА) (с длительностью заболевания до 12 недель). Использованы физикальные методы с определением суставного индекса (СИ) по Ричи, суставного счета (СС), функционального теста Lee; рентгенологическое исследование. Обследовано 30 больных, среди них – 15 человек РеА (60% женщин и 40% мужчин среднего возраста $30,13 \pm 3,07$ лет) и 15 больных очень ранним РА (73,3% женщин и 26,7% мужчин, среднего возраста $42,95 \pm 3,79$ года).

Средняя длительность заболевания у больных РеА составила $1,38 \pm 0,15$ месяца. Преобладали больные с урогенитальной формой болезни – 66,7%; постэнтероколитическая форма РеА зафиксирована у 13,3% пациентов, после носоглоточной инфекции заболевание возникло в 20% случаях. При объективном исследовании утренняя скованность выявлена у 66,7% пациентов и составляла в среднем $-132,2 \pm 38,4$ минуты. Чаще всего имело место поражение коленных – 60%, голеностопных – 33,3%, мелких суставов стоп – 6,7%. Симптом «лестницы» выявлен у 80% больных. Болевой синдром выраженной интенсивности отмечался у 46,7%, умеренной у 53,3% пациентов. Соотношение больных с моно- и олигоартикулярным поражением суставов с одной стороны и полиартикулярным поражением с другой составило 1:2. Асимметричный полиартрит выявлен в 93,3% случаях, симптом ахиллодинии в 20%, клинически значимый сакроилеит (преимущественно односторонний) в 26,7%. У 13,3% больных РеА выявлена минимальная активность болезни, у 73,4% – умеренная, у 13,3% – максимальная. Рентгенологически I и II стадии артрита за-

фиксированы в соотношении 1:1 у больных РеА. У 20% больных имелись системные проявления в виде лимфоаденопатии, у 6,7% - гепатомегалии. Фебрильная лихорадка отмечена у 60% пациентов. РФ выявлен только в низких титрах в 13,3% случаях. СИ составлял $9,87 \pm 1,9$ балла; СС – $7,4 \pm 2,4$ балла; тест Lee – $4,88 \pm 0,99$ балла.

Длительность заболевания больных РА была в среднем $2,12 \pm 0,22$ месяца. В большинстве случаев заболевание начиналось с поражения мелких суставов кистей и стоп (80%). Серопозитивный вариант РА определен у 53% пациентов. При этом I, II и III степени активности воспалительного процесса были зафиксированы в равных случаях по 33,3%. Рентгенологически I и II стадии артрита зафиксированы в соотношении 2:1. В 13,3% случаев выявлены системные проявления РА в виде лимфоаденопатии. Субфебрильная температура тела отмечена у 33,3% пациентов. Средняя продолжительность утренней скованности была $198 \pm 30,11$ минут. Соотношение олиго- и полиартрита при РА составляло 1:4. Чаще всего отмечалось поражение мелких суставов кистей - 54,7%, лучезапястных – 13,9%, голеностопных - 10,1 %, мелких суставов стоп – 8,7%, коленных суставов – 5,8%. В 86,7% случаев выявлен симметричный артрит. У 60% больных имел место болевой синдром умеренной, у 40% - выраженной интенсивности. СИ составлял $9,33 \pm 1,53$ балла, СС - $14,4 \pm 1,87$ баллов, тест Lee - $5,0 \pm 0,51$ балла.

Таким образом, на ранних стадиях заболевания дифференциальная диагностика изучаемых патологий может быть основана на следующих критериях: преимущественное поражение крупных суставов нижних конечностей, асимметричный полиартрит, симптом «лестницы», наличие сакроилеита при РеА и преимущественное симметричное поражение мелких суставов кистей и стоп при РА. При РА по сравнению с РеА имели место более выраженные активность воспалительного процесса, продолжительность утренней скованности и СС. При очень раннем РА у больных преобладал серонегативный вариант заболевания, что создает определенные сложности при верифицировании диагноза. Лихорадочный синдром, лимфоаденопатия более выражены при РеА, что свидетельствует о высоком уровне неспецифической резистентности организма при данной нозологии.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РСО-АЛАНИЯ В ПЕРИОД 1999-2003 ГГ. ПРОГНОЗ

Дворников В.С., Гаева Л.Э., Родионова А.П.,
Сохиева Л.Х., Мерденова С.Т.,
Гутиева Р.В., Боциев И.Ф.
*Особый оперативный отдел
«Война, эпидемии, беженцы»,
Владикавказ*

Проблема СПИДа на сегодняшний день приобрела угрожающий характер. По данным последних исследований Совместной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНАЙДС), в конце 1999 года в Российской Федерации насчитывалось около 130 тысяч

ВИЧ-инфицированных или больных СПИДом людей. Уже в первые шесть месяцев этого года в России было зарегистрировано более 20 тысяч новых случаев заражения. Значительное увеличение числа заболевших указывает на то, что в стране происходит стремительное ухудшение эпидемиологической обстановки. По данным ЮНАЙДС, российская эпидемия ограничена, в основном, кругом лиц, употребляющих внутривенные наркотические вещества.

Обращает на себя внимание серьезность ситуации по заболеваниям передающимся половым путем в РСО-Алания. Прослежена динамика заболеваемости к СПИДу, сифилису, гонорее. Полученные данные сопоставлены с миграционными потоками. Необходимо отметить, что наибольшая опасность ввоза и распространения карантинных (чума, холера, и т.д.) и других инфекций грозит южным территориям России, и в первую очередь РСО-Алания, куда, прежде всего, направлены потоки мигрантов, и некоторые районы которой являются природными эпидемическими очагами. Кроме того, опасность ввоза и распространения на территории РСО-Алания инфекционных заболеваний возрастает в связи с разобщенностью действий тех министерств и ведомств, в обязанности которых входит забота о беженцах и переселенцах. Так, в результате несогласованного с заинтересованными службы расселения в республике, сопровождающегося грубым нарушением санитарных норм и правил, в этих районах ухудшилась эпидемиологическая обстановка.

Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией по РСО-Алания за период с 1999г. по 2003г. В абсолютных числах составила: 1999г.-4 чел.; 2000г.-14 чел.; 2001г.-39 чел.; 2002г.-55 чел.; 2003г.-39 чел., т.е. всего 151 чел. За 5 лет.

Учитывая то, что эта динамика составлена без СИЗО и анонимных кабинетов, приходится констатировать факт, что в республике находятся люди, инфицированные ВИЧ-инфекцией (СПИДом) в учреждениях уголовно-процессуальной системы.

Скрининг лиц, поступающих в следственные изоляторы, показал следующее: 1999г.- 19 ВИЧ-инфицированных,; 2000г.-21 чел.; 2001г.-37 чел.; 2002г.-21 чел.; 2003г.-17 чел. Средний возраст зараженных 18-25 лет.

Созданная в РФ оригинальная система надзора за ВИЧ-инфекцией, не имевшая зарубежных аналогов, зарекомендовала себя в первые годы реализации как достаточно эффективный комплекс мероприятий. Однако, существующая система надзора не адаптирована для реализации на территориях с низким уровнем инфицированности по возрастным группам выявил следующую закономерность: самой неблагоприятной является возрастная группа 20-29 лет, т.к. именно в ней число заболевших максимально. Далее следуют большие в возрасте 30-39 лет. На третьем месте почти в равных соотношениях группы «18-19 лет» и «40 лет и старше».

Трудности государственных дерматовенерологических учреждений, невозможность стабилизировать эпидемиологическую обстановку и добиться значительного снижения темпов роста заболеваемости вызваны недостаточным бюджетным финансированием