еще более обостряет опасность заражения медицинского персонала и больных. Этому способствует безответственность и «халатность» ряда стоматологов, обусловленная их низкой общей и местной культурой, приводящая к игнорированию санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий на приеме. Поэтому воспитание правильного врачебного мировоззрения будет способствовать неукоснительному выполнению асептических и дезинфекционных мероприятий на стоматологическом приеме.

Основными мерами, ограничивающими распространение инфекции на стоматологическом приеме, являются асептика и дезинфекция. С ними тесно связана антисептика.

Асептика – метод профилактики инфекции путем предупреждения проникновения микроорганизмов в рану, ткани или полости тела при лечебных, диагностических манипуляциях.

Антисептика – метод лечения бактериально загрязненных и инфицированных ран, гнойных, анаэробных и гнилостных процессов путем борьбы с возбудителями инфекции, внедрившихся в рану или ткани.

Асептика направлена на предупреждение внедрения возбудителей, а асептика на борьбу с уже внедрившимися микробами.

Дезинфекция – уничтожение во внешней среде возбудителей инфекционных заболеваний (бактерий, вирусов, риккетсий, простейших, грибков).

В учебном пособии «Вопросы асептики и антисептики в клинике ортопедической стоматологии» (И.В. Линченко, Ф.Н. Цуканова, Н.В. Стекольникова, 2010 г.) имеется глава, посвященная истории асептики и антисептики в России: появление, развитие антисептики, распространение и усовершенствование асептики. Эта глава написана с точки зрения формирования врачебного мировоззрения и воспитания у студентов ответственного отношения к своему рабочему месту, а главное осознания всей сложной ситуации в окружающем мире и недопущении распространения инфекции от пациента врачу, а от врача пациенту и окружающим людям.

В следующих главах пособия подробно освещены инфекционные болезни и их проявления в полости рта, в том числе проявлению СПИДа. Определены очаги и пути инфицирования в ортопедических стоматологических кабинетах. Отмечены мероприятия по дезинфекции и стерилизации в стоматологических учреждениях. Перечислены требования, предъявляемые к современным дезинфицирующим препаратам.

Освещены вопросы дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации, основные правила работы в стоматологических кабинетах; организация работы в зуботехнической лаборатории.

Важными вопросами являются вопросы вакцинации персонала стоматологических поликлиник (отделений), которые становятся надежной защитой от инфекции.

Лечение стоматологических заболеваний у больных СПИДом носит традиционный характер и проводится в обычных поликлинических условиях. Профилактика распространения ВИЧ и других вирусных инфекций однотипна. Поэтому в работе стоматологу следует придерживаться определенных предохранительных мер, что отражено в главе «Особенности приема больных, инфицированных вирусом гепатита А, В или ВИЧ».

В главе «Заключение» указывается, что в соответствии с инструкциями должна проводится предстерилизационная обработка и стерилизация помещений, оборудования, инструментов, оттисков моделей челюстей, протезов и их полуфабрикатов.

Неукоснительное выполнение указанных мероприятий с постоянной противоэпидемической настороженностью является гарантией предотвращения заражения персонала стоматологических поликлиник и больных вирусной и другой инфекцией.

Список литературы

1. Абакаров С.И., Большаков Г.В., Сорокин Д.В. и др. Внутрибольничная инфекция и ее профилактика в клинике ортопедической стоматологии. – М., 2000. – 26 с.

2. Аксенов В.А. О некоторых актуальных проблемах практики применения дезинфицирующих препаратов. – М., 2002. – 18 с.

3. Аксенов В.А. Современные подходы к дезинфекции кожных покровов и слизистых в медицинской практике. – М., 2002. – 21 с.

4. Линченко И.В., Цуканова Ф.Н., Стекольникова Н.В. Вопросы асептики и антисептики в клинике ортопедической стоматологии: учебное пособие. – Волгоград 2010.

5. Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В. Стоматологическая деятельность. – М.: Медицинская книга, 2005. – 192 с.

6. Ющук Н.Д., Мартынов Ю В. Эпидемиология: учеб. пособие. – М.: Медицина, 2003. – 448 с.

РАЗМЕРЫ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ ПРОСТРАНСТВ, ЦИСТЕРН И ЛАТЕРАЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Лукьянёнок П.И., Усов В.Ю., Афанасьева Н.Л., Шелковникова Т.А.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, e-mail: paul@cardio.tsu.ru

Не смотря на успешное развитие магнитно-резонансной томографии в России, некоторые практические вопросы её применения остаются за кадром. Особенно это относится к описанию нормальных значений томограмм, получаемых в различных последовательностях. Применительно к ликворосодержащим пространствам часто встречается такая интерпретация – как «не увеличены», «не расширены», что как мы считаем, связано с недостаточным описанием

нормальных значений как в отечественной, так и в зарубежной литературе. Зачастую идет простой перенос норм размеров латеральных желудочков и субарахноидальных пространств, выведенных ранее значений для рентгеновской компьютерной томографии на данные МРТ, что мы считаем недопустимым.

В этой связи, в ходе работы с больными гипертонией, нами была поставлена задача описать нормальные значение ликворосодержащих пространств у здоровых лиц различных возрастных групп по данным низкопольной МРТ в Т2 последовательности, наиболее часто используемой во всех типах томографов при оценке фокальных и ишемических повреждений.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга в норме оценивалась у здоровых лиц ($n = 96$, М-40, Ж-56) в возрасте от 20 до 60 лет, на низкопольном магнитно-резонансном томографе фирмы «Siemens» Magnetom Open с напряженностью магнитного поля 0,28Т в Т2 последовательности с толщиной срезов 6мм с наложением пакета срезов параллельно кливоокципитальной линии. Учитывая разные подходы существующие в получении изображения магнитно-резонансной томографии, а также различные протоколы получения изображения, каждый из которых в принципе требует отдельного описания нормы, поскольку размеры ликворосодержащих пространств получаемые даже в Т1 и Т2 последовательностях значимо различаются, так и в интерпретации получаемых данных при МРТ, нами была выбрана для оценки нормальных параметров ликворных пространств и изменения их в разных возрастных группах у здоровых людей именно Т2-последовательность – как обязательно присущая во всех магнитных системах. Оценивались субарахноидальные пространства в лобных, теменных, затылочных отделах, а также размеры латеральных желудочков раздельно на уровне передних рогов, тел и задних рогов. Измерялись параметры полости третьего желудочка (высота и ширина), предмостовой, хиазмальной, квадригиминальной, большой цистерны мозга и полости четвертого желудочка в сагиттальных сечениях в перечисленных группах. Лица, перенесшие черепно-мозговые травмы, клещевой энцефалит, имеющие гипертоническую болезнь и перенесшие острые нарушения мозгового кровообращения, исключались из обследования.

На основании полученных результатов, были получены значения, принимаемые нами в дальнейшем за параметры нормы (см. табл. 1).

Таблица 1

Полученные размеры латеральных желудочков в различных возрастных группах в норме в мм

Возраст	Передний рог	Тело	Задний рог	Высота 3-го желудочка	Ширина 3-го желудочка
20–29	3,5 ± 1,2	5,5 ± 2,5	9,5 ± 0,8	23 ± 1,2	3 ± 0,5
30–39	4,1 ± 0,5	6,0 ± 1,8	10,5 ± 1,5	24 ± 1,4	4,0 ± 0,3
40–49	5,0 ± 1,5	6,2 ± 1,8	11,2 ± 1,8	24 ± 1,2	4,0 ± 0,7
50–59	5,0 ± 1,7	7,0 ± 2,1	11,4 ± 1,6	24 ± 2	4,2 ± 1,2
60 и >	5,5 ± 2,0	8,1 ± 2,1	12,0 ± 2,0	24 ± 2,0	4,5 ± 1,8

На основании этих данных были выведены усредненные значения размеров латеральных желудочков для средней возрастной группы (30–49 лет) и старшей (50–59, 60 и выше) которые составили для группы 30–49 лет – 4,55 ± 1,0 (табл. 2).

Таблица 2

Средние размеры латеральных желудочков в возрастных группах 30–49 и 50 и выше

Возраст	Передний рог	Тело	Задний рог	Высота 3-го желудочка	Ширина 3-го желудочка
30–49	4,55 ± 1,0	6,1 ± 1,8	10,8 ± 1,6	24 ± 1,3	4,0 ± 1,5
50 и >	5,25 ± 1,8*	7,5 ± 1,8	11,7 ± 1,8	24 ± 2	4,3 ± 1,3

Как видно из приведенных таблиц, достоверные различия отмечены в группах 30–49 лет ($n = 40$) и 50 и > только по передним рогам ($P < 0,05$), в то время как на уровне тел и задних рогов латеральных желудочков в указанных возрастных группах, достоверных отличий не было, а имелась только выраженная тенденция к увеличению размеров ликворосодержащих пространств с возрастом. Несмотря на определенные различия размеров латеральных желудочков и субарахноидальных пространств, выявленные в ходе исследования у здоровых лиц в зависимости от возраста, существует определенный элемент относительности данной нормы. Особенно это характерно для тех случаев, когда параметры латеральных желудочков укладываются в значение нормы, но при этом присутствуют дополнительные лучевые симптомы, не позволяющие данный вариант отнести к норме. Например, ширина заднего рога до 10мм, а на аксиальных сечениях присутствует перифокальный отек, в виде усиления Т2-сигнала, который можно отнести к начальным степеням нарушения перфузии. Или, латеральные желу-

дочки узкие, но эта «узость» обусловлена гипертензионным синдромом, посттравматическим или инфекционным отеком мозга, проявлением наружной гидроцефалии или гиперостозом костей, низким стоянием миндалины мозжечка, т.е равномерным сдавлением ликворных пространств извне, по центростремительному механизму.

Таблица 3

Размеры субарахноидальных пространств у здоровых лиц в миллиметрах

Возраст	Лобно-теменные отделы	Височные отделы	Затылочные отделы
20–29	3,0 ± 0,75	2,0 ± 0,78	2,1 ± 0,68
30–39	3,2 ± 0,92	2,1 ± 0,84	2,2 ± 0,74
40–49	3,4 ± 0,85	2,2 ± 0,91	2,0 ± 0,81
50–59	4,2 ± 0,95**	2,9 ± 0,15**	2,3 ± 0,25**
60 и >	5,2 ± 1,25**	3,0 ± 0,52**	3,1 ± 0,42**

При оценке размеров (табл. 3) субарахноидальных пространств у здоровых лиц, наибольшей динамике подвержены лобно-теменные отделы. Нормальные размеры в лобно-теменных отделах составили до 3 ± 0,75 мм. Отмечалась тенденция к увеличению субарахноидальных пространств в лобно-теменных и затылочных отделах у здоровых лиц с возрастом. Достоверные отличия ($P < 0{,}001$) получены между группами 30–49 лет и старшими возрастными (50–59 лет, 60 и >).

Расширение субарахноидальных пространств в затылочных отделах, как нами было показано ранее, чаще наблюдается при нарушениях венозного оттока из полости черепа, обусловленного выраженной асимметрией венозных коллекторов, аномалийным типом их формирования, либо частичным пристеночным тромбозом, остеохондрозом шейного отдела позвоночника, сопровождающимся синдромом позвоночной артерии, травмами затылочных или лобных отделов. В норме, даже в старших возрастных группах размеры субарахноидальных пространств в затылочных отделах не должны превышать 3–3,5 мм.

У пациентов с нормальными параметрами латеральных желудочков были проанализированы размеры цистерн (табл. 4).

В зависимости от возраста данные пациенты также были разделены на 4 группы по 20 человек: 1-я группа – 20–29 лет; вторая – 30–39 лет, 3-я группа 40–49 лет и четвертая группа 50–59 лет. В каждой группе определены размеры супраселлярной, предмостовой, тригиминальной цистерны, размеры IV желудочка и цистерны магна по данным сагиттальных сечений. Наибольшей динамике изменений в размерах с возрастом были подвержены супраселлярная и квадригиминальная цистерны ($P = 0{,}03$).

Таблица 4

Название цистерны	Возрастные группы			
	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–59
Супраселлярная цистерна, вертикальный размер	5,1 ± 0,5	5,4 ± 0,5	5,3 ± 0,5	6,0 ± 0,6
Супраселлярная цистерна, пер. зад. размер	9,5 ± 0,5	8,5 ± 0,5	9,0 ± 0,5	9,4 ± 0,6 *
Предмостовая цистерна, переднезадний размер	15,8 ± 0,5	17,7 ± 0,5	17,4 ± 0,5	16,4 ± 0,5
Предмостовая цистерна, вертикальный размер	6,5 ± 0,5	6,2 ± 0,5	6,2 ± 0,5	6,3 ± 0,5
Квардригеминальная цистерна, верт. размер	9,8 ± 0,5	9,4 ± 0,5	9,9 ± 0,5	9,7 ± 0,6
Квадригеминальная цистерна, пер.зад. размер	19,1 ± 0,5	21,1 ± 0,5	21,2 ± 0,5	21,4 ± 0,5*
Цистерна магна, Вертикальный размер	19,7 ± 0,7	20,5 ± 0,5	20,2 ± 05	21,4 ± 0,5
Цистерна магна, переднезадний размер	13,3 ± 0,7	13,5 ± 0,5	16,7 ± 0,5	10,8 ± 0,8
IV-желудочек, вертикальный размер	17,6 ± 0,5	17,9 ± 0,5	18,5 ± 0,5	18,5 ± 0,5
IV-желудочек, передне-задний размер	9,8 ± 0,5	9,6 ± 0,5	9,4 ± 0,5	9,9 ± 0,6

Примечание. Размеры цистерн мозга по данным сагиттальных сечений в норме миллиметрах.

Заключение. Существующее мнение, что размеры латеральных желудочков должны определятся только с использованием Т1-последовательности является на наш взгляд необоснованным. Наибольший динамизм в изменениях ликворосодержащих пространств и характеристика прилежащих к ним структур мозга достигается именно в Т2 последовательности. Особенно это касается характеристики степени перивентрикулярного и периваскулярного отека, перивентрикулярных фокальных повреждений, выявления начальных стадий дисциркуляторных повреждений.

Вместе с тем следует помнить, что размеры субарахноидальных пространств и латеральных желудочков, которые значительно меньше указанных норм, могут быть также признаком патологических изменений. Отмеченное касается

тех случаев латеральных желудочков, когда размеры по передним или задним рогам укладываются в нормальные значения или даже меньше их, но присутствует перивентрикулярный отек. Такие случаи не могут быть отнесены к норме. Это также касается уменьшения размеров оптикохиазмальной цистерны, и особенно, расстояния от верхней границы диафрагмы гипофиза до хиазмы. Нами описано явление интраселлярной надгипофизарной гипертензии, которое иногда может наблюдаться в подобных случаях. Крайне важна оценка полости третьего и четвертого желудочка, смещения границ которых обычно обуславливает масс-эффект и может указывать на объемный процесс.

Полученные нормальные значения в Т2 последовательности для различных возрастных групп могут быть легко использованы при интерпретации норма- патология на любых типах магнитно-резонансных томографов и как нам представляется заполняют определенный пробел в данной области.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Мадалиева С.Х., Кашаганова К.Т., Даулетбакова А.Ш.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, e-mail: sanamadalieva@ mail.ru, kashganova@bk.ru, alma0903@mail.ru

Актуальность проблемы развития у врачей коммуникативной компетентности была признана еще в 70-е годы прошлого столетия. В настоящее время коммуникативные навыки понимаются как феномен, включающий множество психологических параметров. Среди них – знание врачом себя и своих пациентов, умение правильно воспринимать и оценивать своих коллег, способность к саморегуляции, умение строить взаимоотношения с людьми и гибко, адекватно реагировать на трудные клинические ситуации, владение невербальными и вербальными навыками общения и многое другое [4, с. 5].

Современные социальные условия и социальные потребности выявляют необходимость формирования коммуникативной культуры студента-медика. Принимая во внимание, что важнейшим фактором, определяющим успех лечения, является взаимодействие между врачом и пациентом, развитие навыков общения представляется особенно необходимым. Компетентность в широком смысле трактуется как высокий уровень общественно-практического опыта субъекта, уровень его обученности адекватным социальным и индивидуальным формам активности, что позволяет человеку в рамках своих способностей и социального статуса успешно и эффективно функционировать в данном обществе. Важными составляющими деятельности врача являются не только его знания и умения, особенности профессионального мышления, но и личностные качества, умение общаться с пациентом. Поэтому профессиональная компетентность врача включает, не только специальную медицинскую подготовку, общечеловеческую культуру, но и социально-психологические аспекты его личности, его ценностные ориентации, коммуникативную грамотность [1].

При раскрытии содержания компетентности выделяются различные компоненты: предпосылки компетентности (способности, талант, знания); деятельность человека (работа) как процесс (ее описание, структура, характеристика, признаки); результаты деятельности (плоды труда, изменения в объектах деятельности). Анализируя различные определения профессиональной компетентности можно прийти к выводу о том, что в них, как правило, находит отражение идея о том, что это одна из главных характеристик личности, обладатель которой способен добиться высоких профессиональных результатов [2].

В социологических исследованиях, посвященных анализу основных признаков, по которым пациенты оценивают уровень квалификации врача, отмечается, что на первое место выдвигается показатель «отношение к пациентам», на второе – «результаты лечения больных», затем опыт работы, отзывы пациентов, личные качества врача (порядочность, трудолюбие, вежливость и др.). Такой показатель, как образование врача (в том числе глубина специализации) оказался на седьмом месте среди перечисляемым признаков . Все это свидетельствует не столько о квалификации, сколько о компетентности врача [3].

Коммуникативная компетентность медика в специальной сфере включает понимание и толкование профессиональных терминов, понятий (например, в беседе с коллегами, врачами разных специальностей, медсестрами и людьми, не имеющих отношения к медицине); понимание вербальных, формальных (формулы, графики) и невербальных средств (мимика и жесты в беседе с больным); умелое обращение со специально подготовленным материалом [7].

Главными показателями коммуникативной культуры медицинского работника являются: в эмоциональной сфере – эмпатия (понимание отношения собеседника к тому, о чем он рассказывает, и к самой ситуации общения; помощь собеседнику в выражении чувств и желаний; сообщение о собственных чувствах; внимательное наблюдение за невербальными реакциями партнера; демонстрация понимания чувств другого); в когнитивной сфере – рефлексия (де-