

Важной особенностью пособия является медицинская направленность преподавания эмбриологии без решения клинических проблем, но создается мотивация для изучения темы. Рассматриваются вопросы раннего периода развития зародыша человека, еще недоступные врачам и этим подчеркивает важность актуальнейшей задачи – глубокого понимания клинических проблем, с которыми студентам придется столкнуться на старших курсах.

Клинические отступления, а также некоторые данные о молекулярных взаимодействиях между клетками на этапе гисто и органогенеза, которые не включены в учебную программу. Материалы пособия помогут студентам расширить кругозор и сориентироваться в проблемах, которые затрагиваются в настоящее время.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА (руководство для врачей)

Лукьянёнков П.И., Лещёв А.С., Стрелис А.А.
*ФГБУ «НИИ кардиологии СО РАМН», лаборатория
магнитно-резонансной томографии, Томск,
e-mail: lukans@yandex.ru*

В России остается высокой доля случаев (до 36%) не выявленного внелегочного, костно-суставного туберкулеза, причём с 1992 г. отмечается тенденция к его омоложению. Диагностические аспекты этой проблемы крайне сложны как с позиций лабораторной, так и с точки зрения лучевой диагностики. Особенно это касается применения низкопольной магнитно-резонансной томографии, вопросы использования которой при туберкулезном спондилите недостаточно полно отражены как в отечественной, так и зарубежной литературе. С одной стороны – это объясняется новизной самого метода, с другой – спецификой обследуемого контингента. Ситуация осложняется отсутствием единых методических подходов в магнитно-резонансной томографии для этих целей, сложностью дифференциальной диагностики и многообразием форм патологических состояний, которые могут вовлекать позвоночник в процесс.

В этой связи авторы надеются, что данное руководство может служить серьезным методическим подспорьем в работе как врачей занимающихся лучевой диагностикой – рентгенологов, специалистов по магнитно-резонансной томографии, так физиотерапевтов, травматологов-ортопедов, нейрохирургов, а также студентов медицинских вузов. Материалы руководства могут быть использованы в учебно-педагогическом процессе, на кафедрах физиотерапии и лучевой диагностики, рентгенологии.

Библиография – 252 источника, рис. 55, таблиц 19.

К ВОПРОСУ ОБ ОБРАЗНОМ ПРОГРАММИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ ПРИ КУРЕНИИ

Лукьянёнков П.И.

*ФГБУ «НИИ кардиологии СО РАМН», лаборатория
магнитно-резонансной томографии, Томск,
e-mail: lukans@yandex.ru*

Традиционно, усилия по борьбе с курением были направлены на мужскую часть населения, поскольку распространённость курения среди них в 80–90-х годах прошлого столетия был значительно выше, чем среди женщин. Так, по нашим данным, курение, как фактор риска у рабочих и служащих Томской области выявлялся у 67,5% мужчин. Наибольший процент приходился на возрастную группу 30–39 лет и составлял 64%. С возрастом число курящих мужчин уменьшалось, и уже в 50–59 лет оно составляло 50%, а свыше 60 лет – только 25% мужчин продолжало курить. Отказ от курения в старших возрастных группах связан с ростом среди сердечнососудистых и церебральных заболеваний, выполнением врачебных рекомендаций. Самостоятельно бросившие курить в популяции составляли 13%. В женской популяции курило 10,7%, наибольший процент курящих приходился на возрастной диапазон 20–29 лет – 17,7%, в более старших возрастных группах число курящих резко уменьшалось, достигая в возрасте 50–59 лет – 0,7%.

В настоящее время во всём мире эта тенденция сохраняется, однако в некоторых странах (Ирландия) это соотношение одинаково, а в Дании распространённость курения среди женщин выше, чем у мужчин.

Рост курения среди женщин – трагедия человечества, поскольку считается, что женщина в большей степени отвечает за репродуктивное здоровье поколений. Увеличение курения среди женщин неуклонно привело к росту заболевания раком. Так, по данным Sather [2001] в США заболеваемость раком легкого за последние 60 лет увеличилась на 600%! Несмотря на то, что курение в целом среди женщин распространено значительно меньше, его отрицательная социально-психологическая значимость по воздействию на детей и подростков выше, чем у мужчин, т.к. курение матери, является большим предметом подражания, чем отцов. В настоящий момент считается, что имеется тенденция к росту данного показателя, причем по сравнению с 80 годами прошлого столетия, курение увеличилось в некоторых регионах среди женщин почти в три раза, причем в этот процесс они вовлекаются с раннего возраста.

Сегодня наукой установлено и определено однозначно – курение, вдыхание табачного дыма – добровольное отравление себя и окружающих. Кроме никотина табачный дым содержит угарный газ, синильную кислоту, сероводород,

углекислоту, аммиак, азот, эфирные масла, пиридиновые основания и даже радиоактивные изотопы.

Курящий человек в течение жизни выкуривает 15 тысяч смертельных доз, но так как никотин в организм поступает дробными дозами, у привычного курильщика острых явлений отравления не наблюдается. Можно считать доказанным, что никотин и содержащиеся в табачном дыму ядовитые вещества нарушают деятельность практически всех систем организма.

Курение увеличивает риск развития гипертонической болезни и ишемической болезни сердца в 4–6 раз, при комбинации его с 2–3 факторами риска вероятность развития ишемической болезни сердца – основного «поставщика» инфаркта миокарда – возрастает в 10–13 раз. У курящих в 5–8 раз чаще, чем у некурящих отмечается внезапная смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, в 10 раз чаще развивается рак легких, курящий человек сокращает свою жизнь на 8–10 лет.

В настоящий момент никотиновая зависимость рассматривается как заболевание, которое необходимо лечить, поэтому отказ от курения и лечение табачной зависимости является актуальной задачей, позволяющей продлить жизнь.

Никотин легко проникает через гематоэнцефалический барьер и распространяясь по мозговой ткани накапливается в коре, гипоталамусе, таламусе, среднем мозге, стволе. Взаимодействие с никотиновыми холинэргическими рецепторами головного мозга, он активизирует их и вызывает высвобождение катехоламинов, включая ацетилхолин, норадреналин, дофамин, серотонин, бета-эндорфин и глутамат. Результатом этой активации является ощущение повышенной работоспособности, снижение тревоги, уменьшение голода. С развитием толерантности начинается стойкое угнетение функций центральной нервной системы, и для поддержания их на привычном уровне требуется все большее количество никотина. Поэтому курящий увеличивает количество выкуриваемых сигарет, для достижения того же эффекта, и в этом плане, никотин сродни наркотикам: при прекращении его поступления в организм развиваются симптомы отмены, которые достигают максимума через 3 дня после отказа и обычно длятся 3–4 недели.

Современные технологии в борьбе с курением предлагают разные подходы – начиная от иглорефлексотерапии до гипноза и заместительной терапии – лекарственной терапии, жевательных резинок, ингаляторов, никотиновых пластырей. Обладая определенной эффективностью, они не лишены побочных эффектов, иногда трудно дозируются, но при сочетанном применении с психотерапией и самопрограммированием повышают эффективность отказа от курения на 30–40%.

Таким образом, на сегодняшний день нет сомнений, что курение ведет к преждевременному старению и смерти. Можно ли отказаться от него самому? А может лучше прибегнуть к помощи врача? Согласно опросу экспертов ВОЗ, специфические методы лечения курения менее эффективны, чем неспецифические подходы (убеждение, внушение решимости бросить курить, принятие положительной мотивации на отказ от курения при четком осознании отрицательного воздействия вредной привычки на организм). Так, по данным 2-летнего наблюдения за населением 3 городов Северной Калифорнии в борьбе с курением эффективность индивидуальных бесед оказалась выше (на 42%) там, где создавалась личностная положительная мотивация на отказ от курения. Поэтому ответ прост: отказаться от курения, отречься от него раз и навсегда можно самому. А в случаях, когда у Вас выявляются первые признаки атеросклероза и ухудшается память, тем более, если есть склонность к повышению артериального давления, сделать это просто необходимо.

Каждый человек с возрастом, по мере изнашивания своего организма, начинает понимать вред, наносимый ему никотином. Исследования показывают, что процент курящих с возрастом уменьшается. Это говорит о том, что с годами люди эмпирически делают правильный вывод и, чувствуя, что курение из приятного превращается в тягость, вначале изредка подумывают об этом, потом делают первые робкие шаги бросить, и, наконец, здравый смысл берет верх. Под тяжестью недугов и осложнений, под давлением эмоций человек оставляет эту пагубную привычку. Курит обычно тот, кто имеет большой «запас прочности», и пока имеет его – курит.

В методическом пособии, представленном на выставке, мы предлагаем вариант собственной методики борьбы с курением путём образного программирования, используемой в ходе профилактической работы в Школе гипертоника в Томске. По нашим данным, эффективность её составляет до 60–70% и может зависеть от уровня образовательного ценза, четкого наличия имеющихся закрепленных рефлексов и художественного восприятия личности. Данное пособие рекомендуется к распространению во всех медицинских учреждениях, имеет высокую практическую ценность, профессионально заслуживает самого высокого рейтинга. Подробное изложение непосредственного программирования, этапность и последовательность, настраивают читателя уже в процессе чтения данного пособия на отказ от курения.

Автор будет благодарен за конструктивные замечания читателей и просит направлять заявки, письма и отзывы по адресу: 634012, г. Томск, ул. Киевская 111а, лаборатория магнитно-резонансной томографии, Лукьяненок Павел Иванович, e-mail: paul@cardio.tsu.ru; Lukans@yandex.ru