

13. Петров И.В. Восточное монетное серебро: Прибалтика (до 825 г.) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 5. – С. 95-96.
14. Петров И.В. Восточное монетное серебро: Средняя Волга, Вятка, Кама (до 825 г.) // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 5. – С. 125-126.
15. Петров И.В. Восьмой этап обращения куфического дирхема в Восточной и Северной Европе: деятельность Рюрика и финансовые потоки 860-870-х гг. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 8-3. – С. 159-160.
16. Петров И.В. Второй этап обращения куфического дирхема в Восточной Европе (750-760-е гг.) // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 10. – С. 71-72.
17. Петров И.В. Девятый этап обращения куфического дирхема в Восточной и Северной Европе: финансовый кризис 880-890-х гг. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 8-3. – С. 160-161.
18. Петров И.В. Первый этап обращения куфического дирхема в Восточной Европе (700-740-е гг.) // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 10. – С. 68-71.
19. Петров И.В. Пятый этап обращения куфического дирхема в Восточной и Северной Европе (800-е – первая половина 820-х гг.) // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 3. – С. 17-19.
20. Петров И.В. Пятый этап обращения куфического дирхема и Минское монетное скопление (790-е гг.; 800-е – 1 пол. 820-х гг.) // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – № 12. – С. 42.
21. Петров И.В. Седьмой этап обращения куфического дирхема в Восточной и Северной Европе: варяги, хазары и финансовый коллапс 850-х гг. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 8-3. – С. 132-133.
22. Петров И.В. Топография кладов восточных, византийских, западноевропейских и древнерусских монет VI-XIII вв. (Часть 1. Волго-Вятско-Камский денежный рынок. VI-VII вв.) // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 11 (часть 1). – С. 107-109.
23. Петров И.В. Топография кладов восточных, византийских, западноевропейских и древнерусских монет VI-XIII вв. (Часть 2. Нижний Днепр, бассейн Черного моря в районе Днепровского лимана. VI-VII вв.) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 1. – С. 33-36.
24. Петров И.В. Топография кладов восточных, византийских, западноевропейских и древнерусских монет VI-XIII вв. (Часть 3. Поокский денежный рынок. VI-VII вв.) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 1. – С. 36-37.
25. Петров И.В. Топография кладов восточных, византийских, западноевропейских и древнерусских монет VI-XIII вв. (Часть 4. Подонский денежный рынок. VI-VII вв.) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 1-2. – С. 225-226.
26. Петров И.В. Топография кладов восточных, византийских, западноевропейских и древнерусских монет VI – XIII вв. (Часть 5. Черноморское побережье Северного Кавказа; Таманский полуостров. VI – VII вв.) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – №3-2. – С. 19-20.
27. Петров И.В. Топография кладов восточных, византийских, западноевропейских и древнерусских монет VI – XIII вв. (Часть 6. Северный Кавказ: Кисловодская котловина. VI – VII вв.) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 3-2. – С. 20-22.
28. Петров И.В. Топография кладов восточных, византийских, западноевропейских и древнерусских монет VI – XIII вв. (Часть 7. Крымский денежный рынок. VI – VII вв.) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 3-2. – С. 22-27.
29. Петров И.В. Топография кладов восточных, византийских, западноевропейских и древнерусских монет VI – XIII вв. (Часть 8. Волховско-Ильменский денежный рынок. VIII в.) // Современные наукоемкие технологии. – 2014. – № 4.
30. Петров И.В. Топография кладов восточных, византийских, западноевропейских и древнерусских монет VI – XIII вв. (Часть 9. Верхневолжский денежный рынок. VIII в.) // Современные наукоемкие технологии. – 2014. – № 4.
31. Петров И.В. Третий этап обращения куфического дирхема в Восточной Европе (770-780-е гг.) // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 10. – С. 72-76.
32. Петров И.В. Четвертый этап обращения куфического дирхема в Восточной Европе (790-е гг.) // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 10. – С. 76-77.
33. Петров И.В. Шестой этап обращения куфического дирхема в Восточной и Северной Европе, время расцветов и кризисов (825-849 гг.) // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 5. – С. 36-38.
34. Петров И.В. Эволюция политических структур Южной Руси и расцвет Днепро-Деснинского денежного рынка (VIII – первая четверть IX вв.) // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2005. – № 4. – С. 45-51.
35. Равдина Т.В. Погребения X-XI вв. с монетами на территории Древней Руси. Каталог. – М.: Наука, 1988.
36. Семенов А.И. К выявлению центральноазиатских элементов в культуре раннесредневековых кочевников Восточной Европы // АСГЭ. – 1988. – Выпуск 29. – С. 97-111.
37. Тортика А.А. Северо-Западная Хазария в контексте истории Восточной Европы (вторая половина VII – третья четверть X вв.). – Харьков: ХГАК, 2006.
38. Федоров-Давыдов Г.А. Находки восточных монет VIII-XIII вв. в Восточной Европе // Эпиграфика Востока. – 1988. – XXIV.
39. Федоров-Давыдов Г.А. Новые находки монет домонгольского времени в Восточной Европе // Нумизматический сборник. Ч. XIV. Нумизматика в Историческом Музее. – М., 2001.
40. Янин В.Л. Денежно-весовые системы домонгольской Руси и очерки истории денежной системы средневекового Новгорода. – М.: Языки славянских культур, 2009.
41. Гончаров Е.Ю. Находки монет домонгольской эпохи в Верхнем и Среднем Подонье // Вестник Елецкого государственного университета: Серия «Археология». – 2009. – С. 163-167.
42. Круглов Е.В. Некоторые проблемы анализа особенностей обращения византийских монет VI-VIII вв. в восточноевропейских степях // Хазарский альманах. – 2002. – Т. 1. – С. 79-93.

Медицинские науки

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ

^{1,2}Алексеев Р.З., ¹Потапов А.Ф., ³Алексеев Ю.Р.,
³Семенова С.В., ³Алексеев С.Н.

¹Медицинский институт Северо-восточного
федерального университета, Якутск;

²Якутский научный центр КМП СО РАМН, Якутск;

³Республиканский центр экстренной медицинской
помощи №2, Якутск, e-mail: arzrevo@mail.ru

На основании анализа оказания первой врачебной помощи и лечения 1260 больных, выра-

ботали алгоритм диагностики и лечения больных с холодовой травмой. Общие положения

1.1. Теория и практика доказывают, что гибель тканей происходит не столько от действия холода, сколько от нарушений кровообращения при отогревании, когда к ангиоспазму присоединяется тромбоз и результат неправильного оказания первой доврачебной помощи.

1.2. В течение отморожения (О) выделяется 3 периода:

А. дореактивный, или период действия низких температур;

Б. ранний реактивный – первые 12-24 часа после отогревания;

В. поздний реактивный. 1.3. При поступлении больного «с улицы» необходимо: 1.3.1. измерить температуры ногтевого фаланга кистей и стоп, ректальную температуру, и внутритканевую температуру фаланг, если поверхностная температура тканей не более +11-12°C.

1.3.2. наложить теплоизолирующие повязки на обмороженные конечности.

1.3.3. начать общее согревание. 1.3.4. оценка периода О проводится с учетом осмотра и холодовой экспозиции; степень О оценивается до и после (в процессе) лечения для каждого сегмента в отдельности, в зависимости от восстановления тканевой температуры

2. В анамнезе установить:

2.1. холодовую экспозицию (длительность и температуру, влажность и скорость ветра);

2.2. обстоятельства и форму одежды;

2.3. способ отогревания, если оно имело место;

3. Общие симптомы:

3.1. вначале возможна заторможенность, температура тела может быть снижена (при температуре <36.4°C в прямой кишке – общее переохлаждение);

3.2. в реактивном периоде, соответственно глубине и тяжести отморожения, нарастают температура тела, воспалительные изменения в крови и другие симптомы интоксикации.

4. Местно

4.1. Дореактивный период:

4.1.1. зябкость, парестезия, онемение вплоть до исчезновения чувствительности;

4.1.2. бледность, похолодание, ограничение движений вплоть до оледенения (при температуре внутритканевая – 1°C и ниже)

4.1.3. снижение (отсутствие) тактильной и болевой чувствительности, отсутствие пульса.

4.2. Ранний реактивный период (до суток):

4.2.1. первые признаки – появление отека и синюшности;

4.2.2. появляются спонтанные боли, сохраняются «4.1.3».

4.3. Поздний реактивный период:

4.3.1. нарастание отека, синюшность, покраснение кожи – 1 степень О;

4.3.2. появление пузырей с серозным содержимым – 2 степень;

4.3.3. пузыри с геморрагическим содержимым, сильные боли при полном отсутствии чувствительности пораженных участков – 3 степень О;

4.3.4. сохраняющийся отек, сине-черный цвет, отсутствие проприоцептивной чувствительности (не различает направление пассивных движений) – 4 степень О.

4.3.5. Если при «4.3.3» и «4.3.4» отек спадает, ткани сморщиваются – сухая гангрена; при нарастании отека и интоксикации – влажная гангрена. 5. Дополнительные исследования в виде контрастная ангиография имеют значе-

ние только с 3-4 дня, т.к. не позволяют различить функциональные и анатомические расстройства кровообращения. 6. Лечение (при температуре в прямой кишке >36,5°C)

6.1. В дореактивном периоде: при отсутствии оледенения тканей, когда температура на дистальных фалангах +8°C и выше, но ниже комнатной температуры

6.1.1. после наложения теплоизолирующей повязки, сделать перинеуральную блокаду основных нервных стволов верхней и нижней конечности 2% новокаином по 1-3 мл в зависимости нервного ствола и участков поражения, введения повторять через 24 часа, в течение 7 дней; контролем эффективности является ощущение пациентом тепла в конечности, уменьшение болей и отека и повышение температуры в ногтевых фалангах выше комнатной температуры на 2-3 градуса.

6.1.2. отогревание можно не проводить, либо сделать это, поместив конечности между полюсами УВЧ или диатермии. 6.1.3. при отморожении кистей наложить контурные шины из фанеры или с пластмассы. 6.2. в дореактивном периоде при наличии оледенения тканей, когда температура на фалангах минус 1°C или ниже. При наличии плюсовой температуры на фалангах, но внутритканевая температура ниже минус 1°C

6.2.1. после наложения теплоизолирующей повязки, больному надо проводить общее обезболивание с введением миорелаксантов и искусственной вентиляцией легких, пока температура в конечностях не будет как комнатная или выше на 2-3 градуса. Во время наркоза проводится интенсивная инфузионная терапия 6.3. в раннем реактивном периоде (до суток):

6.3.1. измерить температуру в ногтевых фалангах кистей и стоп и ректальную температуру 6.3.2. если температура в тканях выше комнатной температуры, то можно проводить перинеуральные блокады и повязки с лиотонном 1000, гепарин по схеме и антиоксиданты.

Если при поступлении температуры на фалангах ниже комнатной температуры, то необходимо проводить фасциотомии. 6.3.3. контролировать отек, завязав нитку по Мельникову.

6.4. В позднем реактивном периоде, лечение в соответствии развитие степени отморожения. также целесообразно внутривенно введение вазоактивных препаратов, расширяющих сосуд и увеличивающих микроциркуляции;

6.4.1. снятие пузырей запрещается;

6.4.2. при формировании сухой гангрены после появления демаркационной линии – некрэтомия или ампутация с учетом ортопедических требований;

6.4.3. при влажной гангрене – линейные разрезы для перевода ее в сухую, а при не стихающих признаках интоксикации или увеличении отека – экстренная гильотинная ампутация после проведения ангиографии.

6.5. Общая (интенсивная) терапия проводится с учетом выраженности симптомов интоксикации.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

Корнеева Н.М., Михальченко А.В.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, e-mail: S_tomatolog@rambler.ru

Мероприятия по профилактике стоматологических заболеваний входят в перечень медицинской помощи, оказываемой врачами стоматологами. Современные социально-экономические преобразования, в том числе в здравоохранении, способствовали постепенной эволюции пациента из получателя медицинской помощи в потребителя услуг. Все чаще он становится участником принятия решения о методе лечения, имеет право выбора врача, лечебного учреждения и т. д. [1, 6].

Предоставление медицинской стоматологической помощи превращается в одну из разновидностей рыночных услуг. Это накладывает отпечаток на профессионально-этические отношения в сфере медицины. Для стоматологии эта проблема возникла раньше, так как она является одной из первых медицинских практик, предоставляющих коммерческие и дополнительные услуги на возмездной основе [3,4].

Рыночные отношения в целом благотворно сказались на работе государственных стоматологических учреждений. За счет привлечения средств населения («платные услуги») удается не только приобретать новое оборудование и материалы, но и проводить капитальный ремонт зданий, все это безусловно сказывается на отношении пациентов к стоматологической службе. Произшедший в последние годы рост цен на стоматологические услуги был обусловлен, главным образом, внешними макроэкономическими факторами. Он привел к переходу рынка на более высокую ценовую ступень при сохранении спроса на прежнем уровне [2, 3].

Такие изменения неизбежно приводят к возникновению новых моделей отношений в диаде «врач-пациент», потому что потребитель в первую очередь, всегда предъявляет более высокие требования к производителю услуг, а во-вторых, всячески участвует в составлении плана мероприятий. Тем более, студенческий возраст 17-25 лет характеризуется как расцвет человеческих способностей и возможностей, эмоциональный пик личности. Уровень осведомленности данной группы населения о необходимости мер профилактики различных стоматологических заболеваний достаточно высокий. В дан-

ном контексте на первое место выходит социальная составляющая профессии врача [2,3], в частности то, насколько врач умеет убеждать пациента принимать правильные решения.

Всесторонняя компетентность подразумевает не только опытного клинициста, обладающего багажом медико-биологических знаний, но и человека, подготовленного к эффективным коммуникациям. Взаимоотношения между врачом и пациентом, их позиции, поведенческие установки и реальные действия этих субъектов социальных отношений в конечном итоге определяют качество и результат оказанной стоматологической услуги, в нашем случае проводимой профилактики стоматологических заболеваний [1,5]. Ситуация осложняется еще и тем, что пациент не видит прозрачной необходимости в профилактических мероприятиях, и будучи потребителем стоматологических услуг, он считает, что за его деньги ему может быть навязано излишнее лечение.

Целью исследования явилось изучение позиции пациентов-студентов ВУЗов в отношении необходимости и эффективности проводимых профилактических стоматологических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Было проанализировано 420 ответов пациентов-студентов ВУЗов, находившихся на приеме в различных городских стоматологических поликлиниках, оказывающих помощь как в рамках ОМС, так и сервисные услуги. Средний возраст респондентов 21 год. Опрос производился с помощью анкетирования. Анкета содержала как альтернативные вопросы, так и «вопросы-меню».

Результаты исследования и их обсуждение. Статус пациента стоматологического профиля носит бинарный характер – его обладатель выступает и как нуждающийся в медицинской помощи, и как потребитель стоматологических услуг. Впрочем, если речь идет о профилактике стоматологических заболеваний, то пациент вообще может недопонимать ее необходимость. В связи с этим, нам было интересно выяснить, насколько пациент готов к проведению профилактических мероприятий, как оценивает стоматологическую услугу на сегодняшний день, и какими критериями качества оперирует.

В ходе опроса мы выяснили, что почти половина пациентов выбирает стоматологическое лечение, осуществляемое в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) – 47% лиц, 17% пациентов готовы доплачивать за дополнительные услуги, не входящие в страховые случаи, 36% пациентов пользуются, в основном, платными услугами. Несмотря на то, что страховой медицинский полис покрывает лишь минимальный объем стоматологической помощи, для большинства социальных групп населения это единственная возможность поддерживать полость рта в удовлетворительном