

Таблица 2. Частота встречаемости типа профессиональной направленности в качестве ведущего и степень адекватности профессиональной направленности респондентов психологическому содержанию сестринской деятельности (в процентах)

Респонденты	Типы профессиональной направленности						Адекватность направленности
	Р	И	А	С	П	К	
II курс	5,6	50,0	66,7	72,2 ⁻	66,7	44,4	55,6
III курс	13,6	77,3	81,8	77,3 ⁻	36,4	63,6	68,2
IV курс	20,0 ⁻	52,0 ⁻	60,0	68,0 ⁻	52,0	52,0	48,0
Медсестры	15,0 ⁻	60,0 ⁻	80,0	80,0	35,0	40,0	70,0

Примечание: Знаком минус отмечено отсутствие достоверных изменений в сравнении с предыдущим этапом профессионального обучения. Все остальные различия являются статистически значимыми по t-критерию Стьюдента.

За исключением реалистического и социального типов профессиональной направленности для всех остальных типологических вариантов и общего показателя содержательной адекватности характерна «пилообразная» динамика, выражающаяся в чередовании периодов «подъема» с периодами «спада».

Переход от второго к третьему курсу отмечен существенным возрастанием адекватности направленности студентов психологическому содержанию осваиваемой ими профессиональной деятельности. При этом в структуре профнаправленности будущих медицинских сестер увеличивается представленность интеллектуального, конвенционального, артистического и реалистического компонентов; «удельный вес» предпринимательской составляющей, напротив, уменьшается.

На отрезке от промежуточного к завершающему периоду профессиональной подготовки отмечается резкое усиление присутствия на ведущих позициях в структуре профессиональной направленности выпускников медколледжа предпринимательских компонентов, а также компонентов реалистических, представленность которых в качестве доминирующих продолжает плавно возрастать с начала обучения. Несколько ослабевает влияние конвенциональной составляющей. В наибольшей мере теряют ведущую роль исследовательский и артистический варианты профнаправленности. В этой связи закономерно снижается и общий уровень адекватности профессиональной направленности студентов психологическому содержанию их будущей профессиональной деятельности: он составляет лишь 48,0% и оказывается минимальным за весь рассматриваемый нами период

времени. Этот факт может рассматриваться как следствие психологического «кризиса середины обучения» (см. пп. 3.1.–3.3.), одним из личностных эффектов которого и становится «размывание» профессиональной направленности студентов.

Восстановление адекватной структуры профнаправленности происходит лишь к завершению адаптационного периода, т.е. через три-четыре года работы по полученной в колледже специальности. Социальный, артистический и интеллектуальный типы прочно занимают положение ведущих. Малорелевантные психологическому смыслу медсестринской деятельности предпринимательский, конвенциональный и реалистический компоненты все более явно приобретают статус «фоновых» в структуре профессиональной направленности представителей эталонной группы. В то же время полученные нами данные не дают возможности однозначно интерпретировать механизм происходящего на этапе адаптации медсестер «ренессанса» их профессиональной направленности. Высокая адекватность профессиональной направленности медсестер-адаптантов может быть результатом не только перестройки механизмов личностной регуляции деятельности, но и следствием «естественного отбора», выражающегося в «вымывании» из сестринского сообщества лиц с неадекватной профнаправленностью (уходящих из профессии либо сразу после получения диплома, либо в ранний период адаптации).

Работа представлена на заочную электронную конференцию «Фундаментальные исследования», 15-20 января 2006г. Поступила в редакцию 03.05.2006г.

Медицинские науки

СОСТОЯНИЕ ИММУНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ

Булгакова А.И., Валеев И.В., Хисматуллина Ф.Р., Мухаметова Е.Ш., Муртазина Ф.Ф., Хазиева Л.М.

Уфа

Пародонтит является одним из самых распространенных воспалительных заболеваний тканей пародонта. Нами были исследованы показатели статуса и реактивности местных механизмов иммунитета по-

лости рта у больных хроническим пародонтитом с различными степенями тяжести данной патологии.

Состояние иммунной резистентности ротовой полости оценивали с помощью – цитологических методов; оценки поглотительной активности нейтрофильных лейкоцитов; определения содержаний в слюне иммуноглобулинов классов IgG, IgA и sIgA.

При исследовании местных механизмов иммунной реактивности полости рта была выявлена существенная разница в характере изменения их показателей у больных с пародонтитом разной степени тяжести.

Изучение фагоцитарных механизмов местной защиты ротовой полости позволило установить, что показатели поглотительной активности нейтрофилов периферической крови десны при всех степенях тяжести хронического пародонтита достоверно ниже чем в контрольной группе. При этом у больных со среднетяжелым и тяжелым течением процесса они были ниже, чем у больных с легким течением. Результаты исследования спонтанного НСТ-теста, свидетельствующие об уровне самопроизвольной активации фагоцитарных клеток, у всех больных с хроническим пародонтитом были достоверно выше, чем у здоровых лиц, хотя в то же время и снижались по мере увеличения степени тяжести заболевания. Показатели активности фагоцитов в индуцированном НСТ-тесте у всех больных также были выше нормальных, более выражено – при легком, менее при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания. Обращает на себя внимание практическое отсутствие разницы в результатах спонтанного и индуцированного НСТ-теста у больных пародонтитом (при существенной – у здоровых).

У всех больных пародонтитами в слюне отмечено достоверное (в сравнении с нормой) повышение содержания иммуноглобулинов класса IgG; недостоверное – содержания IgA, а sIgA – имело тенденцию к снижению при легком и среднетяжелом пародонтите, а при тяжелом было достоверно снижено.

При исследовании жидкости парадонтального кармана было установлено, что хронический пародонтит сопровождается возрастом в составе клеток жидкости числа лимфоцитов (при легкой степени тяжести процесса – недостоверно, при среднетяжелой и тяжелой – достоверно).

Таким образом, хронический пародонтит развивается на фоне подавленных механизмов фагоцитарной защиты, при этом характер местной иммунной реакции в зависимости от степени тяжести процесса существенно не различается. При легкой степени тяжести хронического пародонтита у больных на фоне умеренно подавленного фагоцитоза местная реакция характеризуется сбалансированным цитокинным ответом на заболевание и адекватным по содержанию увеличением отдельных популяций лимфоцитов. При средней степени тяжести данной патологии наблюдаются более глубокие нарушения местной иммунной реактивности, проявляющиеся сниженным фагоцитозом в сравнении с контрольной и легкой группой. У больных тяжелым хроническим пародонтитом нарушения фагоцитарных механизмов защиты, а также изменения клеточного состава периферической крови десны сходны с таковыми при среднетяжелом течении заболевания. Приведенные данные позволяют заключить, что оценка местных механизмов иммунитета полости рта при хроническом пародонтите может позволить определить потенциальные критерии дифференциальной иммунокоррекции для нормализации местного иммунитета в процессе комплексной терапии.

БИОМАТЕРИАЛ АЛЛОПЛАНТ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

Булгакова А.И., Валеев И.В., Изгина Э.Р.,
Дончик И.С., Жубинская Л.В., Тимофеева К.С.

Уфа

Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) одна из наиболее распространенных патологий пародонта. Для лечения хронического генерализованного пародонтита был использован диспергированный биоматериал Аллоплант (ДМБА). Введение ДМБА входило в состав комплексной схемы лечения ХГП.

У больных ХГП оценивали состояние иммунной резистентности ротовой полости. У них проводили определения содержания в слюне иммуноглобулинов классов IgG, IgA, и IgS-A, а также ряда цитокинов – альфа-фактора некроза опухоли (ФНО- α), интерлейкина 4 (ИЛ-4) и гамма-интерферона (ИФ- γ). Лечение ХГП различных степеней тяжести с применением ДМБА сопровождалось серьезными изменениями активности местных гуморальных факторов иммунитета полости рта.

При оценке содержания иммуноглобулинов было показано, что после традиционного лечения ХГП всех степеней тяжести в слюне продолжает сохраняться повышенная концентрация IgG, что может служить косвенным признаком сохраняющегося воспаления. Применение ДМБА приводило к нормализации содержания этих иммуноглобулинов после лечения в слюне всех больных. Кроме того, применение препарата у больных с тяжелой степенью ХГП обеспечивало нормализацию достоверно сниженных до лечения секреторных иммуноглобулинов S-IgA

Еще более существенные изменения отмечены в цитокиновом профиле слюны. Применение ДМБА при лечении ХГП сопровождалось существенным противовоспалительным эффектом, наиболее выраженном при легкой степени. После лечения таких больных уровень содержания в ротовой полости ведущих провоспалительных цитокинов - ФНО- α и ИФ- γ , снижался практически до нормального уровня (для ИФ- γ - даже ниже нормы), а ведущего цитокина с противовоспалительной направленностью, ИЛ-4, был существенно выше нормального.

При среднетяжелом течении ХГП традиционное лечение, как и лечение с использованием ДМБА, обеспечивало снижение показателей местного содержания ведущего провоспалительного острофазового цитокина ФНО- α , однако при лечении с ДМБА процесс ремиссии сопровождало достоверно более выраженное снижение другого провоспалительного цитокина - ИФ- γ , в отсутствие достоверного повышения противовоспалительного цитокина ИЛ-4. Только в условиях лечения тяжелой степени ХГП при использовании ДМБА уровень провоспалительных ФНО- α и ИФ- γ хотя и был достоверно ниже такового до лечения, но достоверно превышал уровень цитокинов после традиционного лечения.

Таким образом, при лечении ХГП различных степеней тяжести с применением диспергированного биоматериала Аллоплант происходит нормализация обменных процессов и регуляция иммуногенеза в тканях десны человека.