

настоящее время весьма актуальным в плане профилактики злокачественных новообразований.

Приведенные факты не решают проблему, они лишь обозначают ее, указывая пути дальнейших исследований и призывают к здоровому образу жизни, правильному питанию и соблюдению гигиены во время беременности.

ОЦЕНКА «НОРМАЛЬНОСТИ» ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Исмаилова С.С.

Тегеран Иран, клиника «Пасорно»

Средние значения таких показателей, как масса тела, его длина, окружность грудной клетки, сами по себе не дают полного представления об истинном статусе антропометрическом статусе или особенностях физического развития новорожденных. Эти показатели могут быть следствием условий проживания в той или иной местности, унаследованы от родителей и т.д. Поэтому для сравнения влияния различных факторов на развитие новорожденных предложено множество различных индексов физического развития.

Антропометрические данные и определяемые на их основе индексы развития обычно используются при обследованиях взрослых индивидуумов, для оценки конституции или соматипа.

Для оценки физического развития используются особенности распределения антропометрических признаков. Диапазон варьирования признака или диапазон распределения разбивается на отдельные участки, которые и являются основой для построения оценочных шкал. Для описания таких отклонений антропометрических признаков, которые свойственны резко выраженной патологии: гигантизм, нанизм, микроцефалия, тяжелая гидроцефалия, дистрофия, ожирение, недоразвитие или парциальный гигантизм какого-то сегмента тела, более адекватными являются сигмальные оценки отклонений.

В основе разработанных оценочных таблиц, например, при оценке длины тела, может лежать выделение таких групп как: низкие, ниже средних, средние, выше средних, высокие.

Можно также более грубо оценивать морфофункциональное состояние по трехбальной системе: 1-гармоничное, 2-дисгармоничное, 3-резко дисгармоничное.

У детей с крайними значениями показателей физического развития вероятность здоровья становится низкой, а вероятность болезни – высокой. Дети с антропометрическими показателями выше и (особенно) ниже зоны «адаптационной нормы» обладают пониженной устойчивостью. При оценке гармоничности детей первого года жизни используется модифицированная схема В.Г. Властковского, включающая 5 уровней развития. При оценке развития по тотальным раз-

мерам тела в качестве критерия изменчивости массы использована частная сигма регрессии. Выявлена связь этого показателя и уровня заболеваемости. У детей с дисгармоничным развитием обнаружен более высокий уровень заболеваемости по сравнению с общим уровнем заболеваемости. В связи с выявленными особенностями новорожденных из разных зон статического распределения, следует определять не только средние значения антропометрических показателей и индексов, но и их распределения и выполнять сравнительную оценку распределений во времени и пространстве.

Между показателями развития существует значительная прямая и положительная зависимость. Для определения гармоничности развития изучают коррелятивную связь между антропометрическими признаками. У новорожденных сельской местности коэффициент корреляции длины и массы тела у мальчиков составил $0,56 \pm 0,03$, у девочек $0,64 \pm 0,02$, что дало основание сделать заключение о сравнительно большей устойчивости новорожденных девочек к неблагоприятным факторам внешней среды.

ПУТИ УСКОРЕННОГО ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ

Калинина О.В., Бодрова Т.Н., Тетенев К.Ф.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Научная медицина берёт свои истоки еще от Гиппократов. Несмотря на большие успехи современной научной медицины, по мнению Г.И. Царегородцева и В.Г. Ерохина (1986) её характеризует недоразвитость теоретического мышления. Это проявляется в отсутствии единой теории диагностики и обусловлено спецификой клинического мышления: 1. Предмет исследования весьма сложный – организм человека, охватывающий все сферы жизнедеятельности, в том числе пока недоступные для научного осмысления явления биоэнергетики, экстрасенсорики. Неизвестным остаётся и личностный компонент в диагнозе. 2. В клинической диагностике нет специфических симптомов болезней, в связи с этим при постановке диагноза не может быть использован принцип категоричного силлогизма. 3. В клинической практике для диагностики не могут быть использованы все методы обследования по разным причинам. 4. Далеко не всё в медицине поддается теоретическому толкованию.

Специфика клинического мышления объясняет консерватизм клинической медицины в отношении не только широкого использования новых методов диагностики и лечения, но также и процесса обучения клинической медицине и отношении к процессу формирования клинического мышления. Консерватизм сказывается и в отношении к врачебным ошибкам. Ведущие клиници-

сты И.Н. Осипов, И.А. Кассирский и другие считают, что при обучении клиническому мышлению, обучающемуся необходимо внушать возможность точной диагностики и недопустимость врачебной ошибки. Это требование, однако, при преподавании основывается на эмоциональном осмыслении предмета и отвлекает внимание студента, врача и исследователя от изучения природы врачебных ошибок, неизбежность которых хорошо известна.

Необходимость точной диагностики понятна и не вызывает возражений. Стремление к выполнению этого положения выражается в дифференцировании симптомов болезней на неспецифические, патогномоничные и специфические симптомы. Причем степень специфичности симптомов разная. Современная медицина большое внимание уделяет характеристике диагностической значимости симптомов, выделяя в них чувствительность и специфичность, что выражается в процентах. Такому изучению подвергается не только параклинические симптомы обнаруженные с помощью современных методов обследования, но и клинические субъективные и объективные симптомы.

С самого начального этапа изучения клинической медицины студент, а в последующем и врач все же должен знать о неизбежности врачебных ошибок, чтобы целенаправленно изучать их природу и возможные способы сведения их количества и отрицательных последствий к минимуму.

На неизбежность врачебных ошибок и изучение способов их преодоления указывают отечественные и зарубежные авторы, такие как Ф.Ф. Тетенов, Р. Ригельман. С целью научного обоснования и внедрения этого подхода были проведены теоретические исследования: систематизация основных категорий теории диагностики – симптомов, синдромов, диагнозов и описание их свойств. Классификация основных категорий была сформирована по следующим принципам: 1. Она охватывала объем всех симптомов, синдромов и диагнозов. 2. В основу классификации были положены признаки, имеющиеся у всех категорий. 3. Деление категорий должно быть однозначным. 4. Структурность классификации должна прослеживаться от симптома к синдрому.

Симптомы были однозначно разделены на субъективные, объективные и параклинические. Субъективные симптомы означают ощущения больного как проявление болезни. Объективные симптомы отражают результаты физического исследования больного. Параклинические симптомы выявляются с помощью лабораторных и инструментальных методов исследований. Классификация синдромов была представлена таким же способом, с учётом того, что синдром – это совокупность симптомов. Соответственно они были однозначно разделены на два вида: простые и сложные. Простые синдромы в свою очередь на субъективные, объективные и параклинические

синдромы, а сложные по комбинации обнаруженных симптомов: субъективно - объективно-параклинические, субъективно - объективные, субъективно-параклинические, объективно-параклинические синдромы.

Для того чтобы обсуждать значение симптомов и синдромов в постановке диагноза нужно знать и их свойства. Свойства формировались по принадлежности их к виду и варианту по классификации, специфичности и степени изученности механизма развития. Первое свойство симптомов и синдромов определяется просто и не вызывает затруднений. Второе свойство состоит в том, что и симптомы, и синдромы – это неспецифическое проявление болезни, при этом не имеет большого значения в каком проценте случаев этот симптом или синдром встречается при данном заболевании. Третье свойство симптома и синдрома состоит в том, что механизм их изучен недостаточно.

Поскольку симптомы и синдромы неспецифичны для проявления болезни, диагноз, таким образом, не может быть абсолютно точным. Это является, очевидно, основным источником врачебных ошибок, а существование неизвестных механизмов симптомов и синдромов является источником поиска нового знания. Диагноз всегда содержит в себе гипотезу. Он может быть точным только в отношении соответствия его формальным критериям, принятым научным сообществом.

Изучение теории диагностики в самом начале обучения в медицинском вузе ориентирует студента, а в последующем и врача на опережающее систематизированное усвоение клинического материала, что способствует ускорению формирования научного клинического мышления.

ЦИТОКИНОВАЯ СИСТЕМА ЗАЩИТЫ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ

Маслов Д.И., Рева И.В., Гурбанов К.Р.

Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия

Установлено, что активное образование цитокинов в ответ на внешнее воздействие в зоне внедрения в покровные ткани или тканевого повреждения на несколько часов отстаёт от продукции клетками медиаторов воспаления небелковой природы.

Хотя первоначально считали, что цитокины синтезируются только Т-клетками и макрофагами, в последнее десятилетие обнаружено, что они продуцируются также структурными элементами кожи – кератиноцитами, фибробластами и эндотелиоцитами собственных пластинок слизистых оболочек и сосочкового слоя эпидермиса кожи. Индуцируют синтез цитокинов моноцитами/макрофагами и кератиноцитами в эпителиальных пластах непосредственно при стафилококко-