

стройства, выпадение части поля зрения, проходящее снижение зрения на один глаз- «оптико-пирамидный синдром». Появлению неврологического расстройств обычно способствует снижение АД вследствие падения сердечной деятельности.

Одним из осложнений АГ является гипотонический криз. Преходящее расстройство мозгового кровообращения, возникающее в связи с нарушением компенсации на фоне гипотонии, углубляющейся в период криза и сопровождается более или менее выраженными общемозговыми и очаговыми симптомами. Больные жалуются на головную боль, потемнение в глазах, головокружение, тошноту или рвоту, неприятные ощущения в области сердца, резкую общую слабость и чувство усталости, речь замедленна и невнятна. Помрачение сознания постепенная и непродолжительная. Больные бледны и покрыты холодным потом. Отмечается чувство усталости, оглушенность, ощущение «заложенности» в ушах, шум в голове, неуверенность при ходьбе, легкое пошатывание, растерянность, забывчивость.

При неврологическом осмотре определяются очаговые симптомы: нарушение чувствительности, легкие парезы в дистальных отделах конечностей, атаксические явления, расстройства зрения, затруднение речи.

В основе коллапса лежит резкое падение венозного и артериального давления, задержка крови на периферии, особенно в брюшной полости, расстройство регуляции сосудистого тонуса. Основным звеном патогенеза коллапса является острая сосудистая недостаточность. Нарушение кровообращения приводит к гипоксемии циркуляторного типа, гипоксии головного мозга. Патологический процесс характеризуется угнетением функции центральной нервной системы и других функций организма. При коллапсе отмечается, резкая бледность, синюшность и влажность кожных покровов, снижается температура тела развивается общая слабость, пульс малый и частый, дыхание учащенное и поверхностное. АД падает, у больного отмечается зевота, помрачение и потеря сознания.

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) на фоне АГ возникают в связи с частичным или полным прекращением поступления крови в мозг по какому-либо из его сосудов. Среди ОМНК наиболее часто встречается ишемический инсульт, который чаще всего возникает на фоне атеросклероза сосудов головного мозга и артериальной гипотензии

Ишемический инсульт нередко возникает во время сна. В таких случаях очаговая симптоматика (чаще всего гемипарез или гемиплегия) обнаруживаются после пробуждения. Болезнь развивается постепенно, на протяжении нескольких часов и даже дней. Характерно наличие предвестников, которые могут наблюдаться за несколько часов, дней, недель и даже месяцев до инсульта: головокружение, кратковременные расстройства сознания, потемнение в глазах, общая слабость, преходящие парестезии или парезы конечностей и др. В момент развития ишемического инсульта сознание у больного сохраняется, головная боль отсутствует или выражена слабо.

Поражение бассейна передней мозговой артерии проявляется парезом или параличом нижних конечности, а при развитии гемипареза нижние конечности поражаются больше, чем верхние. Периаральные, сухожильные рефлексы и мышечный тонус в пораженной конечности повышаются. Возможны расстройства психики (по типу «лобной психики»): снижение критики, эйфория, дурашливость, неопрятность мочой и калом и др. Появляются хватательные рефлек-

сы, симптомы противодержания. Сознание, как правило, сохранено.

Если поражение в бассейне средней мозговой артерии, наблюдаются гемиплегия или гемипарез, патологические стопные симптомы (Бабинского и др.), мышечная гипертония или гипотония, повышение периостальных и сухожильных рефлексов или преходящее понижение их с последующим повышением, парез или паралич верхних конечностей, расстройства чувствительности, афазия, астереогнозия, апраксия и др. В случае поражения глубоких ветвей средней мозговой артерии наблюдаются вазомоторные и трофические расстройства в парализованных конечностях (цианоз, снижение кожной температуры, отечность).

Нарушение кровообращения в бассейне задней мозговой артерии проявляется гемианестезией или гемигиперстезией, гемипарезом, гемианопсией, гемигиперпатией, гемиатаксией, нистагмом, головокружением. Возможны признаки поражения мозгового ствола.

Обморок происходит из-за нарушения процессов кровообращения головного мозга и метаболизма, все это приводит к гипоксии нейронов. При потере сознания, могут быть потемнения в глазах, слабость. Обморок может сопровождаться с эмоциональными стрессами и иметь начальный неврогенный характер.

Заключение: Таким образом артериальная гипотензия является важным этиологическим фактором способствующим развитию хронической недостаточности мозгового кровообращения.

Диагностика АГ у пациентов необходима для ранней профилактики церебральных заболеваний

Список литературы

1. Долгова И.Н. Хроническая церебральная патология, обусловленная артериальной гипо- и гипертензией в молодом возрасте. Автореф. ... д-ра мед. наук. – Пятигорск, 2012 – 43 с.
2. Долгова И.Н., Стародубцев А. И. Клинико-нейропсихологическая характеристика пациентов с артериальной гипотензией // Врач – 2010 – № 9 – с.40-41.
3. Долгова И.Н. Когнитивные расстройства сосудистого генеза у пациентов молодого возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010 № 10. С.14-16.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АУТОАНТИТЕЛ К ОСНОВНОМУ БЕЛКУ МИЕЛИНА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Штемберг Л.В., Карпов С.М., Францева А.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, e-mail: sedakovaljuba@mail.ru

Актуальность проблемы. Всемирная организация здравоохранения сообщает, что сейчас в мире 6% населения больны сахарным диабетом, это примерно 284,7 миллиона человек. Прогнозы на будущее неутешительны, по мнению специалистов, количество больных будет неуклонно расти, и к 2030 году их станет уже 438,4 миллиона. Многочисленными исследованиями доказана аутоиммунная природа сахарного диабета 1-го типа, которым страдают люди молодого возраста. Неясность отдельных аспектов патогенеза сахарного диабета в целом и формирования его осложнений требует постоянного изучения этой проблемы. На протяжении многих лет доказывается значимость при разных заболеваниях аутоиммунного процесса, для подтверждения которого определяют антитела к основному белку миеллина (ОБМ) – одному из главных структурных, нейроспецифических белковых компонентов миеллина, входящих в состав периферических нервных волокон и белого вещества головного и спинного мозга, который составляет около 30% общего содержания протеинов в миелине [3, 5]. Кроме того, нарушение метаболизма ОБМ свя-

зывают с развитием демиелинизирующего процесса. В этой связи представляет интерес определение титра антител к ОБМ в сыворотке крови у больных сахарным диабетом 1 типа.

Цель работы: оценить результаты иммунологического исследования у больных сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы исследования: Нами были проведены исследования, связанные с определением содержания антител изотопов LgE и LgG к основному белку миелина (ОБМ) в сыворотке крови. Обследовано 15 пациентов с СД 1 типа. Средний возраст больных составил $25,3 \pm 3,1$ года, средняя продолжительность заболевания не превышала 9,1 лет. Контрольную группу составили 10 практически здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу. Результаты были статистически обработаны. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Результаты исследования позволили выявить увеличение титра антител к ОБМ, преимущественно IgG. В 8 случаях титр антител IgG был выше контрольной группы и составил 310 мкг/л (норма 50 мкг/л). В 4 случаях 264 мкг/л и в 3 случаях 130 мкг/л. Клинико-иммунологический анализ позволил отметить, что чем интенсивнее была выражена клиническая картина, тем максимально высоким был выявлен титр антител IgG. Повторное исследование антител к ОБМ спустя 3 недели у больных, прошедших курс терапии, позволило уточнить характер аутоиммунного процесса. Было отмечено, что во всех случаях титр IgG был ниже 110 мкг/л. Следует отметить, что ни в одном случае титр антител не достигал

нормальных величин. Проведенное исследование выявило, что у больных сахарным диабетом 1 типа происходит увеличение титра антител к ОБМ, что указывает на процесс демиелинизации.

Закключение. Таким образом, проведенное исследование подтвердило важнейшую роль аутоиммунных нарушений в патогенезе сахарного диабета 1 типа. Отмечено достоверное повышение титра антител к ОБМ в сыворотке крови. Результаты исследования позволяют утверждать, что антитела к ОБМ могут служить уникальными маркерами аутоиммунного процесса демиелинизации периферической нервной системы и быть дифференциально-диагностическим критерием качества проведенной терапии у пациентов с сахарным диабетом 1 типа.

Список литературы

1. Седакова Л.В., Карпов С.М., Власова Д.Ю., Францева А.П. Поражение зрительного анализатора и когнитивные расстройства у больных сахарным диабетом 1 типа. Успехи современного естествознания. 2013. – № 9. – С. 128 – 128.
2. Францева А.П., Карпов С.М., Беликова Н.А., Седакова Л.В., Францева В.О., Чичановская Л.В., Шевченко П.П. Состояние зрительного анализатора при использовании препарата Тиогамма при сахарном диабете 1 типа. Фундаментальные исследования. 2013. – № 5 (ч.1). – с. 164 – 167.
3. Карпов С.М., Батулин В.А., Тельбух В.П., Францева А.П., Беликова Н.А., Чичановская Л.В. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах. Клиническая неврология. 2013. – № 3. – С. 16 – 18.
4. Францева А.П., Седакова Л.В., Карпов С.М. Нарушение зрительного анализатора при сахарном диабете 1 типа // Вестник молодого ученого – 2013. – № 2 (4). – С. 21-24.
5. Штемберг Л.В., Францева А.П. Диабетическая зрительная нейропатия у больных сахарным диабетом 1 типа // Международный научно-исследовательский журнал. Екатеринбург. – 2013. – № 10 (17) Часть 5. – С.37.

Секция «Сестринское дело», научный руководитель – Камынина Н.Н., д-р мед. наук

АДАПТАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Новикова Е.А., Островская И.В.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», Москва,
e-mail: novikova.evgenia.al@gmail.com

В данной статье представлены результаты исследования процесса адаптации сестринского персонала на рабочем месте в медицинской организации. Оценка его компонентов, проведенная путем анкетирования медицинских сестер одной из наркологических больниц и последующий анализ, позволили разработать предположения по оптимизации адаптации. Особое внимание было уделено вопросам по изучению трудностей и сложностей, возникающих у сестринского персонала при адаптации, а также вопросам наставничества.

Одной из острейших проблем здравоохранения является нехватка сестринского персонала в медицинских организациях. Привлечение молодых квалифицированных специалистов в профессию и их быстрая адаптация в трудовых коллективах – это реальный способ решения проблемы кадрового дефицита в ЛПУ [2].

Одна из проблем работы с персоналом – трудовая адаптация вновь принятых сотрудников. Особенно остро эта проблема стоит в медицинских организациях бюджетной сферы. В современных условиях, когда все активнее развивается коммерческая медицина, в государственные медицинские учреждения выпускники чаще всего устраиваются, чтобы получить стаж работы по специальности. Но и для специалистов с опытом работы период адаптации является определяющим. Именно от успешности адаптации зависит продолжи-

тельность и эффективность деятельности нового сотрудника вне зависимости от его профессионального стажа. Характер адаптации молодых специалистов в организации отличается значимыми особенностями, поскольку в это же время происходит и первое включение их в трудовую деятельность. Как категория трудовых ресурсов молодежь характеризуется тем, что ее представители находятся на стадии трудового самоопределения. Это влияет на деятельность учреждений здравоохранения и общество в целом [1].

Поэтому, для данного исследования была поставлена цель – изучение адаптации сестринского персонала в медицинской организации. Исследование проводилось на базе одной из наркологических больниц. В исследовании приняли участие медицинские сестры различных возрастных групп (13 человек).

Методы

Для решения поставленных цели и задач исследования была разработана специальная анкета, содержание которой основывалось на проблемах, возникающих при адаптации на рабочем месте.

В исследовании приняли участие медицинские сестры одной из наркологических больниц. Сестринский коллектив насчитывает 95 медицинских сестер, из них 6 являются старшими медицинскими сестрами. Все медицинские сестры имеют квалификационные категории: высшую квалификационную категорию – 39 человек; первую квалификационную категорию – 37 человек и вторую квалификационную категорию – 19 человек. Специалистов с высшим сестринским образованием в данной медицинской организации – 2 человека.

Врачебный персонал насчитывает 23 человека, из них 7 являются заведующими отделениями, млад-