

Отелло ассоциируется с бредом ревности, а термин Баваризм – смешение грез с реальностью, представление человека себя иным, чем он есть на самом деле. К эпонимам часто прибегают, если не удаётся подобрать удовлетворительного (например, компактного, простого для запоминания) и квалификационного термина, чтобы отобразить признак сложного феномена.

Профессор Judith A Whitworth считает, что эпонимы крайне полезны. Автор приводит в качестве примера синдром Туретта. Если отказаться от эпонимичного синонима, то его (синдром) придется назвать «сочетанием тикообразных подергиваний мышц лица, шеи и плечевого пояса, произвольных движений губ и языка с частым покашливанием, сплевыванием и копролалией» [7].

При всех положительных качествах эпонимов следует упомянуть и их недостатки. В последние годы эпонимизация подвергается вполне обоснованной критике. Прежде всего, это трудности отнесения эпонимов к конкретным лицам, имя которых хочет увековечить автор эпонима. Так, например, aroneurosis peritoneoperinealis (брюшинно-промежностная фасция (апоневроз), впервые описанная Денонвиллье) называется некоторыми зарубежными авторами как фасция Терелла, а отечественными – как апоневроз Салищева.

В британском медицинском журнале несколько экспертов высказались против использования эпонимов в медицинской терминологии. В частности, A. Woywodt и E. Matteson считают, что их следует заменить на более понятные термины. Считается, что «именные» названия облегчают запоминание. Но в одном исследовании из 92 хирургов-ортопедов лишь десять смогли объяснить, что такое проба Финкельштейна [8].

При изучении эпонимов необходимо помнить, что, представляя индивидуальные наименования объектов и процессов в жизни общества, в том числе, научной жизни, эпонимы во многих случаях теряют качества таких индивидуальных обозначений – язык забывает первоначальное имя собственное. Вряд ли кому-нибудь придет в голову вспомнить имя римской богини весны и садов, любви и красоты Венеры, когда применяют эвфемизмы венерические болезни, венерология, вендиспансер [3].

К тому же, нередко несколько различных симптомов называются по имени одного и того же автора (известно более 10 симптомов и рефлексов Бехтерева, 4 менингеальных симптома Брудзинского, 5 симптомов Бабинского). Чтобы прекратить путаницу в современных условиях, эпонимические термины рекомендуется заменять на более квалификативные. Исключение должны составить термины, прочно вошедшие в медицинскую терминологию и имеющие производные слова. Например, tuba auditiva (слуховая труба) или tuba Eustachii (Евстахиева труба) дает название клиническому термину eustachiiit (евстахиит – воспалительный процесс острого или хронического типа, локализованный в слуховой трубе); sinus maxillaris (верхнечелюстная пазуха) или sinus Highmori (Гайморова пазуха) - higmoritis (гайморит - воспаление верхнечелюстной придаточной пазухи) [1].

И все же нет сомнения, что многословные неудобные термины не смогут вытеснить из медицинской терминологии нейтральные эпонимические синонимы.

В свете всего сказанного можно резюмировать, что применение терминов-эпонимов способствует лучшему запоминанию, адаптации в многообразии медицинских понятий, как в клинической практике, так и в теоретических науках. Так же это объясняется

и стремлением современных патофизиологов рассматривать новые факты с позиции истории медицины, развивать новые идеи на базе классической медицины, углублять сложившиеся представления об особенностях развития и становления болезни.

Список литературы

1. Актуальные вопросы упорядочения медицинской терминологии / под ред. И.П. Лидова. М.: Советская энциклопедия, 1981. 110 с.
2. Лаптева Е.А. / Функционирование эпонимических терминов в энциклопедических статьях медицинского характера / Е.А. Лаптева // Филологические науки. Вопросы теории и практики. Тамбов: Грамота. 2014. № 12 (42): в 3-х ч. Ч. II. С. 106-108.
3. Лейчик В.М. Обсуждение проблем эпонимии в современной науке [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.ling-expert.ru/conference/langlaw/leitchik_epomym.html
4. Литвицкий П.Ф. / Словарь медицинских терминов // П.Ф. Литвицкий. М.: Моск. мед. акад. им. И.М. Сеченова. 2004. 252 с.
5. Толковый словарь избранных медицинских терминов (эпонимы и образные выражения) / под ред. Л.П. Чурилова, А.В. Колобова, Ю.И. Строева. Санкт-Петербург: ЭЛБИ-СПб, 2010. 336 с.
6. Энциклопедический словарь медицинских терминов / Под ред. Б.В.Петровского. М.: Советская энциклопедия. Т. 1-3. 1983.
7. Whitworth Judit A. Should eponyms be abandoned? No / Judith A Whitworth // BMJ. 2007 Sep 1. - 335(7617). P. 425.
8. Woywodt Alexander Should eponyms be abandoned? Yes / Alexander Woywodt, Eric Matteson // BMJ. 2007 Sep 1. 335(7617). P. 424.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАСТРОЙСТВ СРЕДИ УЧАСТНИКОВ ПОЖАРОТУШЕНИЯ

Полохов Е.В., Попов К.В., Попова И.А., Долгих В.Э., Складорова Т.П., Дорохов Е.В., Лидохова О.В.

Воронежский государственный медицинский университет, Воронеж, Россия, poluhegor@rambler.ru

По данным статистики МЧС России на 2014 год количество пожаров в Воронежской области составило 2233, 168 человек погибло. Эти цифры делают пожары одними из самых распространенных ЧС в нашем регионе. Неслучайно состояние физического и особенно психического здоровья ликвидаторов данных происшествий имеет особенное значение.

Посттравматическое стрессовое расстройство (посттравматический стрессовый синдром) – психологическое состояние, которое возникает в результате психотравмирующих ситуаций, выходящих за пределы обычного человеческого опыта и угрожающих физической целостности субъекта или других людей. Формирование такого синдрома негативно сказывается на жизни человека, приводит к множественным нарушениям функционирования физиологических систем (расстройства сна, церебрального, психопатологические нарушения), приводящим к снижению работоспособности, что в случае с работниками МЧС может привести к последствиям фатальным как для самих пожарных, так и для терпящих бедствия людей.

Цель работы: Выявление посттравматических стрессовых расстройств у участников пожаротушения для последующей коррекции данных состояний.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 50 пожарных из двух частей г. Воронеж и 10 студентов ВГМУ им. Н.Н. Бурденко (контрольная группа). Были проведены исследования с помощью прибора УПФТ – 1/30 «Психофизиолог» (вариационная кардиоинтервалометрия с активной ортостатической пробой, тест Спилбергерта), тест Ландольта, Люшера, тестирование по опроснику травматического стресса (И.О. Котенёв).

Результаты и их обсуждение

По результатам тестирования по опроснику посттравматического стресса (ПТСР) в 56 % случаев были выявлены отдельные, незначительные симптомы нарушения социальной и профессиональной адаптации. У 36% группы отмечены незначительные симптомы, выраженные в трудности засыпания, повышенной

раздражительности, не мотивированной бдительности и повышенной готовности к «реакции бегства», потребность в отдыхе. В 40 % случаев специалисты столкнулись с травматическим событием и пережили его с интенсивными эмоциями страха и беспомощности.

С помощью теста Люшера всего обследовано 38 человек. Из них в 42,1 % случаев выявлено отсутствие тревоги, основные потребности реализованы. У 31,6% исследуемой группы отмечен низкий уровень тревоги, фрустрированы основные потребности в глубокой межличностной привязанности, социальной включенности. У 13,6% специалистов отмечается как средний, так и высокий уровень тревоги. Средний уровень тревоги вызван фрустрированными потребностями в самореализации и самоутверждении, а также в глубокой межличностной привязанности. Высокий уровень тревоги обусловлен фрустрированными потребностями в самоутверждении, реализации намеченных целей, активности, социальной включенности.

С помощью теста Спилберга-Ханина обследовано 40 человек. В 7,5 % случаев выявлен высокий уровень тревоги, как реактивной, так и личностной.

У 60 % исследуемой группы людей выявлен умеренный уровень личностной тревоги. 42,5% специалистов с умеренным уровнем реактивной тревожности. В 47,5% случаев отмечен низкий уровень реактивной тревоги. Низкий уровень личностной тревожности выявлен в 35 % случаев.

С помощью корректурных таблиц Ландольта были получены следующие результаты по 4 показателям: скорость переработки информации, средняя точность, коэффициент выносливости и средняя продуктивность. Оценка проводилась путем сравнения опытной и контрольной групп с применением усложненного варианта тестирования. При оценке средней продуктивности высоким уровнем обладают 20,4% сотрудников МЧС, выше среднего 47,7%, 29,5 % имеют средний результат, лица с низким показателем не выявлены. При статистическом сравнении опытной группы с контрольной обнаружен более высокий уровень средней продуктивности у контрольной группы (в основном выше среднего)

При усложнении задачи (сокращение времени выполнения и прибавлении эмоционального компонента) продуктивность снизилась более, чем на 40% в опытной группе.

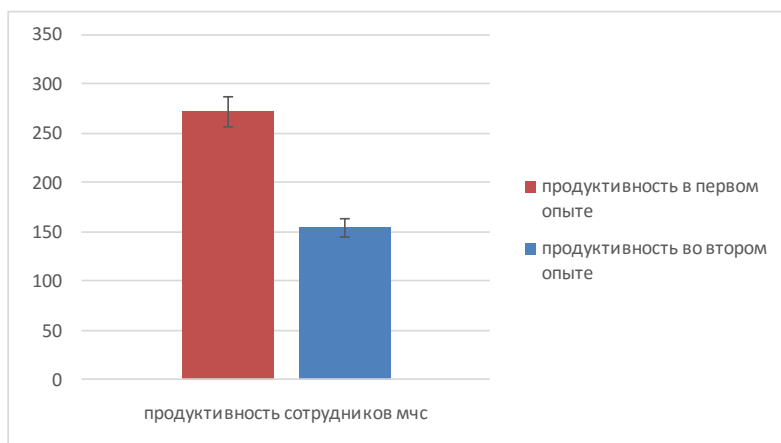


Рис. 1. Показатели продуктивности сотрудников МЧС

При оценке средней точности высокий результат имеют 6,8% сотрудников МЧС, выше среднего 31,8%, средний – 43,1%, низкий – 18,1%. При сравнении опытной и контрольной групп по данному показателю статистически достоверной корреляции выявить не удалось. При проведении усложненного теста точность снижается довольно значительно у лиц опытной группы.

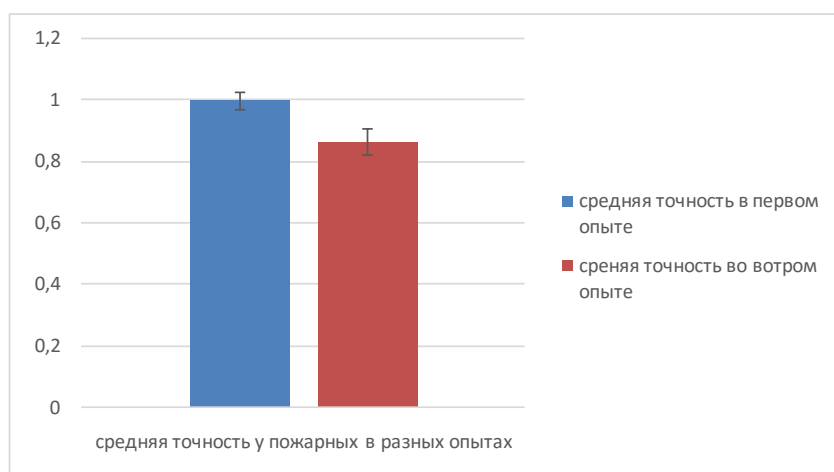


Рис. 2. Показатели средней точности сотрудников МЧС

При оценке коэффициента выносливости высокий показатель имеют 70,4%, средний – 11%, низкий – 15,9%. При сравнении опытной и контрольной групп гораздо более высокий результат показала опытная группа. При проведении усложненного теста имеется тенденция к снижению показателя у лиц опытной группы.

При оценке скорости переработки информации высокий результат показали 40,9% испытуемых, выше среднего – 34%, средний – 25%, низких результатов не выявлено. При сравнении опытной и контрольной групп, так же как и при усложнении пробы, статистически достоверных изменений не выявлено.

По результатам пробы на вегетативную реактивность по Баевскому, проведенную при помощи аппарата УПФТ – 1/30 «Психофизиолог» выявлены следующие результаты:

По исходному тону вегетативной нервной системы, характеризующему соотношению симпатического и парасимпатического звена вегетативной системы в регуляции физиологических систем выведены следующие группы – нормотоники – 58,8%, симпатотоники – 26,4%, ваготоники – 8,8%, гиперсимпатотоники – 5,8%

По реактивности при применении ортостатической пробы – асимпатотоники – 44%, гиперсимпатотоники – 2,27%, нормотоники – 52,6%

Вывод: Из вышеприведенных данных на основе ВКМ следует, что высокий процент работников МЧС, обследуемых нами, находятся в состоянии напряжения регуляторных процессов, наблюдается истощение вегетативной регуляции, о чем свидетельствует доля асимпатотоников в общем количестве испытуемых. С данным положением согласуются результаты корректурной пробы Ландольта, свидетельствующие о высокой работоспособности, что следует из высоких показателей средней скорости обработки информации при усложненной пробе, и в то же время о процессах нервного утомления, что следует из полученных данных о снижении средней точности, продуктивности и падении коэффициента выносливости при усложненной пробе. Тесты Спилбергера-Ханина, Люшера и опросник И.О. Котенева подтверждают вышеуказанные данные.

Список литературы

1. Бабунец И.В. Азбука анализа вариабельности сердечного ритма / И.В. Бабунец, Э.М. Мириджанян, Ю.А. Машаех. Компакт-диск, 2002.
2. Яблунчанский Н.И., Мартыненко А.В. Вариабельность сердечного ритма в помощь практическому врачу. Для настоящих врачей. Харьков, 2010, 131 с.
3. Нормальная физиология: Учебные модули для самостоятельной работы студентов: Учебное пособие. 5-е изд., перераб. и доп. / под ред. В.Н. Яковлева. Воронеж: ИПФ «ХХI», 2012. 600 с.
4. <http://metodi4ka.com>

ГИПЕР-, НОРМО-, АСТЕНИК – КТО ТЫ?

Попова С.В., Проскурина Д.С.,
Гребенникова И.В., Петренко О.Н.

ГОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия,
dasha_proskurina@mail.ru

Актуальность: изучением конституциональных типов ученые начали заниматься еще издревле. Они всегда пытались найти соответствие типа конституции и предрасположенности человека, к определенным заболеваниям. Несмотря на многообразие предложенных вариантов оценки организма как единого целого [1-5], выделение конституциональных типов до настоящего времени во многом является определяющим [2, 3]. Одну из таких классификаций предложил М.В. Черноуцкий (1928 г.), пользуясь индексом физического развития, основанным на соотношении роста, массы тела и окружности грудной клетки. Он

выделил три основных типа: астенический, нормостенический и гиперстенический. Преимуществами данной классификации перед остальными являются то, что М.В. Черноуцкий изучил особенности обмена веществ и состояние внутренних органов, установив предрасположенность к определенным заболеваниям. Так замечено, что лица гиперстенического типа конституции более предрасположены к болезням обмена веществ, подагре, заболеваниям желчных путей, атеросклерозу. Люди атлетического телосложения (нормостеники) чаще страдают гипертонической болезнью, ревматизмом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Астеники часто страдают артериальной гипотонией, неврозами, гастритом с пониженной кислотностью [4, 5].

Цель исследования: с помощью анкетных данных выявить преобладание типа конституции по М.В. Черноуцкому у студентов-медиков, с дальнейшим выявлением предрасположенности у них к определенным заболеваниям в зависимости от типа конституции.

Материалы и методы исследования: исследование состояло из двух этапов: первый – выявить у опрашиваемых конституциональный тип; второй – установить предрасположенность к заболеванию, характерному для данного типа.

До проведения исследования со всех опрашиваемых студентов 3 курса лечебного факультета было получено добровольное информированное согласие на участие в анкетировании.

Всего было опрошено 63 человека: из них 21 мальчиков (33%) и 42 девочки (67%). В тесте предоставлялся ряд вопросов, необходимых для определения конституционального типа, согласно классификации М.В. Черноуцкого (особенности строения тела и выраженности метаболических процессов) и производился расчет индекса массы тела и измерение окружности грудной клетки.

Обсуждение и результаты

Результаты проведенного опроса приведены в табл. 1.

Таблица 1

Результаты анкетирования

	Гиперстеники	Нормостеники	Астеники
Девочки	13 (43%)	23 (88%)	6 (86%)
Мальчики	17 (57%)	3 (12%)	1 (14%)
Итого:	30 (48%)	26 (41%)	7 (11%)

На первом этапе оказалось среди опрошенных почти половина гиперстеников 30 (48%), 26 (41%) – нормостеников и меньше всего 7 (11%) – астеников. Среди девочек преобладали нормостеники, среди мальчиков – гиперстеники.

На втором этапе нашего исследования мы предложили испытуемым пройти тест на их предрасположенность к заболеванию, характерный для их конституционального типа. Для гиперстеников – это сахарный диабет, нормостеников – артроз, астеников – неврозы.

Гиперстеникам предлагалось ответить на следующие вопросы (см. табл. 2).

За каждый ответ присуждалось от 0 до 5 баллов:

1-10 баллов. С вами все в порядке.

11-30 баллов. На первый взгляд у вас все в порядке, но следует помнить, что диабет может протекать скрыто. Поэтому все же сдайте анализ крови на глюкозу.

31-50 баллов. Может, у вас и не диабет, но определенные проблемы со здоровьем имеются. Посетите поскорее врача, нужно обследоваться. Согласно тесту вы предрасположены к диабету.