

АГЕНТСТВО ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
(АПНИ)

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ НАУКИ И ТЕХНОЛОГИЙ

Сборник научных трудов
по материалам
VI Международной научно-практической конференции

г. Белгород, 30 сентября 2015 г.

В десяти частях
Часть IV



Белгород
2015

УДК 001
ББК 72
С 56

Современные тенденции развития науки и технологий :
С 56 сборник научных трудов по материалам VI Международной научно-практической конференции 30 сентября 2015 г.: в 10 ч. / Под общ. ред. Е.П. Ткачевой. – Белгород : ИП Ткачева Е.П., 2015. – № 6, часть IV. – 148 с.

В сборнике рассматриваются актуальные научные проблемы по материалам VI Международной научно-практической конференции «Современные тенденции развития науки и технологий» (г. Белгород, 30 сентября 2015 г.).

Представлены научные достижения ведущих ученых, специалистов-практиков, аспирантов, соискателей, магистрантов и студентов по медицинским наукам, физической культуре и спорту.

Информация об опубликованных статьях предоставляется в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) по договору № 301-05/2015 от 13.05.2015 г.

Электронная версия сборника находится в свободном доступе на сайте:
www.issledo.ru

УДК 001
ББК 72

ISSN 2413-0869

© Коллектив авторов, 2015
© ИП Ткачева Е.П. (АПНИ), 2015

СОДЕРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ «МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ»	6
<i>Temurov F.T., Şorayev B.İ., Tasybayev D.M., Usentayev F.</i> ÖĞRENCİLERE TIBBİ EĞİTME VE KLİNİK DÜŞÜNME YETENEĞİNİ GELİŞTİRME ÖZELLİKLERİ	6
<i>Temurov F.T., Batrov T.O., Şoybekov H.N., Davtydov R.G., Nişanov A.R., Ubaidullayev A.S.</i> RASTGELDİ BİR DURUM: KÖYLERDE YANAK-YÜZ ÇEVRESİNDE RASTLANAN MEDYASTENİT HASTALIĞININ GEÇME DÖNEMİ VE TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN ÖZELLİKLERİ	8
<i>Temurov F.T., Şorayev B.İ., Tasybayev D.M., Ubaidullayev A.S.</i> TIBBİ EĞİTİM SİSTEMİNİN BUGÜNKÜ DURUMU VE GELECEĞİ.....	11
<i>Temurov F.T.</i> YANAK VE YÜZ ÇERÇEVESİNDE RASTLANAN İRİNLİ İLTİHAP HASTALIKLARININ SIKLIĞI VE BİLEŞİMİ	13
<i>Арутюнян М.Р., Коннов В.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАСТИНОЧНЫХ АКРИЛОВЫХ ПРОТЕЗОВ И ПРОТЕЗОВ НА ОСНОВЕ КАРКАСА ИЗ ПОЛИОКСИМЕТИЛЕНА	16
<i>Белов Е.В., Кузнецова И.А.</i> АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОЛИНЕОПЛАЗИЯМИ	20
<i>Волков В.Е., Волков С.В., Чеснокова Н.Н.</i> ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ОСТРОМ НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ.....	23
<i>Гуськов А.В., Мирнигматова Д.Б., Зиманков Д.А., Наумов М.А.</i> РАЗРАБОТКА КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДО И ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА	25
<i>Гуськов А.В., Зиманков Д.А., Мирнигматова Д.Б., Наумов М.А.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛАССИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ МАРГИНАЛЬНОЙ ДЕСНЫ ПРИ ПОСЛЕДУЮЩЕМ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ	28
<i>Дятлов Н.Е., Рахматуллов Ф.К., Куряева А.М., Рахматуллов Р.Ф.</i> ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ СРОКОВ ГЕСТАЦИИ НА ПРОВОДЯЩУЮ СИСТЕМУ СЕРДЦА ПРИ БЕССИМПТОМНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.....	32
<i>Ершов В.В.</i> ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫБОРА МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	35
<i>Исмаилов М.А., Калманбетова А.Т., Абилов Б.А.</i> К ТЕОРЕТИЧЕСКИМ ОСНОВАМ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	40
<i>Кабаева Е.Н., Силина Е.В.</i> ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА	45
<i>Калманбетова А.Т.</i> ОЦЕНКА МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ФОРМИРУЮЩИХ КОНТРОЛЬНО-РАЗРЕШИТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ	47
<i>Карпушкина П.И., Авдеева Н.А., Шамрова Е.А.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМОЭРИТРОСОРБЦИИ	52

Климова Т.Н., Степанов В.А., Рябикова Т.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ШИНИРУЮЩИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.....	55
Кубасова Е.Д., Шерстенникова А.К. РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В СЛЮНЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ОРГАНИЗМА	57
Кулагина О.А., Усанов В.Д., Ишкова М.В., Штах А.Ф. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ИНДУКЦИИ РОДОВ ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И «НЕЗРЕЛОЙ» ШЕЙКЕ МАТКИ.....	60
Лещуков И.Е., Андреева И.Н. ВОПРОСЫ ОТВЕТСТВЕННОЙ САМОПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРЗ.....	65
Лещуков Д.Е., Парфейников С.А. КЛАССИФИКАЦИЯ И ЗНАЧЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРВИ ...	67
Петров А.Г., Сергеев С.В., Ластухин И.В., Соколов А.О. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЕКАЮЩЕГО ОСТЕОХОНДРИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	69
Петров А.Г., Акинфиев А.В., Соколов А.О. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ	74
Петров А.Г., Акинфиев А.В., Соколов А.О. ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ЭЛАСТИЧНОГО СТАБИЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.....	77
Пискунов И.С., Пискунов В.С., Абраменко М.А. ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ВСКРЫТИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ СИНДРОМЕ МОЛЧАЩЕГО СИНУСА.....	80
Сафонова М.А., Диомидова В.Н. КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПРИ СИНХРОННЫХ ПОЛИНЕОПЛАЗИЯХ	88
Смирнова О.Б., Оксенюк О.С., Калмыкова Ю.А., Смирнов В.О. ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	91
Спирин П.В., Россоловский А.Н., Чехонацкая М.Л., Емельянова Н.В. КОРРЕЛЯЦИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ И ЛУЧЕВЫХ МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДУВЛТ	95
Ступин В.А., Яминский И.В., Колесов Д.В., Силина Е.В. ПЕРСПЕКТИВЫ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО АНАЛИЗУ СЛЮНЫ.....	97
Хатамов Ф.Д., Темуров Ф.Т. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ДЕТЕЙ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМИ ДИАТЕЗАМИ, ВОЗНИКШИХ ВО ВРЕМЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....	101
Чекашкина Е.Е., Лещанкина Н.Ю., Столярова В.В., Назаркина М.Г. ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ.....	104
Ширяк Т.Ю., Меркулова М.Ю., Самигуллина М.Н. ОЦЕНКА НЕОБХОДИМОСТИ В ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИНЪЕКЦИЯХ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ.....	107

СЕКЦИЯ «ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ»	111
<i>Shilovskikh K.V., Rudakov E.A., Karabut R.V., Morewithin P.S.</i> FITNESS CLASSES IN PRIMARY SCHOOL, DURING EXTRACURRICULAR ACTIVITIES IN THE MUNICIPAL BUDGET EDUCATIONAL INSTITUTION – LYCEUM NO. 32, BELGOROD, THE RUSSIAN FEDERATION, AS A KIND OF FORMATION HEALTHY LIFESTYLE OF YOUNGER PUPILS	111
<i>Василенкова Т.А., Одноочко М.К.</i> ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИМ УСЛОВИЯМ ПОСТРОЕНИЯ ПРОЦЕССА ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В ВУЗЕ	113
<i>Габибов А.Б., Майборodin С.В., Кадыкова Н.К.</i> НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ МОЛОДЁЖИ В СФЕРЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА	116
<i>Габибов А.Б., Веровский А.А., Колесников И.А.</i> СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ФИНАНСОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТУДЕНЧЕСКОГО СПОРТА И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ	118
<i>Гришин Н.С.</i> ОБУЧЕНИЕ ТЕХНИКЕ ЭЛЕМЕНТОВ БАСКЕТБОЛА В РАМКАХ ПРОЕКТА «СУПЕРБОЛЛ».....	122
<i>Емельянов В.Н., Бордашев К.А., Васюков Ю.А.</i> НАСТЕННЫЙ ТРЕНАЖЕР ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО И БЕЗОПАСНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ УПРАЖНЕНИЯ «ЖИМ ЛЕЖА»	125
<i>Молоканов А.А., Молоканова Е.В., Кадыкова Н.К., Колесников И.А.</i> ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ	128
<i>Муратова Ю.Ю.</i> ФИЗКУЛЬТУРА В ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ	130
<i>Петухов Н.А., Бельц В.Э., Сазанова С.Л., Харланов С.Н.</i> ВЛИЯНИЕ КОРРИГИРУЮЩИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ПРОФИЛАКТИКУ ПЛОСКОСТОПИЯ	133
<i>Пономарева Е.В.</i> ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ	138
<i>Тетюхина Н.Ю., Кадуцкая Л.А.</i> О ПРОБЛЕМЕ СКОРОСТНО-СИЛОВОЙ ПОДГОТОВКИ БАСКЕТБОЛИСТОК НА ЭТАПЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПОРТИВНОГО МАСТЕРСТВА	141
<i>Филиппова Е.Н., Земков В.В.</i> МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ОЦЕНКА СПОСОБНОСТЕЙ ВРАТАРЕЙ ПРИ ЗАНЯТИЯХ ФУТБОЛОМ.....	144

**ÖĞRENCİLERE TIBBİ EĞİTME VE KLİNİK DÜŞÜNME
YETENEĞİNİ GELİŞTİRME ÖZELLİKLERİ**

Temurov F.T.

H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi,
“Klinik Talgat” Hastanesi, Kazakistan, Türkistan

Şorayev B.İ.

H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi,
“Klinik Talgat” Hastanesi, Kazakistan, Türkistan

Tasybayev D.M.

H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi,
“Klinik Talgat” Hastanesi, Kazakistan, Türkistan

Usentayev F.

H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi,
“Klinik Talgat” Hastanesi, Kazakistan, Türkistan

Öğrencilere klinik derslere göre okutma ve onların klinik düşüncelerini geliştirmeye yönelik bölümde yapılan önemli sorunlardan bahsedilir.

Anahtar Kelimeler: öğrenci, klinik dersler, klinik düşünce, bölüm.

Kazakistan Cumhuriyeti’nde eğitim sistemi tıp alanı branşlarına öğre müfredat programını esasa alınarak yapılır. Bunu uluslararası eğitim süreci de esasa alınarak, bizim H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi, Tıp kümesi (fakültesi) “Tıbbi eğitim alanında pedagojik stratejik şartlara göre öğrencilerin bilgisini değerlendirme” kuralları yapılmıştır.

Bu kurallara göre birkaç yetkililiğin gelişmesi neden olmaktadır. Onlar: dersi okutmanın temel amaçları ve görevlerini belirleyip amaçları ile görevlerini uygulamak için dersi okutmanın sonuçları değerlendirilir. Dersi okutmanın temel amaçları ile görevlerini uygulamak için dersi okutmada yetkililiğe dayanılarak öğrencinin bilgisi ile uyumluluk yeteneklerinden yararlanmasına göre değerlendirilir. Benimsenen özelliklere uygun olarak her dersi okumasıyla ilgili okutmanın sonuçları üç domaine kalıplaşır. Biz bu üç domaini kullanarak öğrencinin aldığı bilgiye, uyumluluk yetenekleri benimsediğine, hasta ile ilişki kurmasına göre değerlendiririz. Çünkü öğrencilerin okudukları dersi klinik dersler olduğundan dolayı, çoğu zaman o derste aldığı bilgilerle uyumluluk yeteneklerinden yararlanarak ve hastas, ile hastanedeki meslektaşlarıyla ilişki kurabilmelerine de bağlıdır.

Bilişsel domainine göre öğrenci ödevi bilgisine göre ezberleyip kendisi anlayıp ve başkalarına anlatabilmesi, hastanın durumunu değerlendirebilmesi çok

önemlidir. Aynı zamanda uyumluluk yetenekler domaininde onu hastalara kullanarak net ve güzel bir şekilde yapar. İlişki domaininde ise hastalarla sıkı ilişki kurarak yeni yöntemleri kullanarak teşhis koyar, tedavi yöntemlerinin özelliklerini anlatır.

Öğrenci ile hastanın arasındaki ilişki tecrübeli öğretim elemanların katılmasıyla geçmesi, bu durum bizce, öğrencinin hastanın ve okutmanın önünde sorumluluğunu hissettirir. Öğrenciyi çok okumaya, hastalarla ilişki kurmaya öğrenmeye imkan sağlar. Örneğin, kendi tecrübeme göre, ders sırasında öğrencinin yeteneğine göre hastayı hazırlayıp diş çekme ameliyatını yaptık. İşte bu durumda öğrenci de sorumluluk hissetti. Öğrenci önce heyecanlanır, sonra hastayla nasıl ilişki kurmayı ve başka öğrencilerin yanında kendisinin bilgili olduğunu göstermeye çalışır. Aldığı bilgiyi tecrübelik yeteneklerle göstermelidir. Diş çekmedönemlerinin kurallarına uygun olarak öğrenci cansızlandırmayı kullanarak diş çekmenin sonraki dönemlerini geçmelidir.

Öğrenci diş çekme ameliyatının dönemlerini yaparak ameliyatı doğru yapabildi. Bundan sonra öğrenci arkadaşlarını yanına alarak onlara diş hekimliği cerrahi yardım etmeyi gösterir. İlk olarak kendisinin tecrübeli durumunu geliştirmeye birlikte klinik yönden düşünmesini geliştirmeye yol açtı. Onun için tıp fakültesi olan yüksek okullarda klinik durumunu geliştirmesi ve o bölümü bilimsel derecesi ile ünvanına göre bilgili ve tecrübeli uzmanlarla doldurulmalıdır.

Sonuç olarak, öğrencileri eğitmenin en verimli yolunu seçerek onları yeni zamana uygun bilgili bir uzman olarak hazırlama her bölümü her fakültenin, hatta yüksek öğretim kurumunun görevi olduğunu unutmamalıyız.

Kaynakçalar

1. Liyontiyev, V.K., Sokolov, E.İ., Volodin, N.N., Bezrukov, V.M., Maksimovskiy, Y.M. Diş hekimliği için kadroları hazırlama ve geliştirme hakkında. Kazakistan Diş Hekimleri Kongresinin bildiri kitabı. Almatı, 28-31 Mayıs 2003. 26-31 ss. (В.К.Леонтьев., Е.И. Соколов., Н.Н.Володин., В.М. Безруков., Ю.М. Максимовский. // О подготовке и усовершенствовании кадров для стоматологии. Материалы Конгресса (III-съезда) стоматологов Казахстана. Алматы. 28-31 мая 2003г. С.26-31.)

2. Müfredat Programı. KC SB Eğitim, Bilim ve Kadro Personelleri Başkanlığının Müdürü Onaylamış. 5 Nolu Protokol, 20.03.2009. (Типтік оқу бағдарламасы. ҚР ДСМ білім, ғылым және кадрлық ресурстар Департаментінің директорымен бекітілген. Хаттама №5 20.03.2009 ж.)

3. Tıbbi eğitim dalında pedagojik stratejik. H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi'nin Senatosunda onaylanmış bir belge. Türkistan, 2013. (Медициналық білім беру саласындағы педагогикалық стратегия. Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік Университетінің Сенатының мәжілісінде бекітілген. Түркістан, 2013 жыл).

RASTGELDİ BİR DURUM: KÖYLERDE YANAK-YÜZ ÇEVRESİNDE RASTLANAN MEDYASTENİT HASTALIĞININ GEÇME DÖNEMİ VE TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Temurov F.T.

H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi,
“Klinik Talgat” Hastanesi, Kazakistan, Türkistan

Batrov T.O.

Astana Tıp Üniversitesi, Kazakistan, Astana

Şoybekov H.N.

“Klinik Talgat” Hastanesi, Kazakistan, Türkistan

Davıydov R.G.

H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi, Kazakistan, Shimkent

Nışanov A.R.

“Klinik Talgat” Hastanesi, Kazakistan, Türkistan

Ubaidullayev A.S.

H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi, Kazakistan, Türkistan

Yanak-yüz çevrei cerrahının diş çürümesi ve onun iltihaplanmasını önleme faaliyetlerindeki tecrübelerine rağmen, irinli iltihaplanma hastalıklarının sayısı çabuk çoğalmakta, onlar ağır hastalıklar grubuna giren medyastenite ulaşabilir. Medyastenitin özelliği ve tedavi alanındaki gelişmelerle birlikte bu hastalıktan dolayı ölüm sayısı çoğalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: odontojenli, medyastenit, irinli iltihaplı, sayısı çoğalmakta.

Yanak-yüz çevresinde rastlanan irinli iltihaplanma dönemlerinde zamanında yardım edilmemesinden dolayı çoğu iltihaplanmalar, onlardan hastanın hayatına tehlikeli olan medyastenit hastalığı meydana gelebilir. Yüz-yanak çevresinin acil iltihaplanmasının en ağır iltihaplarına medyastenit girer. O iltihaplanmanın göğüs bölgesine girmesinden meydana gelir. Medyastenitin cerrahi tedavisi çağdaş tıbbi ilaçların gelişmesine rağmen, en önemli sorunlardan bir olmaktadır. Resmi bilgilere göre, medyastenit yanak-yüz çevresinde rastlanan irinli iltihaplanma döneminin %0,3’ ve %1,8 arasında rastlanır, onun %85-95’i ölümlü bitebilir.

D.İ.Şerbatyuk’in bilgilerine göre, yan taraflı odontojenli medyastenit 15 yaştan 70 yaşları arasında, özellikle, erkeklerde çok rastlanır.

M.A.Gubin’e göre, (2000) yüzdelik hesapla medyastenitler: öndeki-17,8; sondaki-31,5; hepsi ise, 50,7’dir.

Çoğu durumlarda odontojenli medyastenit kesinliği hasta öldükten sonra verilir. Medyastenit çoğunlukla irinli iltihaplanma dönemleri alt yanak kemiği, çene altı ve boynun ön bölgelerinde yerleştiğinde meydana gelir.

İltihaplanma dönemlerinin göğüs çevrelerine dağılmanın 2 yolu belirlenmiştir.

İlk yolu, İrinli hastalık boynun kaslarının ve etin sinirli kabuğuna damak bölgesinden boyun damar-sinir girişinde veya dil altı ağız boşluğunun dibi, dil dibi doğal yolla geçerek göğüs boşluğunun ön açıklığına ulaşır. Ön göğüs aralığı boynun sinir-kan damarlarıyla gırtlak boşluğunun arka bölümüyle ilişki kurarak sol tarafta infeksiyon yok edilip odontojenli öndeki medyastenit gelişir.

İkinci yolu, gırtlak, nefes borusu, yemek borusunun yanında yerleşen yağlı kabuğa yayılır. Sonra göğüs bölgesine damarlarla sinir sisteminin yoluyla yayılır. Arka göğüs aralığında irin paratonziller absesi döneminde omurganın ön hücrelerini geçerek boşluğa dağılır.

Hastanın durumu çok zor, ateşi 39-40 C iken, kalıcı hemodinamiğin tempolu bir şekilde ve nefes almanın bozulması görülür. Hastayı göğüs boşluğunda sancılar rahatsız eder. Genel olarak güçsüzlük, midesi bulanır, öksürür, zor nefes almaya başlar. İlk etapta azıcık öksürük ve zor nefes alma olayı başlar. Sonra sancı hissi başı aşağı eğdiğinde ve boynu iki tarafa döndürdüğünde göğüs boşluğu bölgesinde gelişir, yudunma zorlanır. Klinik görünümü ve akımına göre hastanın yerli ve genel belirtileri ispat edilir.

Medyastenit, nefes aldığı anda zorlaşır. Soluk sistemi bozulur. Nefes çekme azalır. Çıkarma ise 2-3 defa uzanır. Nefes alma zorlaştıkça başının eğerek oturur.

Göğüs boşluğunda sancı hissedilir, yudunma zorlaşır ve sonra hiç yudunamaz bile. Bazen öksürdüğünde balgam çıkar. O gittikçe çoğalır (günde 1,5 l.).

Medyastenit, hep öksürme demektir. Tabii göğüs boşluğunda sancı hissi çoğalır. Hastaların göğüsleri ve kaburgaları ağırmaya başlar. Yüz, boyun, göğsünün derisi şişerek mermer renkli olur. Bazen boyun ve göğsün derialtı yağlı katında gaz meydana gelir.

Odontojenli medyastenit döneminde röntgenin, elektrokardyoagramın ve damakla kontrol etmenin bilgileri ter.

Röntgende 3 resimde çekmek gerekir. (önden arkaya, yanından, yanısıra). Odontojenli medyastenitin hastalık, anatomik çeşitlerini irinli, çürümüş gen olarak ayırabiliriz.

Akımı genelde acil, bazen hızlıdır. Akımında birkaç dönem vardır: dengeleyicili, subdengeleyici, dedengeleyici, bazen çok hızlı geçebilir.

Dengeleyici dönemde genelde durum kötüleşirse, yerli belirtiler varsa da hayat için gerekli olan organlarda oldukça değişiklikler olmaz.

Subdengeleyici dönemde orta sinir sisteminin kalp-kan damarlarının ve bölünen organların görevi bozulur.

Dedengeleyici dönemde hayat için önemli organların görevi bozulur. Vücut zehirlenir. Yerli değişikliklerden genel olarak belirtileri çoğalıp hasta “koma” durumuna düşer. Bu durumda hastayı komadan çıkarma imkansız olabilir.

İrinli medyastenitin tedavisi, külliyeli, cerrahi tedavi acil düzenlenmelidir. Ameliyata hazırlık, ameliyet yolu ve irinli ocakları temizleme, göğüs bölgesini keserek irinleri alma ve yerli bir şekilde engelleri yerleştirme, ameliyattan sonraki aktif tedavi faaliyetleri.

Onun için medyastenit hastalığını tedavi etme sadece yanak-yüz cerrahı doktorunun görevi sayılmaz. Bu durumda göğüs bölgesinin cerrahı, yoğun bakım doktoru, anesteziyolog doktor, vs. Uzmanlarının yardımına ihtiyacı vardır.

Tedaviyi doğru düzenleme ve virüs yayılma yollarını net bir şekilde tahmin etmek için yüz-yanak bölgesinin, boynun, göğüs aralığının anatomik, topografik özelliklerini, birbiriyle ilişki yollarını öğrenmelidir.

Örnek: Hasta tarihi № 4705/343. Doğum tarihi 30.08.1998. Hastaneye yatan tarihi 25.08.2014 y. saat 18:10.

Hastanın şikayetleri: boyun bölgesinin şişmesi, yüzünün değişmesi, boğazının ağırması, nefes alma zorluğu, yudunma zorunluğu, ağız boşluğunun sınırlı açılması, ateşin olması, genel olarak güçsüzlük.

Hastanın anamnezini inceleyerek hastalandığına 7-8 gün olan, kendiliğinden tedavi gören ve boğazını, boynunun dış tarafından tabiplere bastırmıştır.

Hastanın genel durumunun kötüleşmesinden BDB bölümüne yatırılmıştır.acil bir şekilde Güney Kazakistan Eyaleti'nin merkezi hastanesinin göğüs bölgesi cerrahi bölümünün başkanı B.Astanayev'in katılımıyla konseyleri düzenleyip hastaya acil ameliyat yapılması gerektiği kararını çıkardı.

İrinli medyastenitte cerrahi tedavi olarak Razumovskiy'nin sunduğu merkez ve yan medyastenotomik ameliyat yöntemi uygulandı.



Göğüs arası boşluğa ulaşmak için kesintiyi çukurla veya sık kullanılan göğüs kaslarının ön sınırından nefes borusunu alarak yapılan yöntemi uygulanabilir. Bu yöntemi uygularken göğüs kasları fassyonunun ön iç kaburgasını keserek kan damar-sinir dalları dışarı çıkarılır ve bez ve ona benzer kaslar içeri yitilir.

Boyun medyastinotomi yüz-yanak bölgesinin ilk irinli ocaklarıyla birlikte geniş bir şekilde açılması gerekir. Medyastinotomi yapıldıktan sonra 7-10 gün hastanın ayak tarafını biraz kaldırarak yatırmalıdır.

Göğüs boşluğunu daima antibiyotik sıvılarıyla yıkayıp elektrik pompayla, sıringayla veya vakum pompayla temizlenmelidir. Hasta gelişmeli tedavi görmeli.

Bu değindiğimiz tedavi faaliyetlerini durdurmadan, mola vermeden eksikliklerin yer almasına yol verilmemelidir.

Sonuç olarak, temas odontojenli medyastenit ile hastalanan kişiyi kontrol ederek teşhis koyup tedavi faaliyetlerini uygulama sırasında bu eksikleri yapmamalıyız.

Hastayı acil bir şekilde hastaneye yatırıp hastanın klinik belirtilerini ve ona uğratan durumları, tedavi faaliyetlerini uygularken, irinliği yeterli bir derecede keserek açma ve engellerin yeterli olması, irinlerin temizlenmesine imkan sağlayıp tempolu bir şekilde iltihaplanmaya karşı tedavi, aynı zamanda irinli iltihaplanma dönemlerini klinik görünümüne göre değerlendirmemiz çok önemli sayılır.

Kaynakçalar

1. Timofeyev, A.A. Yanak-Yüz Cerrahisi. Ders Kitabı. Moskova, 2007. 6986 s. (A.A.Тимофеев. Основы челюстно-лицевой хирургии. Учебное пособие. М: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.)
2. Robustova, T.G. Cerrahi Diş Hekimliği. Ders Kitabı. Moskova, 2003. 504 s. (Т.Г.Робустова. Хирургическая стоматология: Учебник. М., Медицина, 2003. – 504 с.)
3. Kilimcanova, B.T. Yanak-Yüz çevresinde İrinli İltihaplı Hastalıklarında Selektif Detoksikasyon. Doktora Tezi. Almatı, 2001. (Килимжанова Б.Т.Селективная детоксикация ЦНС при острых гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛЮ. Дисс.к.м.н. – Алматы, 2001).
4. Supiyev, T.K. Yanak-Yüz Çevresinde İrinli İltihaplanma Hastalıkları. Almatı, 1994. (Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. – Алматы, 1994).
5. Zolotarev, T.B., Toporov, G.N. Başın Cerrahi Anatomisi. Moskova, 1968. 227.ss (Золотарев Т.В., Топоров Г.Н. Хирургическая анатомия головы. М., 1968. -227 с.)
6. Mihaylov, S.S. İnsan Anatomisi. Moskova, 1999. 736. S. (Михайлов С.С. Анатомия человека. М., 1999. -736 с.)
7. Şargorodskiy, A.G. Boyun, Yanak-Yüz Çevresinde bez Hastalıkları. Moskova, 2001. 271 s. (Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. М., 2001. – 271 с.)

TIBBİ EĞİTİM SİSTEMİNİN BUGÜNKÜ DURUMU VE GELECEĞİ

Temurov F.T.

H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi,
“Klinik Talgat” Hastanesi, Kazakistan, Türkistan

Şorayev B.İ.

H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi,
“Klinik Talgat” Hastanesi, Kazakistan, Türkistan

Tasybayev D.M.

H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi,
“Klinik Talgat” Hastanesi, Kazakistan, Türkistan

Ubaidullayev A.S.

H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi, Kazakistan, Türkistan

Bu bildiride klinikte tedavi alanına göre okutmanın özellikleri ve öğrencilere yapılan kolaylıklar “Klinik Talgat” hastanesi örneğinde verilmiştir. Bunun gibi iyi işlerden şehrimizin diğer devlet ve devlet olmayan tıp kuruluşlarının başkanları örnek alsalar, bilimsel yönden

tecrübeli uzmanlar daima halk için de yaralanabilirler. Kuruluşlarda çalışan her uzmanın otoritesi olarak düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: klinik alan, iyi çalışmalar, örnek alsa, devlet ve devlet dışı tıp kuruluşları.

Kazakistan Cumhuriyeti'nde yüksek öğretim kuruluşlarında diş hekimi branşını okutma alanında çoğu sıkıntılarla birlikte özel olarak çözülmeyen önemli sorunlar da mevcuttur. Bu makalede sadece H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde okutup diş hekimi uzmanı olarak hazırlanan öğrencilerden bahsedilir. İlk olarak, klinik donatımlar .ok kötüdür. Diş Hekimliği Bölümü'nde "Emal, Sara diş kliniği" gibi bölümler yeni değildirler. Çünkü hastalara iyiy bir servis yapamaz. Şimdi pazarlama zamanıdır. Onun için hasta öğrenciyeden değil, tecrübeli doktordan tedavi görmek ister. Bu durumların olmaması için "Klinik Talgat" hastanesinde (Yönetmen doktor H.N.Şoybekov öğrencilere kolaylıklar sağlamak için 1 dersane, 1 tedavi odası, 2 ameliyat yapma odasını ve özel okuma odalarını, cerrah bölümünden 5-10 yatak ayırdı) öğrencilerin okuma-tecrübelik yeteneklerine göre programlara uygun şekilde diş hekimliği odalarında hastanın yanında okutmaya alışmışız. Bu odalarda öğrenci bilgiyle birlikte tecrübe alır. Öğrencinin her davranışından öğretmen sorumludur.

Bu süreç bizde de, yabancı ülkelerde de uygulanmakta. Öğrenci hastayı muayene ederken, hastayla ilişki kurarak ondan şikayetlerini öğrenip teşhisini koyup tedavi faaliyetlerine başlar. Programda gösterilen yetenekleri geliştirme ile tecrübeli ve bilgili diş doktoru olarak hazırlamak yanlıştır. Onun için onlar becerilerini kendiliğinden fantomda eksersiz yaparak sonra klinik dersleri öğrendikten sonra alışmaları gerekir. Pratik derslerde örnek olarak 25-30 dolgu, 10-15 diş dibi dolgusu, 10-15 diş ameliyatı, 10-15 ambalaj, 5 köprü gibi ve 4-5 çıkarılabilir protezleri yapıp değerlendirilmelidir. Diş doktoru işe başlayınca her şeye hazır, araç-gereçlerinin tam olduğuna emin olmalıdır.

Dersi okutmanın temel amaçları ve görevlerini uygulamak için dersi okutmadaki beceriye dayanarak öğrencinin bilgisi ile uyumluluk becerilerini benimsemesine göre değerlendirilir. Benimsenen alışkanlığa uygun olarak her dersi benimsemesiyle ilgili okutmanın son neticeleri üç kalıplaştırır.

Biz bu üç domaini kullanarak öğrencinin aldığı bilgiye, uyumluluk yetenekleri benimsediğine, hasta ile ilişki kurmasına göre değerlendiririz. Çünkü öğrencilerin okudukları dersi klinik dersler olduğundan dolayı, çoğu zaman o derste aldığı bilgilerle uyumluluk yeteneklerinden yararlanarak ve hastas, ile hastanedeki meslektaşlarıyla ilişki kurabilmelerine de bağlıdır.

Bilişsel domainine göre öğrenci ödevi bilgisine göre ezberleyip kendisi anlayıp ve başkalarına anlatabilmesi, hastanın durumunu değerlendirebilmesi çok önemlidir. Aynı zamanda uyumluluk yetenekler domaininde onu hastalara kullanarak net ve güzel bir şekilde yapar. İlişki domaininde ise hastalarla sıkı ilişki kurarak yeni yöntemleri kullanarak teşhis koyar, tedavi yöntemlerinin özelliklerini anlatır.

Uzmanları mesleki yönden eğitme sırasında, bize göre, bu dersler okutulmalı:

1. Ağız boşluğunun biyolojisini öğrenme (genel anormal hastalıklar);
2. Stomatoloji dersinin bütün dallarından fantomlu alışma;
3. Stomatoloji dalına göre genel tecrübeli uzman hazırlamaya ağırlık verme;
4. Uzmanları özel olarak hazırlama (alan uzmanı);
5. Hastalıkları önleme faaliyetlerini öğrenme (alanlara göre);
6. Müesseselere düzenleyici, finansist, yönetmen, başkanlar, özel iş adamlarının temellerini bilen uzmanları hazırlamayı unutmamalıyız.

Sonuç, bu fikirleri söylememizin nedeni, ilk olarak yüksek öğretim kuruluşlarında hazırlanan uzmanların bilgi seviyesini geliştirme, çalıştığında hastalarla uyululuk kurabilen, iyi ilişki kurabilen, klinik bakımdan düşüncesi gelişmiş bir şahız olarak yetiştirme.

Kaynakçalar

1. Liyontiyev, V.K., Sokolov, E.İ., Volodin, N.N., Bezrukov, V.M., Maksimovskiy, Y.M. Diş hekimliği için kadroları hazırlama ve geliştirme hakkında. Kazakistan Diş Hekimleri Kongresinin bildiri kitabı. Almatı, 28-31 Mayıs 2003. 26-31 ss. (B.K.Леонтьев., Е.И. Соколов., Н.Н.Володин., В.М. Безруков., Ю.М. Максимовский. // О подготовке и усовершенствовании кадров для стоматологии. Материалы Конгресса (III-съезда) стоматологов Казахстана. Алматы. 28-31 мая 2003г. С.26-31.)

2. Müfredat Programı. КС SB Eğitim, Bilim ve Kadro Personelleri Başkanlığının Müdürü Onaylamış. 5 Nolu Protokol, 20.03.2009. (Типтік оқу бағдарламасы. ҚР ДСМ білім, ғылым және кадрлық ресурстар Департаментінің директорымен бекітілген. Хаттама №5 20.03.2009 ж.).

3. Tıbbi eğitim dalında pedagojik stratejik. H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi'nin Senatosunda onaylanmış bir belge. Türkistan, 2013. (Медициналық білім беру саласындағы педагогикалық стратегия. Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік Университетінің Сенатының мәжілісінде бекітілген. Түркістан, 2013 жыл).

YANAK VE YÜZ ÇERÇEVESİNDE RASTLANAN İRİNLİ İLTİHAP HASTALIKLARININ SIKLIĞI VE BİLEŞİMİ

Temurov F.T.

A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi,
“Klinik Talgat” hastanesi, Kazakistan, Türkistan

Bilidiride diş hekimliğinin tıbbi yardımın durumu hakkında bilgi verilir. Her ilçenin merkezi hastanelerinde yanak ve yüz çerçevesiyle ilgili cerrahın olması gerektir. Ayrıca diş hastalıklarını önleme faaliyetlerini çocuğun 3 yaşından itibaren başlanmalıdır. Ağızın hijyen durumuna dikkat edip doğuştan ve sonra meydana gelen hastalıkları, diş çürümesi ve onun iltihaplaşmasını önlemek.

Anahtar Kelimeler: diş hekimliğinin tıbbi yardım, merkezi hastaneler, yanak ve yüz cerrahı, ağızın hijyen durumu, doğuştan ve sonra meydana gelen hastalıklar.

Yanak ve yüz taraflarında iltihaplanma hastalıklarından en çok rastlananlar, abse ve flegmonlardır. Onları tedavi etmede çağdaş farmakoloji bakımından güçlü ilaçları kullanıp her yıl sayısının azalması yerine tam tersi yeniden gelişme temposunun hızlılığı yıl geçtikçe sıklaşır. Bu yanak ve yüz çevresi cerrahı dalının

uzmanlarının tamamen daha çözülmeyen en önemli toplu faaliyetlerden biri olmuştur. Onun için bilimsel bilgilere göre, yanak ve yüz çevresinde iltihaplanma hastalıklarının sıklığı %69,5'ten % 93'e kadar, hastanede tedavi görenlerin sayısı ise, %58,9'u oluşturmaktadır [1,2,3,4,5].

Ekolojik durumu kötü bölgeler sırsında bulunan Türkistan şehri ve onun çerçevesinde bulunan kasaba-köylerin nüfüsü arasında diş çürüme ve onun iltihaplanma sayısı %67,1'den %93,2'ye yükselmiştir. Ayrıca yanak ve yüz çevresinde doğuştan olan hastalıklar sayısı bakımından da önde gelmektedir.

Türkistan şehri ve onun çerçevesinde bulunan kasaba-köylerin nüfus sayısı 300 ve 350 000 ise, diş hastalıklarını tedavi eden ve yanak ve yüz çevresiyle ilgili uzmanı bakımından kuruluşun olmadığı, bu hastalıkların çoğalmasına neden olmaktadır. Çocuklar diş hekimliği alanı bundan daha zordur. Bilgili uzmanlar yoktur. Diş hastalıklarıyla hastalanan kişiler Çimkent ve Taşkent şehirlerine gidip diş hekiminin yardımını görür.

Bildirinin amacı çağdaş tedavi etme yöntemlerini yanak ve yüz çevresi cerrahı ve stomatoloji alanında uygulamayı geliştirmek.

Amaca göre, bu görevleri çözmek için planlanmıştır:

1. Hastalara yanak ve yüz cerrahı ve diş hekimliği dalına göre uzmanlık tıbbi tedavi kuruluşunu açmak.

2. Yanak ve yüz cerrahı ve diş hekimliği alanında çağdaş tedavi yöntemlerini uygulama.

3. Yanak ve yüz çevresi ve diş hekimliği hastalıklarını önleme faaliyetlerini geliştirme.

Amaç belirlenip çağdaş tedavi teme yöntemlerini yanak ve yüz çevresi cerrahı ve diş hekimliği alanında uygulama faaliyetlerden başladık. Sonra da onu geliştirmeye çalışacağız.

Stomatolojik hastalıklarının ve yanak-yüz çevresinde doğuştan olan hastalıkları önlemek için "Klinik Talgat" hastanesinde stomatolojik ve yanak-yüz çevresi cerrahı 27.12.2013 tarihinde Güney Kazakistan Eyaleti Sağlık Yönetmenliği'nin kararıyla uzmanlaştırılan bölümü açtık.

Ayrıca 01.09.2013 tarihinde H.A.Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Diş Hekimliği Bölümü açıldı. Buradaki amaç, bilgili ve tecrübeli uzman hazırlamaktır. Klinik donatımları hazır, fakat bu donatımdan iyice yararlanmalıyız.

Hastaneye gelen çocukların %95'i ameliyat yapılarak dişleri çekildi. Maalesef çekilen bu dişlerin %90'ı kalıcı büyük ilk azı dişler, onlar gelecekte çocuğun yüz biçiminin değişmesine neden olabilir. Hastaları inceleyerek bu kararları aldık: çekilen dişler yeniden çıkmaz, 10-15 yaşındayken en az 1 veya 3 dişinden ayrılır. Çocuğun sonraki durumu hiçkimseyi ilgilendirmez, hatta anne-babasını da, doktorları da.

Yanak-yüz çevresinde doğuştan olan hastalıkları var çocukları iyileştirme amacıyla Güney Kazakistan Eyaleti Sağlık Yönetmenliği'nin 176 No'lu Buyruğunu temele alarak bu bölümü açıp hastalara uzmanlaştırılan yardım etmekteyiz. 3 ayda 9 çocuğa obturator yapıldı.

1 yıllık işimizin sonucu olarak bu tabloyu sunuyoruz. Bu sayı çoğalmasa, azalmaz.

Tablo 1

Yanak-yüz çevresi cerrahî bölümünün 2014 yılındaki göstergesi

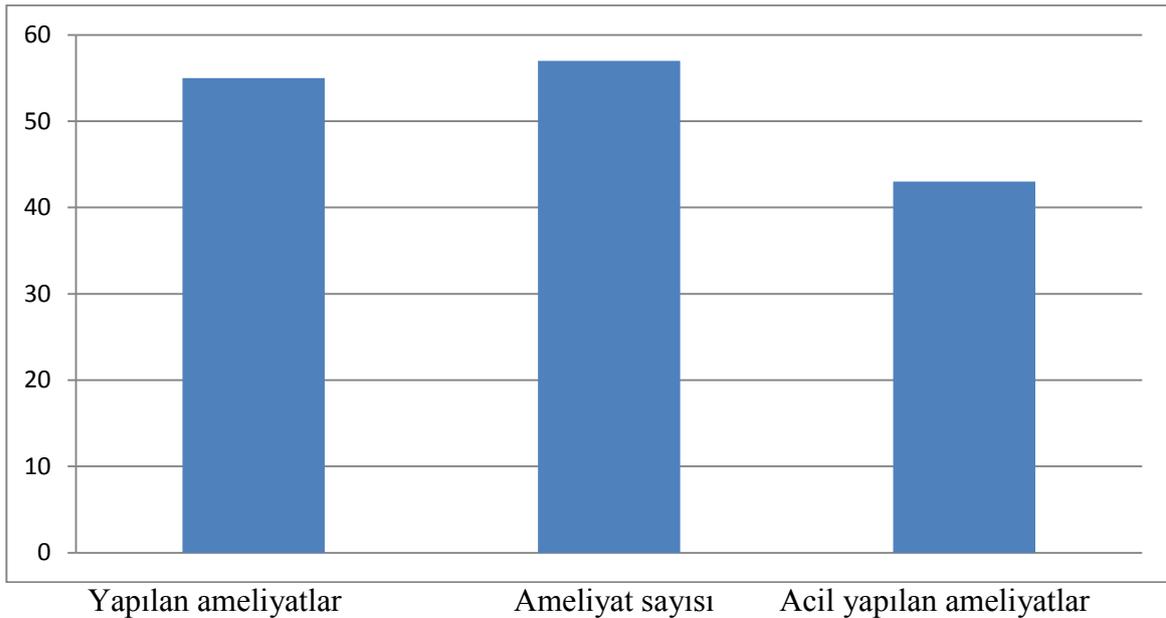
Yatan	57
Taburcu olanlar	57
Köylüler	47
Hastanın iyileşmesi	23,2%
Hastalığın geçmesi	76,8%
Acil hastaneye getirilen	53
Yapılan ameliyet	55
Ameliyat sayısı	57
Cerrahi başarıklık	97,7%

Şimdi garanti edilen tıbbi yardım etmek için Güney Kazakistan Eyaleti Sağlık Yönetmeliği ve tıbbi yardım olarak ödenecek para için Maliye Komitesi'nden rüce ederek anlaşma hazırlamaktayız. Para problemi çözülürse, halka edilen tıbbi yardım gelişir ve çağdaş tedavi yöntemleri ile yeni donatımlar uygulanacaktır.

Tablo 2

Ameliyat Sayısı

No	Nozolojik göstergeler	2014
1.	Abse ve flegmonları keserek açmak	39
2.	Yanak kemiğinin odontojenli osteomyeliti	3
3.	Diş çekme (alveolit)	67
4.	Şişleri keserek alma	5
5.	Plastik yapma	7
6.	Ve başkaları	35
	Toplam:	156



Cerrahi servis

Sonuç olarak, çevresi kötü sayılan kutsal Türkistan nüfusüne tıbbi yardım etmenin yeni tedavi yöntemlerini yanak-yüz cerrahı ve diş hekimliği alanında uygulamak çok önemlidir. Diş hekimliği yardım etmenin yeni yöntemlerini uygulayarak çocukların kalıcı dişlerini saklamak ve diş hastalıklarını önleme faaliyetlerini çocuğun 3 yaşından başlama, ağzın hijyen durumuna dikkat etmek, diş çürümesi ve onun iltihaplanmanın doğuştan ve sonra meydana gelen hastalıklarını önleme ve onları iyileştirme faaliyetlerini düzenlemektir.

Kaynaklar

1. Orazalin, C.B., Mirzabekov, O.M., Sabdenaliyev, A.M. Bugünlerde Kazakistan'da Yanak-yüz Cerrahisi. KC Çocuk Diş Hekimliği'ni Uygulamanın Yeni Biçimleri ve Yanak-Yüz Cerrahisinin Önemli Sorunları. Kongre Bildiri Kitabı. Almatı, 28-31 Mayıs 2003, 1-13 ss. (Ж.Б.Оразалин., О.М.Мырзабеков., А.М.Сабденалиев // Челюстно-лицевая хирургия в Казахстане сегодня. Актуальные вопросы хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и новые организационные формы детской стоматологической службы в РК. Материалы Конгресса (III-съезда) стоматологов Казахстана. Алматы. 28-31 мая 2003 г. с1-13.)
2. Supiyev, T.K. Yanak-Yüz Çevresinde İrinli İltihaplı Hastalıkları. Almatı, 1994. (Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.- Алматы 1994 г.)
3. Timofeyev, A.A. Yanak-Yüz Cerrahisi. Ders Kitabı. Moskova, 2007. 6986 s. (А.А.Тимофеев. Основы челюстно-лицевой хирургии. Учебное пособие. М: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. -696 с.)
2. Robustova, T.G. Cerrahi Diş Hekimliği. Ders Kitabı. Moskova, 2003. 504 s. (Т.Г.Робустова. Хирургическая стоматология: Учебник. М., Медицина, 2003. – 504 с)
4. Kilimcanov, B.T. Yanak-Yüz çevresinde İrinli İltihaplı Hastalıklarında Selektif Detoksikasyon. Doktora Tezi. Almatı, 2001. (Килимжанова Б.Т.Селективная детоксикация ЦНС при острых гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛЮ. Дисс.к.м.н.- Алматы, 2001г.)
5. Zolotarev, T.B., Toporov, G.N. Başın Cerrahi Anatomisi. Moskova, 1968. 227.ss (Золотарев Т.В., Топоров Г.Н. Хирургическая анатомия головы. М., 1968. -227 с.)
6. Mihaylov, S.S. İnsan Anatomisi. Moskova, 1999. 736. S. (Михайлов С.С. Анатомия человека. М., 1999. -736 с.)
7. Şargorodskiy, A.G. Boyun, Yanak-Yüz Çevresinde bez Hastalıkları. Moskova, 2001. 271 s. (Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. М., 2001. – 271 с.)

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАСТИНОЧНЫХ АКРИЛОВЫХ ПРОТЕЗОВ И ПРОТЕЗОВ НА ОСНОВЕ КАРКАСА ИЗ ПОЛИОКСИМЕТИЛЕНА

Арутюнян М.Р.

аспирант кафедры стоматологии ортопедической,
ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России»,
Россия, г. Саратов

Коннов В.В.

зав. кафедры стоматологии ортопедической, д-р мед. наук, доцент,
ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России»,
Россия, г. Саратов

В статье представлена сравнительная клиническая характеристика частичных съемных пластиночных протезов на основе полиоксиметилена, с пластиночными акрило-

выми протезами, а также дана сравнительная оценка применения протезов на основе полиоксиметилена в зависимости от формы коронок опорных зубов. Для оценки качества протезирования мы использовали: опрос, осмотр, анкетирование больных; определение десневого индекса GI (Loe H., Silness J., 1963). Согласно полученным результатам, применение частичных съемных протезов на основе полиоксиметилена с базисом из акриловой пластмассы в сочетании с предложенной нами металлокерамической коронок, обеспечивает улучшение эксплуатационных качеств протеза, сокращение сроков адаптации, замедление процессов атрофии тканей протезного ложа под базисом протеза, и как следствие, повышение эффективности ортопедического лечения.

Ключевые слова: термопластичные материалы, частичный съемный пластиночный протез, полиоксиметилен.

Вопрос реабилитации пациентов с частичной потерей зубов, по-прежнему сохраняет свою актуальность и значимость, несмотря на постоянное развитие и совершенствование технологий, в области диагностики и ортопедического лечения [1, 264; 2, 322].

По данным литературы, применение термопластических полимерных материалов позволяет значительно расширить возможности съемного протезирования, благодаря большому разнообразию возможных конструктивных решений и, тем самым, обеспечить индивидуальный подход в выборе конструкций съемного протеза, что способствует повышению качества и эффективности съемного протезирования, и является достаточной предпосылкой для дальнейшего клинического исследования и совершенствования метода ортопедического лечения дефектов зубных рядов с применением термопластических полимерных материалов [3, 26; 4, 55; 5, 32].

Цель работы: провести сравнительный анализ применения акриловых пластиночных протезов и протезов на основе каркаса из полиоксиметилена и базисом из акриловой пластмассы, на основании клинического наблюдения.

Материалы и методы. На базе Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева Саратовского ГМУ, нами было обследовано и протезировано 30 пациентов (10 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 40 до 80 лет, которым были изготовлены по показаниям, несъемные конструкции в виде одиночных металлокерамических коронок на опорные зубы с различной формой коронок и частичные съемные пластиночные протезы, с применением различных конструктивных материалов.

Пациенты были разделены на 2 группы. В 1 гр. (12 пациентов), были изготовлены традиционные пластиночные протезы на основе акриловой пластмассы («Фторакс») с металлическими удерживающими кламперами, при этом форма коронок опорных зубов соответствовала анатомической. Во 2 гр. (18 пациентов), были изготовлены протезы на основе полиоксиметилена («Acetal»), с соответствующими кламперами, и базисом из акриловой пластмассы. При этом вторая группа была разделена на две подгруппы: в 1 пг. (9 пациентов), форма коронок опорных зубов соответствовала анатомической; во 2 пг. (9 пациентов), на опорные зубы, мы изготавливали предложенную нами металлокерамическую коронку с увеличенным поднутрением в

пришеечной области, форма которого соответствовала параметрам плеча полиоксиметиленового кламмера.

Для клинической оценки качества протезирования мы использовали: опрос, осмотр, анкетирование больных; определение десневого индекса GI (Loe H., Silness J., 1963).

Мы предложили и использовали опорную металлокерамическую коронку под кламмер из полиоксиметилена (патент РФ на полезную модель №669782), которая в области пришеечной трети зуба с вестибулярной и оральной сторон имеет поднутрение, соответствующее параметрам плеча кламмера из полиоксиметилена, что позволяет увеличить толщину плеча кламмера, придав ему большую прочность, не нарушая при этом эстетики и комфорта эксплуатации протеза.

Результаты исследования. Непосредственно в день наложения конструкций съемных протезов все пациенты 2-й группы, с протезами на основе каркаса из полиоксиметилена, дали высокую оценочную характеристику, и отмечали легкость конструкций, комфортные ощущения в полости рта, удобство пользования при наложении и снятии протеза, а также высокий уровень эстетики протезов. Из 1-й группы, с традиционными акриловыми протезами, лишь 2 человека были довольны качеством изготовленных протезов. Большинство пациентов отмечали дискомфорт, обусловленный ощущением инородного тела в полости рта, боязнь и неуверенность при самостоятельном наложении конструкции в полость рта, а также выражали неудовлетворенность относительно эстетики протеза. Через месяц после наложения конструкций все пациенты благополучно пользовались протезами и на основании опроса и анкетирования дали субъективную оценку качеству проведенного ортопедического лечения. Наибольшее число отличных отзывов было отмечено во 2гр.-2пг. – 88,9% (с предложенной нами коронкой), далее во 2гр.-1пг. – 74% (с традиционной коронкой) и наименьшее в 1гр. – 22,2%. При этом во 2гр. не было ни одной отрицательной оценки, а в 1 гр. – в 16,7% случаев. Также, пациенты давали субъективную оценку процессу адаптации к съемным протезам. У пациентов 2гр. средние сроки адаптации составили 11,7 дней, а у пациентов 1 гр. – в среднем 25,4 дня. В процессе наблюдения через 6 месяцев пользования протезами, при клиническом осмотре пациентов 1 гр., пользующихся акриловыми протезами, у 4-х человек были выявлены воспалительные изменения десны в области опорных зубов ($1,9 \pm 0,04$ – гингивит средней степени тяжести, на основании десневого индекса GI) и в 41,7% случаев отмечалось не точное прилегание базиса протеза к тканям протезного ложа. А пациенты 2 гр. обеих подгрупп, с конструкциями на основе полиоксиметиленового материала, благополучно пользовались протезами. В процессе наблюдения через 1год и 2 года пользования протезами, по данным анкетирования оценка «отлично» снизилась во всех группах, при этом увеличилось количество оценок «хорошо», а в 1 гр. и количество отрицательных оценок, заметим, что во 2гр. – 1пг. (с традиционной коронкой), появилась оценка «удовлетворительно». При осмотре пациентов 1 гр., через 1 год после протезирования у 5-и человек наблюдались воспалительные из-

менения десны в области опорных зубов ($1,1 \pm 0,05$ – гингивит средней степени тяжести, на основании десневого индекса GI), а через 2 года у 6-и человек отмечались воспалительные изменения десны в области опорных зубов ($1,9 \pm 0,04$ – гингивит средней степени тяжести, на основании десневого индекса GI), и у 2-х человек помимо воспалительных изменений ($2,2 \pm 0,03$ – тяжелая степень гингивита, на основании десневого индекса GI) отмечалась подвижность опорных зубов. Также, через год пользования протезами в 16,7% случаев отмечалось не точное прилегание базиса протеза к тканям протезного ложа, а через 2 года в 33,3% случаев. Помимо этого, через год после протезирования у 2-х пациентов обнаружилось поломки протеза в виде трещин, а через 2 года – у 4-х пациентов обнаружилось поломки базиса протеза и у 2-х пациентов отлом кламмера. Во 2 гр. -1 пг. (с традиционной коронкой), через 1 год после протезирования в 11,1% случаев отмечалось несоответствие прилегания базиса протеза тканям протезного ложа, а через 2 года – в 22,2% случаев. Также, через 2 года пользования протезами у 2-х человек были отмечены воспалительные изменения десны в области опорных зубов ($0,7 \pm 0,04$ – легкая степень гингивита, на основании десневого индекса GI). Во 2 гр. – 2 пг. (с предложенной нами коронкой), через 1 год пользования протезами в 11,1% случаев отмечалось несоответствие прилегания базиса протеза тканям протезного ложа, а через 2 года пользования протезами потребность в коррекции базисов протеза не возросла, а осталась прежней 11,1%. Отметим, что за 2 года эксплуатации протезов на основе полиоксиметилена, поломок протезов и их элементов не наблюдалось, что свидетельствует о высоких механических свойствах данного материала. Но при этом в подгруппе 1, где полиоксиметиленовый протез использовался в сочетании с традиционными металлокерамическими коронками, в 22,2% случаев отмечалось некоторое ослабление упругостных качеств элементов фиксации, что возможно было следствием уменьшения толщины плеча полиоксиметиленового кламмера по желанию пациентов, для достижения более комфортных ощущений в полости рта и улучшения эстетики.

Выводы. Анализ субъективных и объективных клинических данных исследования показал, что конструкции на основе полиоксиметилена обеспечивают более короткие сроки адаптации, более комфортные условия эксплуатации и более высокий уровень эстетики. Помимо этого, обеспечивают более щадящее воздействие на ткани протезного ложа, т.е. способствуют снижению скорости и интенсивности развития атрофических процессов, особенно в сочетании с предложенной нами металлокерамической коронкой под кламмер из полиоксиметилена.

Список литературы

1. Каливрадджиян Э.С., Чиркова Н.В., Позов Д.Т. Изучение биосовместимости акрилового полимера, модифицированного наночастицами кремния // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Том 18, №4. – С. 263-265.
2. Пивоваров В.И., Бондарь Е.С., Рыжова И.П. Современные цифровые технологии изготовления зубных протезов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Том 7, №1. – С. 322-323.

3. Лебеденко И.Ю., Серебров Д.В., Коваленко О.И. Использование термопластов в клинике ортопедической стоматологии // Российский стоматологический журнал. – 2008. – №3. – С. 25-31.

4. Трегубов И.Д., Михайленко Л.В., Болдырева Р.И. и др. Применение термопластических материалов в стоматологии. – М., 2007. – 165 с.

5. Parvizi A., Lindquist T. et al. Comparison of dimensional accuracy of injection molded denture base materials to that of conventional pressure-pack acrylic resins // J. prosthodont. – 2004. – №13(2). – P. 9-83.

АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОЛИНЕОПЛАЗИЯМИ

Белов Е.В.

доцент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией, к.м.н.,
ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ, Россия, г. Воронеж

Кузнецова И.А.

врач, к.м.н.,
БУЗ ВО «ВОКОД», Россия, г. Воронеж

В статье представлен анализ медико-социальных факторов, позволивший сформировать пространство информативных признаков способствующих улучшению организационно-управленческих решений по диагностике полинеоплазии у онкологических больных.

Ключевые слова: онкология, полинеоплазия, медико-социальные факторы, системный анализ.

Организация процессов своевременной диагностики синхронных злокачественных новообразований женских гениталий, выявления метакронных новообразований с первичной локализацией в яичниках, теле и шейке матки, профилактика полинеоплазий не регламентирована в полной мере федеральными стандартами. Сложившаяся современная ситуация, заставляет искать новые подходы к организации своевременной и ранней диагностики злокачественных новообразований органов репродуктивной системы у женщин [1, 2, 3]. При этом исследование проблем диспансеризации, профилактики болезней женского организма было бы не полным без изучения ведущих причин несвоевременного обращения женщин за медицинской помощью, и без знания оценки мнения непосредственно женщин о репродуктивном здоровье. [1, 3]. Вышеназванное требует поиска новых подходов по организации своевременного, раннего диагностирования злокачественной онкопатологии репродуктивных структур женского организма.

Цель исследования – разработать мероприятия, обеспечивающие снижение индекса несвоевременного диагностирования полинеоплазий с первичной локализацией в женских гениталиях с использованием значения медико-социальных факторов.

В соответствии с обозначенной целью поставлены следующие задачи: 1) Исследовать структуру заболеваемости по полинеоплазиям с первичной локализацией в Воронежской области за последнее десятилетие. 2) Изучить возрастные, медико-биологические характеристики, структуру и сроки выявления «вторых» опухолей 3) Определить ведущие медико-социальные факторы, оказывающие основное воздействие на принятие женщинами решений по обращаемости в медицинские организации, на развитие предраковой патологии в органах, подверженных риску возникновения полинеоплазий с первичной локализацией в яичниках, теле и шейке матки.

Объект для научного изыскания стали женщины, проживающие в Воронежской области.

Единицей наблюдения избрана женщина с полинеоплазией по первичной локализацией в женских гениталиях и женщина, не имеющая онкологической наследственности. По возрасту пациентки от 32 лет до 88 лет. По числу исследованных – 582 женщины.

В исследовании использованы принципы системного анализа и клинического управления. В основе данной работы лежит комплексный подход, включающий в себя изучение комплекса информации об эпидемиологических, медико-биологических характеристиках, сроках выявления полинеоплазий с первичной локализацией рака в женских гениталиях, о качестве диагностического компонента медицинской помощи этим больным.

Статистическая обработка данных проводилась на основе комплекса современных методов обработки информации на персональном компьютере с помощью стандартных пакетов прикладных программ Excel 2003, «Statistica 6.0» с вычислением критерия достоверности Стьюдента (t). Значимым считали различия при $p < 0,05$. Установлены региональные особенности медико-биологических характеристик полинеоплазий с первичной локализацией в женских гениталиях: удельный вес рака эндометрия – 46,10%, яичников – 27,47%, шейки матки – 26,43%.

В целом полинеоплазии с первичной локализацией в женских гениталиях составляют 2,72% от всех злокачественных новообразований этих органов. Отмечено различие органной структуры синхронных и метасинхронных полинеоплазий. В синхронных полинеоплазиях преобладают опухоли женских гениталий (61,8%), кожи (15,3%), молочной железы (11,1%), толстой кишки (6,25%); в метасинхронных – злокачественные новообразования кожи (37,7%), молочной железы (23,9%), толстой кишки (9,4%), легких (7,97%), желудка (4,3%). Установлен рост частоты полинеоплазий с увеличением возраста. Ее максимум достигает в 60-69 лет (38,3%), затем начинает снижаться.

Определена необходимая периодичность диспансерного обследования: в течение первого года после лечения первой опухоли в женских гениталиях режим обследования должен быть стандартным (4 раза в год), начиная со второго года наблюдения до 8 лет, осмотры нужно проводить каждые 6 месяцев, далее 1 раз в год. Наблюдение таких больных должно быть пожизненным.

Экспертная оценка своевременности диагностики полинеоплазий с первичной локализацией в женских гениталиях свидетельствует о том, что более пятой части синхронных и метахронных опухолей диагностируется с III и IV стадиями опухолевого процесса. Анализ показателей поздней диагностики (III и IV стадии) и сроков выявления (от 1 до 6 месяцев) синхронных опухолей с первичной локализацией, их несвоевременная диагностика происходит на догоспитальном этапе.

Нами определено, что достоверность влияния, когда оно значимо практически на сто процентов, на результат влияют: положение женщин в обществе, задействованность в профосмотрах, переход в хроническое состояние процессов в женских репродуктивных органах, убеждение себя в том, что рак неизлечим, доверительное отношение к гинекологу – онкологу, наблюдение у маммолога, активная жизненная позиция, родственники с онкопатологией, полученные знания. Именно применение методики анализа связей в социально-гигиенических исследованиях с применением таблиц сопряженности даёт возможность определения чётких взаимодействия между возможностью женщин обращаться в медицинские онкоучреждения и другими равновесными факторами и достигнуть близости по их влиянию.

ВЫВОДЫ

1. Больные с полинеоплазиями с первичной локализацией в женских гениталиях составили 2,7% ото всех злокачественных новообразований этих органов. Частота встречаемости полинеоплазий при раке эндометрия составила 3,03%, раке яичников – 3,5%, раке шейки матки – 1,34%.

2. Значительные цифры по показателю «запущенность» формируются по вине самих женщин, которые в ряде случаев поздно направляются к врачу-онкологу. В структуре «вторых» опухолей ведущие места занимали злокачественные опухоли женских гениталий (33,3%), а также кожи (26,2%), молочной железы (17,4%), толстой кишки (7,8%), легкого (4,3%). Реже регистрировались злокачественные новообразования желудка (2,1%), мочевого пузыря (2,5%).

3. Медико-социальные факторы, оказывающие ведущую роль: профосмотры, переход в хроническое состояние процессов в женских репродуктивных органах, убеждение себя в том, что рак неизлечим, доверительное отношение к гинекологу-онкологу, наблюдение у маммолога, активная жизненная позиция.

Список литературы

1. Гантюк О.М. Первично-множественные опухоли у больных раком шейки матки / О.М.Гантюк, Б.Б.Кравец, И.А.Субботина, Н.Т.Барвигенко "Актуальные проблемы колопроктологии": матер. тез. III Всероссийской науч.-практ. конференции колопроктологов и Пленума правления Российского научно-мед. общества онкологов 1-3 октября 1997. – Волгоград.

2. Кузнецова И.А. Организационные аспекты своевременной диагностики и профилактики полинеоплазий с первичной локализацией в женских гениталиях: Монография/И.А.Кузнецова, Б.Б.Кравец, Е.Ю.Устинова. – Воронеж: Издательство "Научная книга", 2013. – 132 с..

3. Устинова Е.Ю. Анализ состояния своевременной диагностики и сроков выявления метастатических опухолей у онкогинекологических больных / Е.Ю. Устинова, Б.Б. Кравец, И.А. Кузнецова // Врач-аспирант. – 2011. – № 1.3 (44). – С.368 -375.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ОСТРОМ НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Волков В.Е.

и.о. зав. кафедрой хирургических болезней, профессор, доктор мед. наук,
ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет
имени И.Н. Ульянова», Россия, г. Чебоксары

Волков С.В.

профессор кафедры хирургических болезней, доктор мед. наук, доцент,
ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет
имени И.Н. Ульянова», Россия, г. Чебоксары

Чеснокова Н.Н.

ассистент кафедры хирургических болезней, аспирант по хирургии,
ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет
имени И.Н. Ульянова», Россия, г. Чебоксары

В статье дан анализ результатов лечения 700 больных острым панкреатитом за период с 2005 по 2013 г. В комплексной терапии острого некротического панкреатита глюкокортикоидные гормоны были использованы у 84(17,02%) больных. Показанием к гормональной терапии являлись панкреатогенный шок, острая почечная и корковонадпочечниковая недостаточность. Длительность курса глюкокортикоидной терапии составляла 2-3 дня, реже – 5 дней. Отмечен широкий спектр лечебного действия глюкокортикоидных гормонов на локальные и системные осложнения острого некротического панкреатита. Каких-либо побочных действий и осложнений после применения глюкокортикоидов не отмечено.

Ключевые слова: острый некротический панкреатит, глюкокортикоидные гормоны.

Современный этап клинической практики характеризуется заметным ростом числа случаев острого панкреатита и осложненных его форм. В последние годы для лечения этого заболевания предложены различные типы стандартов, позволяющие в доинфекционную и инфекционную фазу развития острого некротического панкреатита использовать тот или иной комплекс терапевтических и хирургических мероприятий. К сожалению, даже широкое использование стандартов лечения не решило проблему лечения тяжелых некротических форм острого панкреатита. Это подтверждается сохранением высокой летальности при остром некротическом панкреатите, достигающей 30-50% [1, с. 3-4; 2, с.102-111]. Неудивительно, что поиск эффективных средств для лечения острого панкреатита почти не прекращался на протяжении последних нескольких десятилетий. В последнее десятилетие в клинической практике вновь возрос интерес к использованию в комплексной

терапии острого панкреатита глюкокортикоидных гормонов [3, с. 3647-3661]. Несмотря на многочисленные исследования, вопрос об эффективности глюкокортикоидов у больных острым панкреатитом до настоящего времени остается нерешенным.

Целью настоящего исследования является уточнение показаний к использованию глюкокортикоидных гормонов у больных острым панкреатитом.

В работе дан анализ результатов лечения 700 больных острым панкреатитом, находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении за период с 2005 г по 2013 г. Мужчин было 547(78,1%), женщин – 153(21,9%). Больные были в возрасте от 28 до 82 лет. Из 700 больных были оперированы по поводу острого панкреатита 133(19%) пациента, не оперированы – 567(81%) чел. Из числа оперированных умерли 37(27,8%) пациентов, из числа не оперированных – 12(2,12%). Некротическая форма панкреатита отмечена у 148(20,4%) больных, у остальных 557(79,6%) пациентов диагностирована отечная (интерстициальная) форма острого панкреатита.

Диагностика острого панкреатита у больных осуществлялась на основании клинической картины заболевания, данных лабораторных исследований, УЗИ и КТ.

В комплексной терапии острого некротического панкреатита глюкокортикоидные гормоны были использованы с лечебной целью у 84 больных. Из группы глюкокортикоидов были использованы гидрокортизон, преднизолон и дексаметазон. Доза гидрокортизона составляла от 25 до 250 мг, суточная доза от 250 до 500 мг. Доза преднизолона составляла от 30 до 60 мг, суточная доза от 60 до 120 мг. Доза дексаметазона составляла от 4 мг до 8 мг, суточная доза от 8 до 12 мг. Курс гормональной терапии у всех больных был кратковременный – 2-3 дня, реже – 5 дней.

Широкий спектр лечебного действия и высокая эффективность, казалась бы, полностью оправдывают назначение глюкокортикоидных гормонов каждому больному острым панкреатитом. Однако наши исследования показали, что глюкокортикоидные гормоны должны назначаться с большой осторожностью, кратковременно и в показанных случаях, а именно: 1) при остром панкреатите, осложненном шоком; 2) остром некротическом панкреатите, осложненном острой печеночной или корковонадпочечниковой недостаточностью. Было установлено, что глюкокортикоидные гормоны обладают широким спектром лечебного действия на локальные и системные осложнения острого некротического панкреатита. Лечение отечных (интерстициальных) форм острого панкреатита должно проводиться без использования глюкокортикоидов – согласно рекомендуемого стандарта лечения.

Противопоказанием к применению глюкокортикоидов у больных острым панкреатитом являются:

- Инфекционная фаза острого некротического панкреатита;
- Локальные и системные гнойно-септические осложнения (перипанкреатический абсцесс или абсцесс другой локализации, забрюшинная флегмона и др.), поскольку глюкокортикоиды могут способствовать генерализации инфекции.

Каких-либо побочных действий и осложнений после применения глюкокортикоидов нами не было отмечено.

Список литературы

1. Волков В.Е. Острый некротический панкреатит / В.Е. Волков, С.В. Волков // Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2009. – 240 с.
2. Banks P.A. Classification of acute pancreatitis – 2012 : revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus / P.A. Banks, T.L. Bollen, Ch. Dervenis // Gut. 2013. – 62 – P. 102-111.
3. Yu M. Efficacy of glucocorticoids in rodents of severe acute pancreatitis : a meta-analysis / M. Yu, Y. Yang, Y. Zhu, N. Lu // J. Clin. Exp. Pathol., 2014; 7(7) : 3647-3661.

РАЗРАБОТКА КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДО И ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

Гуськов А.В.

доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии, к.м.н.,
Рязанский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова,
Россия, г. Рязань

Мирнигматова Д.Б.

очный аспирант кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии,
Рязанский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова,
Россия, г. Рязань

Зиманков Д.А.

заочный аспирант кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии,
Рязанский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова,
Россия, г. Рязань

Наумов М.А.

очный аспирант кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии,
Рязанский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова,
Россия, г. Рязань

В статье поднимается вопрос о важности комплексного подхода в ортопедическом лечении больных при заболеваниях пародонта. Для повышения качества ортопедического лечения таких пациентов проводится исследование по разработке критериев оценки качества жизни больных до и после ортопедического лечения при заболеваниях пародонта.

Ключевые слова: ортопедическое лечение, заболевания пародонта, качество жизни, врач стоматолог-ортопед, эффективность ортопедического лечения, протезирование, обследование, критерии качества.

В настоящее время заболевания пародонта продолжают оставаться одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем. По данным совре-

менных авторов, воспалительные заболевания пародонта составляют более 70% от всей патологии пародонта и вызывают наибольшие трудности при диагностике и лечении [2]. Среди этиологических факторов, вызывающих заболевания пародонта, выделяют экологические проблемы, а в частности, радиационные излучения, которые оказывают негативное воздействие на ткани пародонта [10, 11], а также ухудшают течение заболеваний пародонта [12, 13]. Последствием заболеваний пародонта является ряд деструктивных и функциональных изменений опорного аппарата зуба, одним из клинических проявлений которых является патологическая подвижность зубов [4, 6]. Кроме того, 48-62% всех случаев потери зубов приходится именно на осложнения тяжелых форм заболеваний пародонта [1].

Длительное время успех ортопедического лечения связывали с квалификацией, уровнем профессиональной подготовки врача-ортопеда и зубного техника наличием современного оборудования и инструментария [3, 5, 7].

Однако практика показала явную недостаточность такого подхода.

Практическое использование современных технологий, методов, средств диагностики и лечения, информированность врачей и пациентов должны ликвидировать существующее противоречие между имеющимися возможностями и неадекватной монотерапией заболеваний пародонта, их поздней выявляемостью, низкой мотивацией населения к терапии, отсутствием эффективной системы профилактики [8, 9]. Это требует разработки принципиально новых подходов к повышению эффективности и качества ортопедического лечения больных при заболеваниях пародонта.

В связи с этим возникает необходимость проведения исследования по разработке методов комплексного ортопедического лечения больных с патологией пародонта, а также критериев оценки не только результатов этого лечения, но и критериев оценки качества жизни больных.

В ходе исследования осуществлялись предварительное исследование и подготовка тканей пародонта до протезирования у 21 пациента с учетом их индивидуальных особенностей и качества жизни до и после ортопедического лечения.

Реализация системного подхода предполагает ранний диагностический поиск, в котором получают интегральное отображение индивидуальные механизмы развития патологии и их внешние проявления, а также оценивается микросоциальная результативность ортопедического лечения больных при заболеваниях пародонта на основе изучения качества жизни больных.

На практике термин «качество ортопедической стоматологической помощи» в понимании врача стоматолога – ортопеда и пациента отличаются. Основными критериями качества ортопедической стоматологической помощи для пациента являются соответствие результатов его потребностям, возможность пользования протезами, отзывчивость и вежливость медицинского персонала. Для врачей стоматологов – ортопедов качество стоматологической помощи – это соответствие диагностических, лечебных и профилактических мероприятий современному представлению о них, свобода выбора оптимальных решений в интересах больного.

Комплексное обследование больных проводилось в момент обращения в клинику и примерно через месяц после протезирования, когда заканчивалась адаптация пациента к протезам.

Проводилось полное стоматологическое обследование, которое включало в себя проверку фиксации и стабилизации протезов в полости рта, жевательные пробы и т.д.

Оценка результатов данного исследования проводилась с использованием следующих показателей: ИКИ (индивидуальный интегральный коэффициент интенсивности), Кор (коэффициент медицинской (ортопедической) результативности), Кмр (коэффициент микросоциальной удовлетворенности) и Кз (коэффициент соотношения затрат). Помимо этого учитывались клинико-анатомические показатели (патологическая подвижность зубов и состояние зубо-десневых карманов или состояние тканей пародонта), функциональная результативность (степень качества пережевывания пищи по данным жевательных проб Рубинова и Гельмана).

Данное исследование позволило: получить количественную характеристику медицинской и микросоциальной результативности качества ортопедического лечения больных при заболеваниях пародонта. А также разработать и применить в стоматологической практике методику комплексной оценки качества ортопедического лечения больных при заболеваниях пародонта и влияния психоэмоционального состояния пациентов на результаты лечения. Кроме того, данное исследование позволило оценить статические изменения качества жизни больных при заболеваниях пародонта до и после ортопедического лечения вне зависимости от клинико-функциональных результатов лечения. Все это, в свою очередь, позволило проводить индивидуальную оценку качества ортопедического лечения, а также проводить сравнительный анализ при изучении эффективности и качества новых методов ортопедического лечения больных при заболеваниях пародонта.

Выводы: комплексный подход в ортопедическом лечении больных при заболеваниях пародонта способствует улучшению качества и повышению эффективности проводимого лечения; результаты лечения во многом влияют и на качество жизни больного; полученные данные позволили проводить индивидуальную оценку качества ортопедического лечения больных при заболеваниях пародонта.

Список литературы

1. Алимский А.В. Вусатый В.С., Прикулс В.Ф. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста [Текст] / Стоматология. – 2014. – №1 – с.5.
2. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. / [Текст]. – М.: Издательство «Медицинское информационное агенство». –2009. – с.336.
3. Грудянов А.И. Обследование лиц с заболеванием пародонта [Текст] /А.И. Грудянов // Пародонтология. – 1998 г. – №3(9). – с.8–13.
4. Жулев Е.Н., Курякина Н.В., Митин Н.Е. Ортопедическая стоматология. Фантомный курс. / Учебник для студентов, обучающихся по специальности 060105 (040400) – «Стоматология»; под. ред. Е.Н. Жулева. – Москва. – 2011. – с.75.

5. Коротких Н.Г., Митин Н.Е., Мишин Д.Н., Пономарев Е.О. Речевая реабилитация пациентов после хирургических стоматологических операций / Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №1 – С.1324.
6. Курякина Н.В. Заболевания пародонта / [Текст] //Н.В. Курякина, Т.Ф. Кутепова. – Н. Новгород, НГМА. – 2000. – С.160.
7. Митин Н.Е. Варианты реабилитации пациентов после хирургической санации полости рта. Дис. ... к.м.н. / [Текст] – Воронеж. – 2008. – С.100.
8. Митин Н.Е., Курякина Н.В. Тревожность и депрессивность на ортопедическом стоматологическом приеме. / Российский медико-биологический вестник им. академика И.П.Павлова. – 2008. – №2 – С.121–126.
9. Митин Н.Е., Курякина Н.В. Анализ психологической адаптации больных к съемным зубным протезам / Стоматология. – 1998. – №6 – С.62.
10. Севбитов А.В., Панкратова Н.В. Частота распространения аномалий зубочелюстной системы у детей, подвергшихся радиоактивному воздействию [Текст] / Ортодент-инфо – 1998. – № 2. – С.30.
11. Севбитов А.В., Панкратова Н.В., Скатова Е.А. Распространение аномалий зубочелюстной системы у детей, проживающих в районе, подвергшемся радиоактивному воздействию. [Текст] / Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 6. – С.55.
12. Севбитов А.В. Анализ результатов 5-летнего мониторинга морфофункционального состояния зубочелюстной системы у детей, подвергшихся радиационному воздействию [Текст] / Стоматология. –2003. – т.82. – № 4. – С.60.
13. Севбитов А.В., Яблокова Н.А., Кузнецова М.Ю., Браго А.С., Канукоева Е.Ю. Заболевания полости рта у пациентов, проживающих в зонах радиоактивного загрязнения [Текст] / Dental forum – 2014. – № 4. – С.87–88.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛАССИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ МАРГИНАЛЬНОЙ ДЕСНЫ ПРИ ПОСЛЕДУЮЩЕМ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Гуськов А.В.

доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии, к.м.н., доцент,
Рязанский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова,
Россия, г. Рязань

Зиманков Д.А.

заочный аспирант кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии,
Рязанский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова,
Россия, г. Рязань

Мирнигматова Д.Б., Наумов М.А.

очные аспиранты кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии,
Рязанский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова,
Россия, г. Рязань

В статье производится анализ накопленных данных по классическим методам коррекции десны в стоматологической практике. На основании экспериментального исследования, выявляется наиболее эффективный и простой метод.

Ключевые слова: медицина, стоматология, ортопедическая стоматология, коррекция десны, гингивэктомия, гингивопрепарирование, коагуляция десны.

Актуальной темой в ортопедической стоматологии при лечении несъемными протезами является создание гармоничного соотношения десневого края и края искусственной коронки.

При различных состояниях, для получения хороших эстетических и функциональных результатов в т.ч. при заболеваниях десны, большой разрушенности зуба, дефектах десен возникших в результате внешних факторов (травмы, термического и радиационного воздействия) требуется коррекция маргинальной десны.

Показаниям к коррекции десны является:

- Наличие десневой асимметрии.
- Рецессия десны – это ограниченная атрофия тканей пародонта, проявляющаяся клиновидным или овальным снижением высоты десны с вестибулярной поверхности и обнажением зуба без выраженного её воспаления.
- Низкая клиническая коронка в сочетании с недостатком места между зубами-антагонистами, несмотря на соблюдение всех требований препарирования, не гарантирует надёжной фиксации протезов.
- Наличие фиброзной формы хронического гипертрофического гингивита имеет место увеличение толщины эпителия. Что не всегда возможно вылечить консервативными методами и тогда следует применить хирургические методы коррекции десны.
- Разрастание межзубного сосочка. Большая разрушенность зуба приводит к разрастанию межзубного сосочка в полость зуба, что приводит к затруднению установки штифтовой вкладки, а в последствии и эстетических коронок.

Цель исследования: изучить и сравнить классические методы подготовки пародонта перед последующим ортопедическим лечением эстетическими видами коронок, выбрать из представленных методов, наиболее точный и эффективный метод коррекции маргинальной десны.

Был проведен обзор литературы по данной теме и применены на практике 3 общепризнанных метода коррекции маргинальной десны:

1) Гингивэктомия: при помощи скальпеля применялись одноразовые лезвия №11 (ланцетовидные), №12 (серповидный, односторонний режущий край), №15 (укороченный).

2) Гингивопрепарирование: осуществляется турбинным наконечником с водяным охлаждением и алмазными цилиндрическими борами.

3) Электрокоагуляция: осуществляется электрокоагулятором ЭКпс 20 1ОРТОС с высокочастотными колебаниями (1760 ± 44) кГц.

Клинические исследования основаны на результатах применения коррекции десневого края перед ортопедическим лечением 33 человек, которые были разделены на 3 группы по 11 человек.

Первой группе проведена коррекция уровня десневого края скальпелем. Второй группе – методом гингивопрепарирования. Третьей группе – электрокоагулятором.

В ходе исследования было определено.

1) Большая разрушенность зуба приводит к разрастанию межзубного сосочка в полость зуба, что приводит к затруднению установки штифтовой вкладки, а в последствии и эстетических коронок.

2) Максимальный объем коррекции десны должен соответствовать глубине зондирования десневого кармана. Для зондирования применялся пародонтальный зонд. Границы максимального объема отмечается при помощи скальпеля или маркировочного пинцета.

3) Критериями для окончательного заживления ран служили:

- Плотность слизистой оболочки десневого края (рыхлая, плотная).
- Плотность прилегания десневого края к стенке зуба.
- Отсутствие кровоточивости.
- Отсутствие гиперемии.
- Отсутствие боли.
- Отсутствие отека десны.
- Отсутствие цианоза десневого края.
- Отсутствие фиброзного налета, грануляций.

4) Для предотвращения попадания инфекции в раневую поверхность следует нанести десневую повязку на 1-2 суток.

Послеоперационный осмотр проводился на 1,3,13-15,28-30 день.

Результаты исследования:

В ходе проведения гингивэктомии при помощи скальпеля проведение инфильтрационной анестезии потребовалось всем пациентам. После проведения коррекции образовывались ровные кровоточащие края раны. Последующее препарирование зуба – невозможно, так как воздушное охлаждение и касание раневых поверхностей вызывает кровотечение, а так же препарирование зуба может вызвать последующее инфицирование раны. Полное заживление раны и восстановление анатомии десны занимает примерно 28 дней.

При гингивопрепарировании только одному из десяти пациентов не потребовалось проведение анестезии. Образуются рваные края раны, наличие обильного кровотечения. Последующее препарирование зуба и использование провизорных коронок, как и при применении скальпеля, невозможно. Полное заживление раны и восстановление анатомии десны занимает примерно 28 дней.

В ходе проведения электрокоагуляции шести из десяти пациентов потребовалось проведение анестезии. После коррекции образовались ровные, обгоревшие раны. Кровоточивости не наблюдалось. Последующее препарирование и использование провизорных коронок возможно. Срок полного заживления раны составил около 20 дней.

Таблица

	Потребность в анестезии	Наличие кровотечения	Края раны после коррекции	Возможность препарирования зуба	Возможность установки временных коронок	Сроки полного заживления раны
гингивоэктомия	11 из 11	+	ровные	-	-	28 дней
гингивопрепарирование	9 из 11	+	рваные	-	-	28 дней
электрокоагуляция	6 из 11	-	ровные, ожег	+	+	20 дней

Вывод: В ходе исследования были выявлены положительные и отрицательные качества каждого метода, а также выбран самый эффективный метод электрокоагуляция. Электрокоагуляция обладает рядом преимуществ: отсутствие кровотечения; стерильность операционного поля до и после работы; в некоторых случаях не требует проведения анестезии; точное и быстрое действие на ткани; отсутствие шума, вибраций, раздражения нервных окончаний, которые влияют на психологический статус пациента; более быстрое восстановление десны; не требует послеоперационного ухода. Метод электрокоагуляции удобен для работы врача стоматолога, т.к. в большинстве позволяет достичь высоких результатов, а также для пациента, т.к. исключает послеоперационные боли и пациент не видит карпульного шприца, стоматологического наконечника и скальпеля.

Список литературы

1. Абакаров СИ. Современные конструкции несъёмных зубных протезов: Учеб. Пособие /С.И.Абакаров. – М.: Высш. шк., 1994. – 95 с.
2. Александров М.Т. Воздействие низкоэнергетического лазерного излучения на микроциркуляцию [Текст] //М.Т. Александров, О.А. Кувекина /Актуальные вопросы лазерной медицины и операционной эндоскопии : материалы международ. конф. М. ; Видное, 1994. – С. 388-390.
4. Грудянов А.И. «Заболевание пародонта» [Текст] М.: Издательство «Медицинское информационное агенство».2009 – 336 с.
5. Грудянов А.И. Обследование лиц с заболеванием пародонта [Текст] /А.Н. Грудянов //Пародонтология. – 1998 г.- №3(9).- С.8-13.
6. Гринфилд Д. Пластическая хирургия на дёснах с целью улучшения эстетических результатов протезирования: история болезни [Текст] //Д.Гринфилд /Dental Kaleidoscope. - 1998.- Т.1,№2.- С.28-29.
7. Жулев Е.Н. Ортопедическая стоматология. Фантомный курс учебник для студентов, обучающихся по специальности 060105 (040400) "Стоматология" [Текст] / Жулев Е. Н., Курякина Н. В., Митин Н. Е.; под ред. Е. Н. Жулева. Москва, 2011.
8. Коэн Э.С. «атлас косметической и реконструктивной хирургии пародонта» [Текст] М.: Практическая медицина,2011, с.64-65.
9. Лебеденко И.Ю. Эстетические аспекты работы врача-стоматолога в «красной зоне» [Текст] //И.Ю.Лебеденко, А.Б.Перегудов //Панорама ортопедической стоматологии. – 2002.- №3.- С. 18-19.
10. Коротких Н.Г., Митин Н.Е., Мишин Д.Н., Пономарёв Е.О. Речевая реабилитация пациентов после хирургических стоматологических операций. Современные проблемы науки и образования [Текст] // 2015./ № 1. С. 1324.

11. Курякина Н.В. Заболевания пародонта [Текст] //Н.В.Курякина, Т.Ф.Кутепова. – Н. Новгород, НГМА, 2000. – 160 с.
12. Мюллер Х.П., Политун А.М. «Пародонтология» [Текст]// 2004 ГалДент г. Львов / А.Ж. Петрикас, В.А. Соловьёв, О.В. Мансурский //Клиническая стоматология. – 1998. – №4. – С.30-32.
13. Севбитов А.В., Панкратова Н.В. Частота распространения аномалий зубочелюстной системы у детей, подвергшихся радиоактивному воздействию [Текст] // Ортодент-инфо. – 1998. № 2. С. 30.
14. Севбитов А.В., Панкратова Н.В., Скатова Е.А. Распространение аномалий зубочелюстной системы у детей, проживающих в районе, подвергшемся радиоактивному воздействию. [Текст] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. / 2000. № 6. С. 55.
15. Севбитов А.В. анализ результатов 5-летнего мониторинга морфофункционального состояния зубочелюстной системы у детей, подвергшихся радиационному воздействию [Текст]// Стоматология. / 2003. Т. 82. № 4. С. 60.
16. Севбитов А.В., Яблокова Н.А., Кузнецова М.Ю., Браго А.С., Канукоева Е.Ю. Заболевания полости рта у пациентов, проживающих в зонах радиоактивного загрязнения [Текст]// Dental forum 2014./ № 4. С. 87-88.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ СРОКОВ ГЕСТАЦИИ НА ПРОВОДЯЩУЮ СИСТЕМУ СЕРДЦА ПРИ БЕССИМПТОМНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Дятлов Н.Е.

аспирант кафедры внутренних болезней Медицинского института,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Рахматуллов Ф.К.

профессор кафедры внутренних болезней Медицинского института,
д-р мед. наук, профессор
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Куряева А.М.

ассистент кафедры внутренних болезней Медицинского института,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Рахматуллов Р.Ф.

студент Медицинского института,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

В статье проводится анализ влияния сроков беременности на проводящую систему сердца при бессимптомной изолированной фибрилляции предсердий.

Увеличение сроков беременности создает электрофизиологические условия для учащения бессимптомных пароксизмов ФП.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, беременные женщины.

Течение изолированной фибрилляции предсердий (ФП) у беременных может не сопровождаться явными симптомами и заметным снижением каче-

ства жизни [4]. Такая бессимптомная ФП, как правило, диагностируется случайно во время осмотра и рассматривается как клиническая находка [2].

В предыдущих исследованиях [8, 10] было установлено, что при бессимптомной ФП эффективный рефрактерный период левого предсердия (ЭРП ЛП) короче, чем при симптомной, и является прогностически неблагоприятным показателем в отношении трансформации ФП в постоянную форму, увеличения частоты тромбоэмболических осложнений.

Цель. Оценить влияние сроков гестации на проводящую систему сердца при бессимптомной изолированной ФП.

Материал и методы исследования. Обследованы 43 беременные женщины с бессимптомной изолированной фибрилляцией предсердий без структурных заболеваний сердца. Диагностика пароксизмов ФП (ПФП) проводилась по данным холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ХМЭКГ), которое проводили на аппарате «Astrocard» (ЗАО «Меди-тек») по стандартной методике в каждом триместре беременности [3].

Состояние проводящей системы сердца оценивали программированной электростимуляцией сердца с анализом интервала экстрастимула (St_1-St_2) и желудочкового ответа (St_2-R_2) в каждом цикле стимуляции сердца на электрофизиологическом комплексе «Astrocard» (ЗАО «Меди-тек») [1, 6, 9].

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета программ Statistica for Windows фирмы Stat-Soft Inc. с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты исследования и обсуждения. В ходе исследования установлено, что в первом триместре беременности электрокардиографические (ЭКГ) и электрофизиологические (ЭФ) показатели бессимптомной ФП достоверно не меняются.

Во втором триместре из ЭФ – показателей достоверно реагировало увеличение отношения максимального (St_2R_2) к минимальному (St_1R_1) времени проведения возбуждения по атриовентрикулярному (АВ) узлу ($St_2R_2 \text{ max}/St_1R_1 \text{ min}$) на 29,8% ($p=0,008$), максимального интервала времени проведения возбуждения по АВ узлу (St_2R_2) к эффективному рефрактерному периоду АВ узла ($St_2R_2/\text{ЭРП АВ узла}$) на 29,0% ($p=0,009$).

Из ЭКГ показателей выявлено увеличение среднесуточной частоты сердечных сокращений (ЧСС) на 19,0 % ($p=0,045$), дневной – на 19,2% ($p=0,044$), ночной – на 27,2% ($p=0,010$); максимальной суточной ЧСС на 19,7% ($p=0,043$), дневной – на 19,5% ($p=0,041$), ночной – на 18,7% ($p=0,046$), минимальной суточной ЧСС на 19,4% ($p=0,043$), дневной – на 18,9% ($p=0,042$), ночной – на 19,2% ($p=0,029$).

Интересно отметить, что у беременных женщин с бессимптомной изолированной ФП во втором триместре сначала реагировал ЭФ – показатель АВ узла, а затем ЭКГ показатель синусового узла – ЧСС.

Изменение ЭФ – показателей АВ узла и ЧСС, скорее всего, обусловлено уменьшением тонуса парасимпатической нервной системы (НС), увеличением тонуса симпатической НС [5, 7].

На основании полученных данных очевидно, что у беременных женщин с бессимптомной ФП во втором триместре изменение функции АВ узла и увеличение ЧСС являются ЭФ и ЭКГ субстратами учащения пароксизмов, что подтверждается данными других исследований [11, 12].

В третьем триместре в результате достоверного уменьшения минимального интервала времени проведения возбуждения по АВ узлу (St_1R_1) на 17,5% ($p=0,034$), увеличения максимального интервала времени проведения возбуждения по АВ узлу (St_2R_2) на 19,5% ($p=0,044$), укорочения ЭРП АВ узла на 17,5% ($p=0,029$) возникло увеличение отношения максимального (St_2R_2) к минимальному времени (St_1R_1) проведения возбуждения по АВ узлу на 44,8% ($p<0,001$), максимального интервала времени проведения возбуждения по АВ узлу (St_2R_2) к ЭРП АВ узла на 44,9% ($p<0,001$). Также возникло укорочение ЭРП ЛП на 17,4% ($p=0,030$).

В третьем триместре средняя суточная частота сердечных сокращений (ЧСС) увеличилась на 28,0% ($p=0,009$), дневная – на 27,5% ($p=0,010$), ночная – на 34,9% ($p=0,004$). Максимальная суточная ЧСС выросла на 25,3% ($p=0,011$), дневная – на 21,6% ($p=0,026$), ночная – на 21,1% ($p=0,027$). Минимальная суточная ЧСС увеличилась на 21,7% ($p=0,028$), дневная – на 20,3% ($p=0,034$), ночная – на 22,4% ($p=0,009$). Увеличение ЧСС с увеличением сроков беременности, скорее всего, связано с увеличением ОЦК, гормональной перестройкой организма и усилением симпатической регуляции сердца.

На основании полученных данных очевидно, что у беременных женщин с бессимптомной ФП учащение пароксизмов возникает в результате нарушения функции АВ узла, укорочения ЭРП ЛП, дисперсии рефрактерных периодов предсердий, увеличения ЧСС, изменения баланса между отделами вегетативной нервной системы, что играет решающую роль в поддержании ФП.

Таким образом, у женщин с бессимптомной изолированной фибрилляцией предсердий в первом триместре нет ЭФ – субстрата для учащения пароксизмов. Во втором триместре ЭФ – субстратом возникновения ФП является увеличение отношения максимального (St_2R_2) к минимальному (St_1R_1) времени проведения возбуждения по АВ узлу ($St_2R_2 \max/St_1R_1 \min$), максимального интервала времени проведения возбуждения по АВ узлу (St_2R_2) к ЭРП АВ узла ($St_2R_2/ЭРП \text{ АВ узла}$) и увеличение ЧСС. В третьем триместре в результате дальнейшего увеличения отношения максимального (St_2R_2) к минимальному (St_1R_1) интервалу времени проведения возбуждения по АВ узлу ($St_2R_2 \max/St_1R_1 \min$), максимального интервала времени проведения возбуждения по АВ узлу (St_2R_2) к ЭРП АВ узла ($St_2R_2/ЭРП \text{ АВ узла}$), укорочения ЭРП ЛП, увеличения ЧСС возникают узловые и атриальные механизмы учащения фибрилляции предсердий.

Список литературы

1. Бокерия, Л.А. Рекомендации Всероссийского научного общества специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции по проведению клинических электрофизиологических исследований, катетерной абляции и имплантации антиаритмических устройств. М.: ИД «Золотой Абрикос», 2005. – 238 с.

2. Кушаковский, М.С. Об изолированной фибрилляции предсердий / М.С. Кушаковский // Вестник аритмологии. – 2002. – № 28. – С. 9-11.
3. Макаров, Л.М. Национальные российские рекомендации по применению методики холтеровского мониторирования в клинической практике. М., 2013. – 198 с.
4. Мравян, С.Р. Нарушения ритма сердца и проводимости у беременных / С.Р. Мравян, В.А. Петрухин, С.И. Федорова // М.: МИКЛОШ, 2011. – 128 с.
5. Оферкин, А.И. Анализ электрической активности предсердий у пациентов с мерцательной аритмией / А.И. Оферкин, А.И. Петли, М.П. Шпилевой // Вестник аритмологии. – 2010. – № 61. – С. 37-45.
6. Рахматулло, Ф.К. Чреспищеводная электростимуляция сердца и клиническая электрофизиология антиаритмических средств. Пенза, 2006. – 112 с.
7. Татарский, Б.А. Бессимптомная форма фибрилляции предсердий / Б.А. Татарский // Сердечная недостаточность. – 2001. – № 5. – С. 217-220.
8. Татарский, Б.А. Роль нарушений предсердного проведения возбуждения в генезе фибрилляции предсердий / Б.А. Татарский, И.В. Воробьев // Вестник аритмологии. – 2005. – № 41. – С. 39-46.
9. Чирейкин, Л.В. Чреспищеводная электрокардиография и электрокардиостимуляция / Л.В. Чирейкин, Ю.В. Шубик, М.М. Медведев и др. // С-Пб.: ИНКАРТ, 1999. – 150 с.
10. Cacciotti, L. Atrial fibrillation in a pregnant woman with a normal heart / L. Cacciotti, G.S. Camastra, G. Ansalone // Intern Emerg Med. – 2010. – V. 5. – P. 87-88.
11. Gowda, R.M. Lone atrial fibrillation during pregnancy / R.M. Gowda, G. Punukollu, I.A. Khan et al. // Int J Cardiol. – 2003. – V. 88. – P. 123-124.
12. Yu, M. Pregnancy increases heart rates during paroxysmal supraventricular tachycardia / M. Yu, K. Yi, L. Zhou et al. // Can J Cardiol. – 2015. – V. 31. – P. 820-825.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫБОРА МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ершов В.В.

профессор кафедры хирургических болезней, д-р мед. наук, профессор,
Нижегородская государственная медицинская академия, Россия, г. Н. Новгород

В статье рассматриваются критерии оценки тяжести состояния пациента с опухолевой толстокишечной непроходимостью, положенные в основу интерактивной компьютерной программы, позволившей облегчить выбор метода оперативного вмешательства у указанной категории больных и тем самым улучшить результаты хирургического лечения.

Ключевые слова: опухолевая толстокишечная непроходимость, оценка тяжести состояния пациента, выбор метода оперативного вмешательства.

У 10%-30% пациентов рак толстого кишечника впервые проявляется симптомами острой кишечной непроходимости [8].

Неотложная хирургия опухолевой толстокишечной непроходимости (ОТКН) связана со значительным риском осложнений и летальности (от 10% до 30% и выше) [6].

Одной из проблем продолжает оставаться оценка тяжести состояния пациента, в зависимости от которой может быть выбран тот или иной объем оперативного вмешательства.

Многие хирурги при определении показаний к оперативному вмешательству подходят субъективно, опираясь, прежде всего на данные возрастных характеристик больного, наличие перитонита, запущенность онкологического процесса и свой личный опыт, включая, в том числе наличие специализации в колопроктологии [6,8,9](Zorcolo L, Covotta L, Carlomagno N, Bartolo D.C., 2003; Singhal R, Hull P, Budhoo M., 2007; Meyer F., Grundmann R.T., 2011).

Попытки разработать легкодоступные объективные критерии оценки состояния пациента и выбора соответствующего объема оперативного вмешательства единичны и пока малоприменимы в практике [2] (Н.П. Макарова, Б.С.Троицкий, Е.Г. Быков, 2000).

Распространенные на Западе шкалы оценки тяжести состояния SAPS, APACHE – II и т.д. пока по разным причинам пока мало используются в России, в том числе и из-за отсутствия должного обеспечения аппаратурой районных и муниципальных медицинских учреждений, оказывающих неотложную медицинскую помощь. Попытки, адаптировать указанные шкалы тяжести состояния к необходимому объему оперативного вмешательству также немногочисленны [1] (И. А. Мизиев с соавт., 2010).

Целью работы явилось снижение роли субъективных ошибок в лечении пациентов с опухолевой толстокишечной непроходимостью, на основе анализа послеоперационной летальности, разработки и внедрения интерактивной компьютерной программы, учитывающей факторы риска развития летального исхода.

Материалы и методы

В основу исследования положены результаты лечения 189 пациентов в возрасте от 22 до 90 лет с ОТКН, оперированных в условиях больницы скорой медицинской помощи в период с января 2008 года по февраль 2014 г. Дополнительно для выявления факторов, коррелирующих с наступлением летального исхода, а также определения субъективных факторов, повлиявших на летальность анализированы истории 32 умерших от ОТКН в период с 2003 по 2007 гг.

За прототип способа прогнозирования летального исхода при ОТКН выбран способ Н.П. Макаровой, Б.С. Троицкого, Е.Г. Быкова [2, с.45], который был нами модифицирован. Разработанная компьютерная программа «ОКН» на языке C++ в среде Windows^{XP} позволяла в течение 2-3 минут получить практические рекомендации по объему оперативного вмешательства у конкретного пациента. Программа в диалоговом (интерактивном) режиме предлагала хирургу ответить на 10 вопросов, которые отразили факторы, влияющие на риск возникновения летального исхода с высокими и достоверными коэффициентами корреляции. Вариант операции, зависящий от суммы баллов, отражающих корреляционную зависимость с наступлением летального исхода, был заранее заложен в программу в соответствии с современными существующими положениями хирургического лечения ОТКН [3, 4, 5].

Для сравнения эффективности предложенной нами программы «ОКН» пациенты были разделены на основную группу (69 больных) и контрольную

(120 больных) сопоставимых по полу, возрасту, тяжести сопутствующей патологии, степени непроходимости, стадии онкологического процесса.

Объем оперативного вмешательства в основной группе определялся на основании рекомендации программы «ОКН», в контрольной группе оперирующий хирург поступал по своему опыту и здравому смыслу. Рекомендации программы не носили директивного характера и могли лишь приниматься к сведению. Для оценки статистической достоверности результатов использован точный двусторонний критерий Фишера.

Виды оперативных вмешательств в группах исследования представлены в табл.1, 2.

Расширенные и комбинированные вмешательства выполнены у 21 пациента основной группы: (14 лимфодиссекций, 15 – дополнительное удаление других органов: придатки матки (3), аппендикс (1), участок тонкой кишки(7), холецистэктомия(4), резекция печени (2), мочеточника(1), мочевого пузыря(5), у 9 из них в сочетании с лимфодиссекцией), правосторонняя гемиколэктомия с операцией Гартмана (2) при прорастании опухоли сигмы в илеоцекальный угол (1) и в поперечно-ободочную кишку (1). Максимальная расширенная и комбинированная операция (5- компонентная): расширенная левосторонняя гемиколэктомия с резекцией ректосигмоидного отдела толстой кишки + резекция левых придатков матки + резекция правого мочеточника+ уретеролизис слева+ резекция участка подвздошной кишки+ аппендэктомия+ аортоподвздошная лимфодиссекция по D3.

Трехкомпонентная: правосторонняя гемиколэктомия, резекция правых придатков матки, операция Гартмана (1);

Правосторонняя гемиколэктомия, холецистэктомия. резекция IYB сегмента печени, иссечение метастаза IYA сегмента, лимфодиссекция по D3. Обструктивная субтотальная колэктомия + резекция рецидива опухоли левой почки + холецистэктомия+ парааортальная лимфодиссекция(1).

Таблица 1

Виды оперативных вмешательств в основной группе исследования

Операция	Абс.	паллиатив	радикальная
Операция Гартмана	29(3)*	8 (1)	21(2)
Правосторонняя гемиколэктомия с анастомозом	14	1	13
Левосторонняя гемиколэктомия с анастомозом	5	-	5
Левосторонняя гемиколэктомия обструктивная	5	2	3
Субтотальная колэктомия с анастомозом	2	-	2
Субтотальная колэктомия обструктивная	2	-	2
Резекция сигмовидной кишки с анастомозом	3	-	3
Двуствольная колостомия	4(2)	4 (2)	-
Обходной анастомоз	2	2	-
Илеостомия	3	3	-
Всего	69(5)	20(3)	49(2)

*- в скобках указано число умерших пациентов

В контрольной группе выполнено 6 комбинированных операций (у 5 – резекция участка тонкой кишки, у 2 – спленэктомия), лимфодиссекция не выполнялась.

Результаты и обсуждение

При анализе 58 историй болезни умерших пациентов наиболее высокие и достоверные коэффициенты корреляции ($p < 0,05$) с наступлением летального исхода при опухолевой толстокишечной непроходимости установлены для распространенного перитонита ($r = 0,744$), нарушения кровообращения стенки толстой кишки по типу вторичного мезентериального тромбоза ($r = 0,520$), диастатических разрывов толстой кишки ($r = 0,559$). Эти критерии отличались от предложенных Н.П.Макаровой, Б.С.Троицким, Е.Г. Быковым [2, с.46], что отразилось на рекомендациях программы.

Таблица 2

Виды оперативных вмешательств в контрольной группе исследования

Операция	Абс.	паллиативная	радикальная
Операция Гартмана	38(6)*	6	32(6)
Правосторонняя гемиколэктомия с анастомозом	3	-	3
Правосторонняя гемиколэктомия обструктивная	9(5)	3(3)	6(2)
Левосторонняя гемиколэктомия с анастомозом	2	-	2
Левосторонняя гемиколэктомия обструктивная	20(4)	4(1)	16(3)
Обструктивная резекция поперечно-ободочной кишки	1(1)	-	1(1)
Субтотальная колэктомия обструктивная	2(1)	1(1)	1
Резекция сигмовидной кишки с анастомозом	1(1)	-	1(1)
Колостомия	32(5)	32(5)	-
Обходной анастомоз	1	1	-
Илеостомия	12(3)	12(3)	-
Всего	120(26)	59(13)	61(13)

*- в скобках указано число умерших пациентов

Достоверных различий в развитии нелетальных осложнений в группах сравнения не было, хотя в основной группе значительно снизилось количество гнойных раневых осложнений (10,9% против 20,8%, $p > 0,05$), что вероятно связано с уменьшением числа стомированных больных (62,3% против 95%, $p > 0,05$) и уменьшением паллиативных вмешательств (28,9% против 49,1%, $p > 0,05$).

В основной группе умерло 5(7,2%) пациентов против 26 (21,7%) в контрольной ($p=0,013$). Послеоперационная летальность при паллиативных вмешательствах составила 3(15%) в основной группе против 13(22%) – в контрольной ($p=0,54$). При радикальных вмешательствах 2(4,1%) в основной, против 13(21,3%)- в контрольной ($p= 0,011$).

При анализе летальных осложнений мы условно выделили ошибки, связанные с неадекватным выбором объема оперативного вмешательства. В контрольной группе они отмечены у 6 пациентов и были связаны с неадекватным объемом резекции толстой кишки в 5 случаях, что привело к необходимости релапаротомии и удалению нежизнеспособных участков кишки. В одном случае было превышение объема оперативного вмешательства – выполнение первичного анастомоза вместо обструктивной резекции, что привело к несостоятельности анастомоза и релапаротомии. Ретроспективный анализ этих случаев показал, что применение программы «ОКН», предложило бы адекватный объем вмешательства.

В двух случаях в контрольной группе отмечены технические ошибки, связанные с недостаточностью межкишечного анастомоза тонкой кишки (как компонента операции Гартмана) и послеоперационной гематомой в совокупности с острой задержкой мочи, приведшие к релапаротомии и смерти пациентов.

У трех пациентов контрольной группы наступлению летального исхода способствовало запоздалое выполнение оперативного вмешательства, при наличии клинической картины ОТКН.

Остальные летальные исходы в контрольной группе были связаны с исходной тяжестью состояния пациентов.

Летальными осложнениями в основной группе были следующие: прогрессирующая почечная недостаточность (1), тромбоз легочной артерии (1), прогрессирующая полиорганная недостаточность (2), прогрессирующая двусторонняя пневмония у пациентки 90 лет, которой была выполнена колостомия под местной анестезией. В основной группе, среди умерших пациентов, тактических ошибок не отмечено. Техническая ошибка, связанная с недостаточностью илеотрансверзоанастомоза после правосторонней гемиколэктомии после релапаротомии закончилась выздоровлением пациента.

Заключение

Таким образом, разработка и внедрение интерактивной компьютерной программы «ОКН», основанной на факторах риска коррелирующих с наступлением летального исхода, позволила уменьшить роль субъективных ошибок в лечении ОТКН, что опосредованно сказалось на снижении послеоперационной летальности. При этом увеличилось число расширенных и комбинированных вмешательств.

Список литературы

1. Выбор хирургической тактики при опухолевой толстокишечной непроходимости/ И.А. Мизиев [и др.] [Текст] // Пироговская хирургическая неделя: материалы Всероссийского форума (Санкт-Петербург, 24-28 ноября 2010 г.) // Вестник Санкт-Петербургского университета (приложение) – серия 11, Медицина – СПб, Изд-во СПб ун-та, 2010. – С.442-443.
2. Макарова, Н.П. Выбор хирургической тактики при обтурационной толстокишечной непроходимости [Текст] / Н.П.Макарова, Б.С.Троицкий, Е.Г.Быков //Хирургия. – 2000. – №8. – С.45-48.
3. Gainant A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction [Текст] / A.Gainant //J Visc Surg. - 2012 Feb. – Vol. 149, N1. – P. 3-10.

4. Guidelenines in the management of obstructing cancer of the left colon: consensus conference of the world society of emergency surgery (WSES) and peritoneum and surgery (PnS) society [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.wjes.org/content/5/1/29>.

5. Hsu, T.C. Comparison of one-stage resection and anastomosis of acute complete obstruction of left and right colon [Текст] / T.C. Hsu // Am J Surg. – 2005, Apr. – Vol. 189(4). – P. 384-387.

6. Meyer, F. Hartmann's procedure for perforated diverticulitis and malignant left-sided colorectal obstruction and perforation [Текст] /F. Meyer, R.T. Grundmann //Zentralbl Chir.- 2011, Feb. – Vol.136, N1. – P. 25-33.

7. Outcome analysis of patients undergoing colorectal resection for emergent and elective indications [Текст]/ J. Kim [et al.] // Am J Surg. – 2007. – Vol. 73. – P.991-999.

8. Singhal, R. Management of left sided colorectal emergencies. Results of a postal questionnaire / R. Singhal, P.Hull, M.Budhoo // Minerva Chir. -2007. – Dec; Vol.62, N6. – P.437-441.

9. Toward lowering morbidity, mortality and stoma formation in emergency colorectal surgery: the role of specialization / L.Zorcolo [et al.] // Dis Colon Rectum. – 2003. – Vol.46. – P.1461–1468.

К ТЕОРЕТИЧЕСКИМ ОСНОВАМ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Исмаилов М.А.

начальник Управления координации внедрения реформ,
Министерство здравоохранения Кыргызской Республики,
Кыргызстан, г. Бишкек

Калманбетова А.Т.

асс. кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии,
Кыргызская государственная медицинская академия, Кыргызстан, г. Бишкек

Абилов Б.А.

консультант Управления координации внедрения реформ, д.м.н., профессор,
Министерство здравоохранения Кыргызской Республики,
Кыргызстан, г. Бишкек

Данная статья посвящена вопросам изучения проблем и перспектив развития государственного регулирования в системе здравоохранения республики на современном этапе. Указаны основные направления государственного регулирования здравоохранения и вмешательства в медицинскую деятельность. В статье подробно рассмотрены проблемы государственного регулирования здравоохранения и представлены возможные перспективы развития и пути совершенствования системы здравоохранения в Кыргызской Республике. Рассмотренные проблемные аспекты государственного регулирования позволяют сделать вывод о том, что, по-прежнему актуальными остаются вопросы совершенствования законодательства по вопросам организации и функционирования системы государственного управления здравоохранением, в том числе в контрольно-разрешительной сфере.

Ключевые слова: государственное регулирование, здравоохранение, контрольно-разрешительная система, показатели, управление.

Как известно, система здравоохранения представляет собой совокупность мер политического, экономического, социального, правового, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического и культурного характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае ухудшения здоровья [1].

Здравоохранение включает в себя медицинские и оздоровительно-реабилитационные организации различных типов и профилей (стационары, учреждения первичной медико-санитарной помощи, организации рекреационного типа и др.), а также различные формы медицинской помощи (профилактическую, лечебно-диагностическую) и различные уровни ее организации (первичный, вторичный и третичный).

Регулирование является одной из функций государственного управления, которая направлена на обеспечение общих правил поведения (деятельности) субъектов тех или иных правоотношений [2, 3].

В мировой практике понятия государственное регулирование и государственное управление созвучны с термином «public administration». С одной стороны, данный термин означает профессиональную деятельность государственных чиновников – государственное администрирование, с другой стороны рассматривается как вся система государственных институтов [4, 5].

Основными направлениями государственного регулирования здравоохранения и вмешательства в медицинскую деятельность являются:

- правовое и административное обеспечение качества товаров, работ и услуг путем лицензирования, стандартизации, сертификации субъектов и аттестации специалистов;
- регулирование статистической и иной отчетности; контроль новых медицинских технологий;
- создание организаций здравоохранения;
- бюджетное финансирование отдельных видов медицинской деятельности, отдельных направлений и программ;
- разработка и установление стандартов качества по отдельным направлениям, контроль за их соблюдением;
- разработка, внедрение и контроль санитарных правил, норм и нормативов и другое.

Уполномоченным органом в системе здравоохранения страны является Министерство здравоохранения Кыргызской Республики (МЗ КР), которое призвано осуществлять государственную политику, в том числе в форме управления, регулирования и контроля в области охраны здоровья, координировать деятельность других органов исполнительной власти в этой сфере с целью межведомственного взаимодействия.

Регулятивно-управленческие функции в отрасли здравоохранения направлены на координацию таких элементов как:

- медико-социальная и лекарственная помощь гражданам;

- санитарно-эпидемиологические мероприятия;
- деятельность различных органов, организаций и учреждений, вне зависимости от их организационно-правовой формы собственности и ведомственной принадлежности в части обеспечения охраны здоровья.

В соответствии с Законом КР «Об охране здоровья граждан» обеспечение охраны здоровья граждан осуществляется государственной, муниципальной и частной формами здравоохранения.

Проблемы и перспективы развития государственного регулирования здравоохранения

1. Проблемы здравоохранения в Кыргызстане.

Основной проблемой в настоящее время является то, что законодательство, регулирующее сферу здравоохранения, не формирует организационного единства всех звеньев системы. В результате, проводимые реформы, затрагивая развитие отдельных направлений, не обеспечивают системности, динамичности и целостности процесса реформирования. Другой проблемой остаются отсутствие высокой мотивации у медицинских работников, низкая эффективность использования ресурсов здравоохранения; изношенность существующего на балансе организаций здравоохранения медицинского оборудования (по данным Счетной палаты КР в эксплуатации находится до 80 процентов физически изношенной и морально устаревшей медицинской техники; целый ряд аппаратуры эксплуатируется свыше 15 лет, выработавшей свой амортизационный срок, что не может гарантировать высокое качество обследований и эффективность лечения).

Отмечаемый высокий уровень смертности по ряду заболеваний объясняется тем, что граждане не доверяют системе здравоохранения, считают, что она не справляется со своими обязанностями, поэтому они предпочитают лечиться на дому или у целителей. Поздно диагностируются такие заболевания, как инфаркты и инсульты, смертность от которых в среднем в 4-5 раз выше, чем в странах Евросоюза. В республике продолжительность жизни составляет в настоящее время 68 лет для мужчин и 74 года для женщин.

Анализируя реальные изменения, произошедшие в начале нового столетия, можно сделать вывод, что процессы реформирования, достаточно проработанные на теоретическом уровне, зачастую на практике продвигаются очень медленно, а структурная эффективность системы медицинской помощи в целом остается ниже ожидаемой. Необходимы повышение взаимодействия и преемственности в деятельности всех уровней системы, приоритетное развитие первичного звена, перераспределение объемов деятельности и ресурсной обеспеченности между структурами больничной и внебольничной помощи.

2. Перспективы развития и пути совершенствования системы здравоохранения в КР.

Важным условием для успешного решения накопившихся проблем должно стать дальнейшее развитие законодательства в области охраны здоровья граждан. Государственная политика в сфере охраны здоровья требует

проведения работы по развитию законодательной базы. Для этого необходимо сделать некоторые преобразования, представленные ниже.

Необходимо обеспечить рост расходов бюджетов всех уровней, направляемых на охрану здоровья, и довести долю совокупных государственных расходов на здравоохранение до 5,0% от ВВП, что по критериям Всемирной Организации Здравоохранения является минимумом для поддержания приемлемого уровня здравоохранения. Следует завершить отработку механизма финансового выравнивания условий оказания медицинской помощи в рамках реализации Программы государственных гарантий в зависимости от состояния здоровья населения и половозрастного состава по регионам республики.

Для улучшения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению требуется формирование на базе территориальных больниц лечебно-диагностических комплексов, включающих в себя оборудование и оснащение соответствующее современным требованиям, развитие передвижных форм лечебно-диагностической и консультативной помощи, создание межрайонных клинико-диагностических центров.

Необходимо осуществить интеграцию ведомственных медицинских учреждений в единую систему здравоохранения с учетом их отраслевых особенностей.

При сохранении лидирующей роли государственного здравоохранения, важное значение приобретает дальнейшее развитие частного сектора. Создание условий для его развития (оптимизация контрольно-разрешительной системы: упрощение процедуры лицензирования, внедрение принципов «Молчание – знак согласия» и «Единое окно») является определяющим элементом структурных преобразований в здравоохранении, в том числе на основе государственно-частного партнерства.

Является необходимым проведение работы по обеспечению функционирования портала приема заявок на получение (переоформление, продление) лицензии на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности. Функционирование портала даст возможность реализации заполнения электронной формы заявления и передачи необходимых документов для получения лицензий. Портал создает предпосылки для оказания электронных услуг через Интернет из любого удобного для пользователя места и дает следующие выгоды:

- сокращение времени подачи документов и автоматизированная регистрация заявок;
- ускорение делопроизводства за счет сокращения времени на пересылку документов;
- обеспечение обратной связи между МЗ КР и соискателем лицензии.

Необходимо, чтобы разрешительные процедуры, вводились только законами и постановлениями парламента страны – Жогорку Кенеша.

Это позволит надёжно защитить население, в том числе субъектов предпринимательства от конъюнктурных решений, вводимых подзаконными

актами различных министерств и ведомств, а также обеспечит прозрачность данной сферы.

Этот принцип следует распространять и на иные административные процедуры.

Сокращение количества разрешений и согласований позволит:

- Унифицировать требования, предъявляемые к разрешительным процедурам, прекратить практику произвольного их установления, устранив тем самым неоднозначность предъявляемых требований и региональные различия процедур;

- Уменьшить количество предоставляемых документов и сократить сроки принятия решения, так как государственному органу необходимо обосновывать перед законодательным органом необходимость введения того или иного документа, а также количество дней необходимых для его выдачи;

- Решить проблему недоступности информации о той или иной разрешительной процедуре, так как законы всегда публичны и доступны;

- Снизить возможности для коррупции;

- Повысить уровень правовой грамотности населения и государственных служащих.

- Создать благоприятные условия для равноправного доступа на рынки;

- Уменьшить количество административных барьеров для осуществления предпринимательской деятельности.

Рассмотренные проблемные аспекты государственного регулирования позволяют сделать вывод о том, что, по-прежнему актуальными остаются вопросы совершенствования законодательства по вопросам организации и функционирования системы государственного управления здравоохранением, в том числе в контрольно-разрешительной сфере.

Для преодоления их негативного воздействия необходимо: во-первых, наладить систему обратной связи для оптимизации системы управления здравоохранением; во-вторых, обеспечить взаимодействие между органами управления, организациями здравоохранения и населением; в-третьих, гармонизировать нормативную правовую базу в системе государственного регулирования отношений в сфере частного здравоохранения в соответствии с Постановлением Правительства КР «Об утверждении Программы Правительства Кыргызской Республики по развитию частного сектора в Кыргызской Республике на 2015-2017 годы» от 18 марта 2015 года №129.

Список литературы

1. Щепин О.П. Здравоохранение и общество [Текст] / О.П. Щепин, В.С. Нечаев // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2010. – №2. – С. 3 – 3.
2. Герасименко Н.Ф. Законодательное регулирование в сфере охраны здоровья. Перспективы ближайших лет [Текст] / Н.Ф. Герасименко, О.Ю. Александрова // Менеджер здравоохранения. – 2004. – №9. – С. 24-28.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики [Текст] / М.М. Кузьменко / Под ред. Э.А. Нечаева, Е.Н. Жильцова. – М., 2009. – С. 24 – 24.

4. Василенко И.А. Административно-государственное управление в странах Запада: США, Великобритания, Франция, Германия [Текст] / И.А. Василенко – М., 2011. – С. 30 – 30.

5. Shaw K. Shared Medical Regulation in a Time of Increasing Calls for Accountability and Transparency: Comparison of Recertification in the United States, Canada, and the United Kingdom [Текст] / К. Shaw, С.К. Cassel, С. Black and W. Levinson // JAMA. – 2009. – №302 (18). – P. 2008 – 2014.

ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

Кабаева Е.Н.

соискатель кафедры патологии человека,
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Россия, г. Москва

Силина Е.В.

профессор кафедры патологии человека, доктор мед. наук,
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Россия, г. Москва

В статье венозные тромбоэмболические осложнения в остром периоде церебрального инсульта приведены результаты клинико-инструментального исследования, на основании которого рассматриваются ведущие факторы риска венозных тромбозов и эмболий. Приведены подходы к раннему выявлению лиц повышенного риска с целью раннего выявления ВТЭО, назначения персонализированной профилактики и снижения госпитальной летальности.

Ключевые слова: острый инсульт, экстрацеребральная патология, венозные тромбоэмболические осложнения.

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) вследствие высокой распространенности и инвалидизации представляет одну из важнейших медико-социальных проблем. Экстрацеребральная патология при остром инсульте занимает одну из лидирующих позиций определяющих его течение, прогноз и исход заболевания [1, 2, 3]. В настоящее время одной из главных форм экстрацеребральных осложнений при ОНМК являются венозные тромбозы и эмболии, средний уровень летальности при которых составляет от 8% до 20%, в связи с чем одной из приоритетных задач практического здравоохранения в настоящее время является снижение уровня данных осложнений, их ранняя профилактика, диагностика и улучшения результатов лечения заболевания [2, 4, 5].

Цель исследования: выявление факторов риска тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) для улучшения их ранней диагностики у больных с острым инсультом.

Материалы и методы: в проспективное клинико-инструментальное исследование включено 145 пациентов с острым инсультом (средний возраст $69,0 \pm 13,2$ лет; 75 мужчин и 70 женщин), госпитализированных в первые 24 часа заболевания в отделении реанимации и интенсивной терапии для

больных ОНМК ГБУЗ ГKB 15 им. О.М. Филатова ДЗМ г. Москвы и имевших различную степень нарушенного сознания. Тяжесть инсульта по шкале NIHSS у больных соответствовала средней и тяжелой степени. Характер инсульта во всех случаях был подтвержден с помощью МСКТ. 104 пациента (71,7%) были с ишемическим инсультом (ИИ), 41 (28,3%) – с геморрагическим инсультом (ГИ). Всем больным проведены стандартные клинико-лабораторные исследования. Больные с ИИ получали антикоагулянтную терапию в профилактических дозах с первых суток. Больные с ВМК антикоагулянты получали с 3-5 суток от дебюта заболевания.

Результаты.

В 95% случаев больных острым инсультом выявлены различные факторы риска ВТЭО и их сочетание. Значимая роль в развитии тромбогенеза отводится следующим: возраст старше 65 лет (был у 77,2% больных), глубокий гемипарез, приведший к длительной иммобилизации (70,3%), постоянная формы мерцательной аритмии (56,6%), и сердечная недостаточность (43,4%), хроническая венозная недостаточность и варикозное расширение вен (49%), центральный венозный катетер был установлен в 35% случаев, искусственная вентиляция легких проводилась 15% больным. Оценка по шкале Wells показала, что у 46,2% больных инсультом (n=67) риск развития ВТЭО был высоким, что, согласно автору шкалы, соответствует 75%-вероятности развития ТГВ и/или ТЭЛА. В период госпитализации ВТЭО развились у 40 (27,6%) больных с острым тяжелым инсультом (29,8% при ИИ, 22,0% при ГИ), преимущественно на 2-3 неделе госпитализации. Самым частым видом ВТЭО является ТЭЛА (24,8% от всех больных и 90,0% от ВТЭО). У 91,6 % (n=33) случаев всех больных с ТЭЛА выявлено более 3-х вышеперечисленных факторов риска ВТЭО, а в 58,1% случаев ТЭЛА отмечено более 5 вышеприведенных факторов риска. Частота тромбозов и эмболий в группе больных, имеющих >5 факторов риска, в 8 раз больше чем в группе с сочетанием менее 3-х факторов риска. Госпитальная летальность составила 44,1% (n=64). ТЭЛА как причина фатального исхода зафиксирована в 21,9% (n=14) случаев, что составляет 35% от общего числа больных с развитием ВТЭО и 46,6% от всех летальных исходов больных с наличием тромбозов и эмболий. В 56,7% умерших больных с ВТЭО данный диагноз был диагностирован при аутопсии, т.е. частота постановки правильного диагноза патологоанатомически в 1,3 раза превышала клиническую диагностику данного патологического состояния. Среди больных с сочетанием более 5 факторов риска ВТЭО, частота летальных исходов была максимальной. У пациентов с обширным очагом поражения (>30см²) при ИИ в 44,7 % отмечено развитие ВТЭО, из которых в 76,2% случаев зафиксирован летальный исход. При ГИ со средним (10-30 см³) и большим объемом кровоизлияния (>30 см³) развитие ВТЭО зарегистрировано в 48,3% случаев, причем все случаи ВТЭО у пациентов с объемом кровоизлияния более 30 см³ привели к фатальному исходу. При анализе стандартных показателей коагулограммы у пациентов с ВТЭО различия показателей выявлены лишь при госпитализации и отражают гиперкоагуляцию, характерную для начальных проявлений адаптивных возможностей ор-

ганизма. В динамике скрининговые показатели коагулограммы нормализовались к 3 суткам, а к 7 дню установлена тенденция к гипокоагуляции, усилившаяся к 14 суткам инсульта.

Заключение. Больным острым инсультом любого характера целесообразно учитывать число факторов риска развития ВТЭО. Тяжелым пациентам с очагом церебрального поражения $>30 \text{ см}^3$, тяжелым неврологическим дефицитом (≥ 12 баллов по шкале NIHSS), необходимо максимально раннее проведение стандартного алгоритма диагностики ВТЭО при наличии 5 и более факторов риска необходимо в максимально ранние сроки проводить профилактику развития ВТЭО. Учитывая низкую информативность скрининговых показателей коагулограммы, целесообразно исследование гемостаза более точными методами. Данные подходы позволят повысить процент раннего выявления ВТЭО и обеспечить персонализированный подход к назначению антикоагулянтной терапии для предотвращения ТЭЛА и снижения госпитальной летальности.

Список литературы

1. Румянцева С.А., Ступин В.А., Афанасьев В.В., Федин А.И., Силина Е.В. Критические состояния в клинической практике. // М., Медицинская книга, 2011. – 689 с.
2. Рябинкина Ю.В., Пирадов М.А, Гнедовская Е.В., Максимова М.Ю., Гулевская Т.С., Проказова П.Р. «Тромбоэмболия легочной артерии при тяжелом инсульте». // Труды II Национального конгресса «Неотложные состояния в неврологии», 2012. – 45-50 с.
3. Carlbom DJ, Davidson BL. Pulmonary embolism in the critically ill//Chest. – 2007. – 32(1). – P. 313-24.
4. Kelly J. et al. Venous thromboembolism after acute stroke // Stroke. – 2001. – 32. – P. 262–267.
5. Skaf E., Stein P.D., Beemath A. et al. Venous thromboembolism in patients with ischemic and hemorrhagic stroke. //Am J Cardiol. – 2005.-96- P.1731-1733.

ОЦЕНКА МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ФОРМИРУЮЩИХ КОНТРОЛЬНО-РАЗРЕШИТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ

Калманбетова А.Т.

асс. кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии, Кыргызская государственная медицинская академия, Кыргызстан, г. Бишкек

В статье представлены данные по изучению материально-технического потенциала подразделений Министерства здравоохранения формирующих контрольно-разрешительную систему, связанных с выдачей разрешительных документов их соискателям. Изучение материально-технического потенциала структурных подразделений министерства проведено на основе использования структурного анализа. Результаты подтверждают тот факт, что для повышения потенциала сектора здравоохранения необходимы как эффективное управление человеческими ресурсами, так и улучшение материально-технической базы, совершенствование информационно-коммуникационных технологий.

Ключевые слова: контрольно-разрешительная система, материально-технический потенциал, эффективное управление.

Актуальность. Как известно, качество предоставляемых государством услуг в значительной степени зависит от состояния, в котором находятся уполномоченные органы, предоставляющие услуги, в том числе по выдаче разрешительных документов (РД), а также от ресурсного потенциала и оснащения, которым они обладают [1-4]. Прежде чем говорить о повышении качества услуг, предоставляемых подразделениями Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (МЗ КР), формирующих контрольно-разрешительную систему, необходимо выяснить, обладают ли они соответствующим потенциалом.

В рамках данного исследования была проведена оценка ряда элементов внутреннего состояния подразделений МЗ КР, на основе изучения мнений и суждений работников данных подразделений (государственные служащие), определяемых в ходе анкетирования. Следует отметить, что для решения основной задачи программы – повышения качества государственных услуг, – необходимо проведение более глубокого исследования потенциала государственных органов (данная проблема не входила в проблемную область исследования, однако необходимо рассмотреть возможность ее включения в следующие этапы реализации программы).

Половина опрошенных госслужащих согласились с утверждением, что существующее положение не позволяет улучшить качество предоставления услуг по выдаче РД. 43,0% респондентов данной категории не согласны с данным утверждением, полагая, что даже в существующей ситуации улучшение качества предоставляемых услуг возможно.

В таблице 1 представлены данные связанные с распределением ответов на поставленный вопрос «Существующее положение не позволяет улучшить качество предоставления услуг по выдаче разрешительных документов».

Таблица 1

Результаты ответов на вопрос: «Существующее положение не позволяет улучшить качество услуг по выдаче разрешительных документов», %

Степень согласия	ОЛ, n=3	ДЛЮиМТ, n=5	ДГСЭН, n=48
Полностью не согласен	0%	40%	62%
Скорее не согласен	67%	20%	8%
Скорее согласен	33%	40%	15%
Полностью согласен	0%	0%	0%
Затруднились/отказались ответить	0%	0%	15%
Всего	100%	100%	100%

Примечание: ОЛ – отдел лицензирования, ДЛЮиМТ – департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники, ДГСЭН – департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

При планировании исследования, на основе экспертных опросов и вторичных источников были выделены некоторые «проблемные» точки в деятельности подразделений МЗ КР, решение которых необходимо для дальнейшей деятельности по повышению качества предоставляемых услуг. Гос-

служащим, как основным носителям информации, предлагалось оценить потенциал их подразделений по данным проблемам.

- Структура МЗ КР
- Нормативная правовая база
- Система поощрения сотрудников и численный состав госслужащих
- Предоставление условий для повышения квалификации
- Обеспеченность компьютерами и оргтехникой
- Обеспеченность современной лабораторией
- Обеспеченность ресурсами и расходным материалом (напр., реактивами), необходимыми для работы
- Комфортабельность служебных помещений.

Мнения относительно необходимости реформирования в структуре Минздрава для улучшения качества услуг населению по выдаче разрешительных документов разделились поровну: 41% представителей подразделений МЗ КР считают, что для улучшения качества услуг такие изменения необходимы, столько же респондентов не согласны с данным утверждением.

Таблица 2

Для улучшения качества услуг населению по выдаче разрешительных документов следует принять кардинальные изменения в структуре Минздрава, %

Степень согласия	ОЛ, n=3	ДЛОиМТ, n=5	ДГСЭН, n=48
Полностью не согласен	0%	20%	7%
Скорее не согласен	67%	60%	23%
Полностью согласен	33%	20%	8%
Затруднились/отказались ответить	0%	0%	62%
Всего	100%	100%	100%

Одной из проблем, требующих решения на пути к повышению уровня государственных услуг является совершенствование нормативно-правовой базы. Важно отметить, что 29% опрошенных не согласны с тем, что нормативные правовые акты, регулирующие процедуру выдачи РД, понятны и прозрачны. Особенно высок данный показатель среди представителей службы санэпиднадзора.

Таблица 3

Нормативные правовые акты, регулирующие процедуру выдачи разрешительных документов понятны и прозрачны, %

Степень согласия	ОЛ, n=3	ДЛОиМТ, n=5	ДГСЭН, n=48
Полностью не согласен	0%	20%	0%
Скорее не согласен	0%	0%	8%
Скорее согласен	67%	20%	8%
Полностью согласен	33%	60%	84%
Затруднились ответить	0%	0%	0%
Всего	100%	100%	100%

Большинство респондентов не удовлетворены системой материального стимулирования госслужащих. 82,0% опрошенных считают данную систему неэффективной.

Таблица 4

Система материального стимулирования госслужащих неэффективна, %

Степень согласия	ОЛ, n=3	ДЛОиМТ, n=5	ДГСЭН, n=48
Полностью не согласен	0%	20%	46%
Скорее не согласен	0%	0%	0%
Скорее согласен	100%	40%	23%
Полностью согласен	0%	40%	31%
Всего	100%	100%	100%

По мнению 48% опрошенных, для более эффективной работы госслужащих необходимо повысить заработную плату. Несмотря на постановление Правительства КР №100 от 16 февраля 2006 года «О Национальной программе реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы», в котором, наряду с другими проблемами в области здравоохранения, поднимался вопрос материального стимулирования медицинских работников, данная проблема ещё остаётся до конца нерешённой.

Низкая удовлетворенность госслужащих уровнем материального стимулирования, является одним из источников проблем, связанных с кадровым обеспечением. На наличие таких проблем указывают и результаты опроса: 34% опрошенных указали на недостаток служащих. Особенно остро данная проблема стоит в ДГСЭН. В ДЛОиМТ респонденты чаще указывали на избыточное количество служащих.

Предоставление качественной услуги подразумевает высокую профессиональную подготовку исполнителя. Наличие возможностей для повышения квалификации является одним из факторов, влияющих на качество подготовки кадрового состава. В связи с этим для повышения качества оказываемых чиновниками услуг необходимо создание условий для повышения их квалификации. Мнения служащих относительно оценки условий для повышения квалификации разделились поровну: 50% респондентов довольны предоставляемыми условиями и 48% – не довольны. Наиболее сложная ситуация сложилась в ДГСЭН.

Таблица 5

Предоставление условий для повышения квалификации, %

Варианты ответа	ОЛ, n=3	ДЛОиМТ, n=5	ДГСЭН, n=48
Доволен	33%	60%	23%
Не доволен	67%	40%	0%
Очень не доволен	0%	0%	67%
Затруднились/отказались ответить	0%	0%	10%
Всего	100%	100%	100%

Для повышения потенциала сектора здравоохранения и его эффективного функционирования необходимы как эффективное управление челове-

скими ресурсами, так и улучшение материально-технической базы здравоохранения.

Результаты опроса говорят о недостаточной обеспеченности госслужащих компьютерами и оргтехникой. Особенно актуальна данная проблема для служащих ДГСЭН.

Таблица 6

Обеспеченность компьютерами и оргтехникой, %

Варианты ответа	ОЛ, n=3	ДЛОиМТ, n=5	ДГСЭН, n=48
Очень доволен	67%	20%	0%
Доволен	33%	20%	23%
Не доволен	0%	60%	23%
Очень не доволен	0%	0%	54%
Всего	100%	100%	100%

По мнению госслужащих, существуют также проблемы с обеспеченностью современной лабораторией, особенно в подразделениях ДГСЭН.

Таблица 7

Обеспеченность современной лабораторией, %

Варианты ответа	ОЛ, n=3	ДЛОиМТ, n=5	ДГСЭН, n=48
Очень доволен	0%	60%	9%
Доволен	63%	40%	15%
Не доволен	33%	0%	38%
Очень не доволен	0%	0%	38%
Затруднились/отказались ответить	4%	0%	0%
Всего	100%	100%	100%

Также сотрудники подразделений МЗ КР выразили свою неудовлетворенность обеспеченностью ресурсами, необходимыми для работы. Только 34% респондентов отметили, что они довольны обеспеченностью ресурсами.

Схожая ситуация сложилась и с комфортабельностью служебных помещений. Данная проблема актуальна практически для всех подразделений МЗ КР, вошедших в выборку.

Таблица 8

Комфортабельность служебных помещений, %

Варианты ответа	ОЛ, n=3	ДЛОиМТ, n=5	ДГСЭН, n=48
Очень доволен	0%	0%	30%
Доволен	0%	20%	31%
Не доволен	100%	40%	31%
Очень не доволен	0%	40%	8%
Затруднились/отказались ответить	0%	0%	0%
Всего	100%	100%	100%

В завершении статьи следует подчеркнуть тот факт, что развитие потенциала сектора здравоохранения является ключевым фактором для его поступательного развития. Несмотря на повышение заработной платы работникам здравоохранения, ее средний уровень не превышает 75% от средней за-

рабочей платы по стране и не достигает минимального потребительского бюджета, что является одной из ведущих причин низкого престижа профессии. Это приводит к дисбалансу в кадровом обеспечении, сохраняющемуся недостаточному уровню качества медицинских услуг, продолжающимся неформальным платежам. В связи с этим необходимо существенное повышение заработной платы работников здравоохранения.

Для повышения потенциала сектора здравоохранения и его эффективного функционирования необходимы как эффективное управление человеческими ресурсами, так и улучшение материально-технической базы, совершенствование информационно-коммуникационных технологий.

Список литературы

1. Абрамов А.Ю. Организационно-правовые основы оказания платных медицинских услуг [Текст] / Ю.В. Михайлова, Н.В. Косолапова и др. // Методическое пособие для организаторов здравоохранения и руководителей медицинских учреждений. – М., 2005. – 101 с.
2. Антимонов А.В. Использование информационно-коммуникационных технологий в работе лицензирующего органа [Текст] / А.В. Антимонов, В.В. Сергеев // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2009. – №2. – С. 87-90.
3. Бокчубаев Э.Т. Совершенствование системы лицензирования негосударственного сектора здравоохранения в Кыргызской Республике [Текст]: методическое руководство / Э.Т. Бокчубаев, Б.А. Абилов и др. – Бишкек, 2008. – 152 с.
4. Стожаров В.В. Система обеспечения структурного качества медицинской помощи) [Текст]: автореф. дис. ...д-ра. мед. наук: 14.00.33 / В.В. Стожаров. – СПб, 2005. – 45 с.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМОЭРИТРОСОРБЦИИ

Карнушкина П.И.

доцент кафедры госпитальной хирургии, к.м.н., доцент,
Медицинский институт, Россия, г. Саранск

Авдеева Н.А.

профессор кафедры анестезиологии и реанимации, к.м.н., доцент,
Медицинский институт, Россия, г. Саранск

Шамрова Е.А.

доцент кафедры физиологии, к.м.н., доцент,
Медицинский институт, Россия, г. Саранск

В статье рассматривается использование экстракорпорального метода лечения – плазмоэритросорбции (ПЭС) у тяжелой категории больных с явлениями эндотоксикоза. Она способствует стабилизации воспалительного процесса и улучшают исход лечения.

Ключевые слова: плазмоэритросорбция (ПЭС), диабетическая остеоартропатия, эндотоксикоз.

Введение. Осложненная гнойно-некротическими процессами диабетическая остеоартропатия часто приводит к высоким ампутациям нижних конечностей на фоне прогрессирующей эндотоксемии. Поэтому необходим поиск эффективных методов лечения гнойных осложнений сахарного диабета (СД) [1].

Целью работы явилось изучение эффективности плазмоэритросорбции (ПЭС) при лечении больных с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей при СД с высоким уровнем эндотоксикоза.

Материал и методы. В клинике госпитальной хирургии лечилось 62 больных с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета: 44(71%) женщин и 18 (29%) мужчин. СД I типа был у 8 больных (14%); СД II типа – у 54 (86%) больных. С легкой степенью СД поступило 2 больных (3,2%); средней степенью тяжести – 36 (58,1%); тяжелой степени – 24(38,7%). Возраст больных ставил $62,3 \pm 4,6$ года (от 32 до 86 лет). Около 90% больных поступали с явлениями декомпенсации углеводного обмена.

Всем больным было проведено комплексное обследование с выполнением реовазографии и доплерографии сосудов нижних конечностей с определением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), рентгенографию стопы, МРТ и компьютерную томографию.

С первых суток поступления больные получали комплексное лечение, которое включало коррекцию гомеостаза, спазмолитики, средства, улучшающие реологические свойства крови, антибактериальную терапию, местное лечение ран. С первых часов больные переводились на инсулин короткого действия с поддержанием уровня гликемии от 8 до 9 ммоль/л натощак.

Нами проведено комплексное консервативное лечение 30 пациентов с использованием ПЭС, которые составили основную группу. Результаты лечения в этой группе сравнивали с результатами лечения 32 больных группы сравнения, в которой осуществляли общепринятый в нашей клинике комплекс лечебных мероприятий.

Основным показанием к назначению этой операции считали эндотоксемию, сочетающуюся с выраженными нарушениями микроциркуляции и всех видов обмена, отрицательную клинико-рентгенологическую динамику местного процесса, неэффективность методов традиционной терапии. При поступлении в стационар в основной группе гангрену пальцев стоп имели 6 больных, гангрену стопы – 11, хронический остеомиелит костей голени и стопы свищевой формы – 3, гнойный артрит голеностопного сустава – 8, нагноившиеся посттравматические гематомы с гнойным артритом плюснефаланговых суставов – 2. По характеру поражения группы больных были сопоставимы.

Курс лечения состоял из 3-4 операций, которые проводили через день. Методика ПЭС разработана на кафедре госпитальной хирургии (Пиксин И.Н., Шамрова Е.А., Бякин С.П., 1997) [2]. Из локтевой или подключичной вены (через катетер) больного забирали кровь больного в контейнер типа «Гемакон 500\300» и разделяли на плазму и эритроциты методом центрифугирования в режиме 2000 об\мин в течение 10 минут. Плазму переводили в

контейнер с отмытыми донорскими эритроцитами, совместимыми по группе крови и Rh-фактору, инкубировали при 37 градусов в течение 15 минут. Одновременно эритроциты больного однократно отмывали физиологическим раствором в режиме 1700об\мин в течение 15 минут. Инкубированную плазму отделяли от донорских эритроцитов центрифугированием при 2000об\мин в течение 10 минут и вновь объединяли с эритроцитами больного и возвращали в вену пациента. Забор крови в ходе операции проводили дробно по 400-450 мл на фоне внутривенной инфузии физиологического раствора в том же объеме. Для каждой операции ПЭС использовали 2 дозы донорских эритроцитов (по 120 – 150 мл каждая) со сроком хранения до 5 суток.

Результаты. После проведения ПЭС значительно уменьшались боли в ногах у 13, восстанавливалась тактильная и температурная чувствительность у 7, уменьшался отек и повышалась кожная температура стоп у 7, ограничивался некроз стоп у 5, наблюдался рост грануляций и краевая эпителизация ран у 4 больных. В целом ПЭС способствовала в комплексе с другими медикаментозными методами лечения полному сохранению нижних конечностей у 13 (43,3%) больных из 30.

У всех больных наблюдали эндотоксикоз (по содержанию МДА, МСС и ЛИИ). В результате применения ПЭС МДА снизился на 32,2% ($P < 0,001$), МСС на 25,8% ($P < 0,001$) и ЛИИ на 52,9% ($P < 0,01$). Отмечен достоверный рост общего белка и содержания альбуминов крови после завершения курса ПЭС по отношению к исходному показателю на 6,7% и 15,4% соответственно. Содержание глобулинов снизилось в среднем на 20,7% ($P < 0,01$), фибриногена на 31,3% ($P < 0,01$). В периферической крови обнаружено снижение уровня лейкоцитоза, нейтрофилеза, резкое сокращение числа молодых форм нейтрофилов в сочетании со снижением показателя СОЭ почти в два раза ($P < 0,001$); рост числа лимфоцитов на 35,4% ($P < 0,001$) и уменьшение показателя ЛИИ в 3,4 раза ($P < 0,001$).

У больных СД выявлено выраженное нарушение обменных процессов. Так, содержание общего холестерина было повышено в 1,5-2 раза, триглицеридов - в 2,0-2,5 раза, глюкозы - 2,5-3,0 раза. ПЭС способствовала снижению концентрации в венозной крови общего холестерина на 24,5% ($P < 0,001$), триглицеридов на 19,6% ($P < 0,001$) и глюкозы на 24% ($P < 0,001$).

В основной группе у 7 больных произведены ампутации на уровне верхней и средней трети бедра, у 3 выполнены экзартикуляции на уровне суставов Шопара и Лисфранка с удалением суставных поверхностей, у 7 некрэктомии пальцев стоп. В группе сравнения первичные «высокие» ампутации произведены у 10 больных, первичные «малые» ампутации у 12 больных.

При традиционном лечении удалось добиться выздоровления у 31,5% больных, а в группе с использованием ПЭС – у 40,3%. В группе сравнения умерло 4 больных (12,5%), а в основной группе – 3 (10,2%), причиной летальных исходов явилась полиорганная недостаточность на фоне прогрессирования основного гнойного процесса и тяжелые сопутствующие заболевания.

Выводы. Включение ПЭС в комплекс лечебных мероприятий больным с осложненными формами диабетической остеоартропатии позволяет добиться лучших результатов по сравнению с традиционными за счет уменьшения эндотоксикоза. Она может быть предложена при лечении тяжелых больных.

Список литературы

1. Шамрова Е.А., Авдеева Н.А., Карпушкина П.И. Плазмаферез в комплексном лечении гнойно-некротических осложнений сахарного диабета. Электронный научно-образовательный Вестник «Здоровье и образование в XXI веке» Материалы XVI Международного конгресса 2015, VOL.17, №4, с.33-35.

2. Бякин С.П. Селективные и комбинированные эфферентно-квантовые трансфизиологические операции в хирургии. Автореф. дисс. ... доктора мед. наук. – СПб., 1999. – 43 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ШИНИРУЮЩИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Климова Т.Н.

доцент кафедры ортопедической стоматологии, к.м.н.,
Волгоградский государственный медицинский университет,
Россия, г. Волгоград

Степанов В.А.

ассистент кафедры ортопедической стоматологии,
Волгоградский государственный медицинский университет,
Россия, г. Волгоград

Рябикова Т.А.

студент 5 курса стоматологического факультета,
Волгоградский государственный медицинский университет,
Россия, г. Волгоград

В статье проводится сравнительный анализ частоты использования различных видов шинирующих конструкций при комплексной стоматологической реабилитации пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом.

Ключевые слова: пародонтопатии, шинирующий бюгельный протез, несъемная шинна- протез, комплексная стоматологическая реабилитация.

Введение. На сегодняшний день заболевания пародонта не теряют своей актуальности в связи с их широкой распространенностью. Согласно данным современной литературы, хронические воспалительные заболевания пародонта поражают от 80 до 95% взрослого населения и являются причиной удаления зубов [1, 2].

Лечение пациентов с такой патологией должно проводиться в рамках комплексного подхода, который включает в себя терапевтическое, хирургическое, ортодонтическое, физиотерапевтическое и ортопедическое лечение [3, 4].

Важнейшим моментом в ортопедическом лечении пародонтопатий является устранение функциональной травматической перегрузки пародонта путем избирательного шлифования, шинирования или рационального протезирования [2].

В современной стоматологической практике известен широкий спектр вариантов протетического лечения, однако до сих пор нет однозначных показаний к выбору того или иного метода шинирования.

Цель работы – определить виды шинирующих конструкций, наиболее часто применяющихся при хроническом генерализованном пародонтите у населения крупного промышленного города.

Материалы и методы: для достижения поставленной цели на базе МУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» было проанализировано 56 медицинских карт стоматологических больных с диагнозом хронический генерализованный пародонтит. Все пациенты при этом проходили комплексную стоматологическую реабилитацию.

Результаты и их обсуждение. В ходе анализа медицинской документации было установлено, что подавляющему большинству пациентов (51; 91,1%) были изготовлены несъемные шинирующие конструкции в виде металлокерамических протезов с передне-сагиттальной стабилизацией или стабилизацией по дуге. В то время как только всего пяти пациентам (8,9%) были установлены шинирующие бюгельные протезы (рисунок).

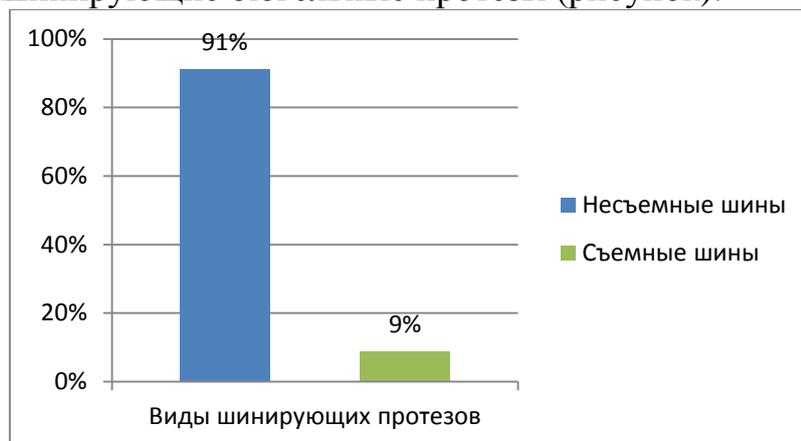


Рис. Использование различных видов шинирующих конструкций при лечении заболеваний пародонта

Выводы. Проведенное исследование демонстрирует, что при выборе шинирующих конструкций для лечения заболеваний пародонта наблюдается тенденция в пользу использования несъемных зубных протезов, что может быть объяснено с нескольких позиций. Во-первых, такие протетические конструкции являются более эстетичными, во-вторых, срок адаптации к ним значительно сокращен. Ну и наконец, в-третьих, использование несъемного вида шин не отягощает эмоциональное состояние пациента.

Однако следует отметить, что расширение показаний к использованию несъемных шинирующих конструкций возможно только при условии комплексной стоматологической реабилитации пародонтологических пациентов.

Список литературы

1. Жолудев С.Е., Делец А.В. Обоснование применения различных шинирующих конструкций при атрофических процессах в тканях пародонта // Проблемы стоматологии. 2013. – № 4. С. 16-22.
2. Ремизов А.А. Влияние частично съемных протезов на состояние тканей пародонта при лечении пациентов с частичной вторичной адентией // Пародонтология. 2009. – №2(51). С.46-50.
3. Шемонаев В.И., Деревянченко Н.Н., Малолеткова А.А. Ортопедическое лечение пациентов с заболеваниями пародонта. Учебно-методическое пособие. Волгоград 2009. С.163.
4. Шемонаев В.И., Климова Т.Н., Тимачева Т.Б., Саргсян К.А., Мась Е.С., Малышевская Д.В. Системный подход в решении пародонтологических проблем как залог стоматологического здоровья населения // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2013. – №3. – С.52-55.

РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В СЛЮНЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ОРГАНИЗМА

Кубасова Е.Д.

ст. преп., к.б.н.,

ГБОУ ВПО СГМУ, Россия, г. Архангельск

Шерстенникова А.К.

доцент, к.м.н.,

ГБОУ ВПО СГМУ, Россия, г. Архангельск

В статье представлен обзор научной литературы, посвященный клинико-лабораторной роли слюны в диагностике заболеваний.

Ключевые слова: слюна, биологические маркеры, лабораторная диагностика.

В настоящее время существует большое количество способов диагностики заболеваний, использующих в качестве диагностической жидкости слюну. Диагностика основана на анализе, прежде всего, минерального состава, свойств слюны, а также обнаружении различных биомаркеров [1].

Биологические маркеры в слюне определяют при помощи полимеразной цепной реакции (ПЦР), иммуноферментного анализа (ИФА), Вестерн-блоттинг метода [2].

Интерес к ним увеличивается, поскольку они просты, неинвазивны безопасны, безболезненны и не имеют ограничений к применению.

Таким образом, слюна может быть альтернативой, широко используемой сыворотке крови.

По состоянию слюны возможно диагностировать большое количество заболеваний различной природы.

Инфекционные заболевания. Ротовая жидкость в норме содержит небольшое количество IgG. Повышенное его содержание может свидетельствовать о наличии инфекционного заболевания [3]. Диагностика вирусных забо-

леваный основана на обнаружении антител к вирусам. Современные диагностические тесты позволяют обнаружить антитела к ВИЧ инфекции в слюне [4]. Кроме ВИЧ, в слюне могут обнаруживаться антитела к цитомегаловирусу, вирусу гепатита А, Эпштейн Барр вирусу и др. [5, 6].

Диагностика слюны позволяет выявить кандидоз ротовой полости на начальном этапе развития, до появления основных симптомов заболевания. При наличии в ротовой полости грибов рода *Candida* изменяется состав слюны: происходит увеличение количества муцина, белков богатых пролином, а также кальпротектина, гистамина и белков теплового шока, в частности Hsp70. Важное диагностическое значение при этом играет также наличие пероксидазы и иммуноглобулинов [7, 8, 9].

Аутоиммунные заболевания. При них происходит уменьшение ИЛ-1 в слюне, что может привести к воспалению слизистой ротовой полости и ее сухости. Помимо ИЛ-1, маркерами к данным заболеваниям могут служить повышенный уровень лактоферрина, бета-2-микроглобулина, лизоцима С, цистатина С, и снижение слюнной амилазы и карбоангидразы [10, 11, 12].

Эндокринные заболевания. Ряд гормонов находящихся в крови, можно обнаружить и в ротовой жидкости – это гормоны стероидной природы, а также белки и производные аминокислот [13].

Стероидные гормоны способны проникать в ротовую жидкость путем активного транспорта или при помощи диффузии. В зависимости от состояния человека в слюне возможно колебание уровня гормонов [14]. Мониторинг уровня свободного тестостерона в слюне позволяет оценить функции яичек, а по наличию эстрогенов можно определить функции яичников [15,16]. Кроме того, благодаря гормонам, находящимся в слюне можно диагностировать некоторые труднодиагностируемые на начальных этапах эндокринные заболевания, например синдром Кушинга. Анализ биомаркеров слюны позволяет обнаружить повышенное содержание кортизола и предположить о наличии заболевания еще на ранней стадии развития [17].

Гормоны белковой природы. Диагностическое значение для диагностики сахарного диабета имеет обнаружение инсулина в слюне. Существует прямая зависимость между уровнем инсулина в плазме крови и в слюне. При увеличении инсулина в сыворотке увеличивается содержание этого гормона в слюне. Кроме того, слюна содержит мультикомпонеты (альфа-амилаза, глюкоза и др.) изменение концентрации которых, может свидетельствовать о наличии сахарного диабета [9, 18].

Производные аминокислот, катехоламины. Катехоламины проникают из сыворотки в слюну путем простой диффузии. Взаимосвязь между колебаниями катехоламинов в слюне и плазме неоднозначна. Так, после физических упражнений количество катехоламинов в плазме крови значительно возрастает, в отличие от содержания их в слюне. Однако, колебания концентрации продуктов обмена катехоламинов в слюне и плазме совпадают [19, 20].

Заключение. Область применения слюны в качестве материала в клинической лабораторной диагностике растет.

Проведено огромное количество исследований, на сегодняшний день можно сказать, что слюну смело можно использовать в качестве ценного инструмента для диагностики большого количества заболеваний на ранних стадиях, а также проводить массовый скрининг населения.

Список литературы

1. Gorbachev A.L. Bioelement effects on thyroid gland in children living in iodine-adequate territory / A.L. Gorbachev, R.V. Koubassov, A.V. Skalny // *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*. – 2007. – Т. 21. № SUPPL. 1. – С. 56-58.
2. Vijayendra P. Saliva- a diagnostic fluid: a review / P. Vijayendra, U. Vivekananda, T. Jyoti, P. Smriti, K. Gagandeep // *International journal of dental and medical research*. – 2014. – № 1. С. – 149-153.
3. Кашутин С.Л. Уровень экспрессии молекул адгезии на нейтрофилах в зависимости от сегментации их ядер / С.Л. Кашутин, С.И. Данилов, Е.Н. Верещагина, С.В. Ключарева // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2013. – № 11. – С. 45-47.
4. Scully C. HIV topic update: salivary testing for antibodies / C. Scully // *Oral. Dis.* – 1997. – № 3. С. – 212-215.
5. Dobrodeeva L.K. Immunologic characteristics of individuals working on the Archipelago Spitzbergen / L.K. Dobrodeeva, A.V. Tkachev, E.V. Tipisova, S.L. Kashutin // *Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова*. – 1998. – Т. 84. – № 1-2. – С. 119-124.
6. Игнатъева С.Н. Изменения ферментного статуса лейкоцитов у студентов в течение учебного года / С.Н. Игнатъева, Р.В. Кубасов // *Медицина труда и промышленная экология*. – 2009. – № 6. – С. 23-27.
7. Silva D.G. Higher levels of salivary MUC5B and MUC7 in individuals with gastric diseases who harbor *Helicobacter pylori* / D.G. Silva, R.H. Stevens, J.M. Macedo // *Archives of oral biology*. – 2009. – № 54 (1). С. – 86–90.
8. Дегтяр Ю.С. Микозы стоп у больных экземой на Севере / Ю.С. Дегтяр, С.Л. Кашутин, Е.В. Ваулина // *Экология человека*. – 2006. – № 4 S2. – С. 362.
9. Mittal S. The diagnostic role of Saliva – a review / S. Mittal, V. Bansal, S. Garg, G. Atreja, S. Bansal // *J. Clin. Exp. Dent.* – 2011. – № 3(4). – e314-20.
10. Бичкаева Ф.А. Соотношение гуморальных факторов естественного иммунитета и показателей липидного обмена у детей-аборигенов Северо-востока России / Ф.А. Бичкаева, Т.В. Годовых, Т.В. Третьякова, А.В. Лоскутова, Р.В. Кубасов, О.С. Власова, О.В. Коржова // *Экология человека*. – 2010. – № 5. – С. 17-19.
11. Лупачев В.В. Изменения общих сывороточных иммуноглобулинов и показателей сердечнососудистой системы у моряков в динамике Арктического рейса / В.В. Лупачев, М.Ю. Юрьева, Р.В. Кубасов // *Мир науки, культуры, образования*. – 2013. – № 3 (40). – С. 383-385.
12. Koubassov R.V. Adrenocorticotrophic Hormone and Cortisol Secretion Changes among Law Enforcement Personnel During a Mission to the Areas of Local Armed Conflict / R.V. Koubassov, Y.E. Barachevsky, V.V. Lupachev // *International Journal of Biomedicine*. – Vol. 4, No. 2. – 2014. – P. 76-78.
13. Кубасов Р.В. Проблемы профессиональной безопасности сотрудников силовых ведомств – участников локальных вооруженных конфликтов / Р.В. Кубасов, Ю.Е. Барачевский, В.В. Лупачев // *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. – 2014. – № 1. – С. 39-46.
14. Поскотинова Л.В. Сердечнососудистая регуляция и соотношение тестостерона и кортизола в слюне при физической нагрузке у мальчиков – подростков / Л.В. Поскотинова, Д.Б. Дёмин, Р.В. Кубасов, А.Н. Золкина, А.В. Вылегжанина, Е.В. Типисова // *В сборнике: Научные труды I съезда физиологов СНГ – 2005*. – С. 194.

15. Горелов Ф.А. Взаимосвязи уровней витаминов и гормонов системы «гипофиз – половые железы» в сыворотке крови у детей Европейского севера / Ф.А. Горелов, Р.В. Кубасов, Ф.А. Бичкаева, Л.П. Жилина // Экология человека. – 2009. – № 7. – С. 24-26
16. Jinrui H. Changes in the salivary testosterone level in aged / H. Jinrui, N. Itoh, T. Nitta, T. Kurohata et al. // Hinyokika Kyo. – 1994. – № 40. С. – 807-11.
17. Boscaro M. Approach to the patient with possible Cushing's syndrome / M. Boscaro, G. Arnaldi // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2009. – № 94. – С. 3121-3131.
18. Демин Д.Б. Особенности гормональных взаимодействий системы гипофиз – кора надпочечников – гонады и поджелудочной железы у мальчиков Европейского севера / Д.Б. Демин, Р.В. Кубасов, Е.В. Типисова, А.В. Ткачев // Материалы Всерос. конф. с междунар. участием «Биологические аспекты экологии человека» Экология человека. – 2004. – Т. 1. – С. 155.
19. Кубасов Р.В. Гормональные изменения в ответ на экстремальные факторы внешней среды / Р.В. Кубасов // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2014. – № 9-10. – С. 102-109.
20. Третьякова Т.В. Взаимоотношения между содержанием в сыворотке крови токоферола, ретинола и гормонов репродуктивной системы у детей / Т.В. Третьякова, Р.В. Кубасов, О.С. Власова, Ф.А. Бичкаева, Л.П. Жилина // Клиническая лабораторная диагностика. – 2009. – № 12. – С. 11-14.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ИНДУКЦИИ РОДОВ ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И «НЕЗРЕЛОЙ» ШЕЙКЕ МАТКИ

Кулагина О.А.

студентка, медицинский институт,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Усанов В.Д.

зав. кафедрой «Акушерство и гинекология», канд. мед. наук, доцент,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Ишкова М.В.

старший преподаватель кафедры «Акушерство и гинекология»,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Штах А.Ф.

доцент кафедры «Акушерство и гинекология», канд. мед. наук,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Проанализирован опыт применения различных препаратов для родовозбуждения на фоне дородового излития околоплодных вод при незрелой шейке матки. Обнаружено значимое снижение частоты абдоминального родоразрешения при индукции родов мифепристоном или препидил-гелем, в отличие от использования окситоцина. Отмечена необходимость комплексного подхода к определению состояния плода при выставлении показаний к операции кесарева сечения.

Ключевые слова: индукция родов, мифепристон, препидил-гель, кесарево сечение.

Актуальность проблемы. Аномалии родовой деятельности являются одним из основных показаний для абдоминального родоразрешения в экстренном порядке. Частым осложнением нарушений сократительной деятельности матки является дородовое излитие околоплодных вод при незрелой шейке матки. До 2014 года в нашей стране для индукции родов по истечении 6 часов безводного периода в основном использовали окситоцин или энзапрост дозировано внутривенно на фоне эпидуральной анестезии или премедикации опиатами. Однако в мировой практике с 2000 года отработывалась методика индукции родов мифепристоном [4, 6]. Первое упоминание о применении мифепристона с такой целью относится к 1998 году [4, 3], а доказательные отчеты опубликованы в 2006 году [4].

Мифепристон обладает высоким сродством к рецепторам прогестерона, что определяет механизм его действия. Препарат связывается с рецептором прогестерона, это ведет к конформационной перестройке последнего, и дальнейшие транскрипционные эффекты становятся невозможными. Таким образом, мифепристон блокирует эффекты прогестерона за счет конкурентного ингибирования его рецептора [5].

Препарат также влияет на активность других рецепторных систем: восстанавливает чувствительность клеток миометрия к окситоцину, сниженную под действием прогестерона, в доношенном сроке беременности; активизирует сократительную деятельность матки, увеличивая частоту и амплитуду сокращения; увеличивает содержание цАМФ в цитоплазме клеток шейки матки, что приводит к релаксации шейки матки; повышает чувствительность миометрия к интерлейкину 1,3 накануне родов за счет увеличения синтеза и экспрессии их рецепторов, что приводит к нормализации сократительной деятельности матки; ингибирует синтез рецепторов простагландина E₂ в эндометрии; оказывает модифицирующее действие на эстроген-зависимые изменения в эндометрии и миометрии. [6]

По данным систематического обзора [4], оптимальной разовой дозой мифепристона для индукции родов является 200 мг. Допускается последовательный трёхкратный прием препарата через каждые 6 часов до развития спонтанной родовой деятельности. При такой методике применения отмечено значительное снижение частоты операций кесарева сечения по поводу аномалий родовой деятельности. В отечественной литературе обнаружены лишь отдельные разрозненные данные об эффективности использования мифепристона для индукции родов при дородовом излитии околоплодных вод и незрелой шейке матки [6].

В нашей стране мифепристон рекомендован для использования с целью индукции родов с 2013 года. Помимо мифепристона протокол включает использование препидил-геля [5]. Публикации по данной проблеме в нашей стране единичны, а методология исследования не рандомизирована [1].

С октября 2014 года в ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом» началось использование мифепристона для индукции родов при дородовом излитии околоплодных вод и незрелой шейке матки.

Целью данной работы явилась оценка исходов индукции родов мифепристоном, препидил-гелем в сравнении с традиционным способом родовозбуждения окситоцином при дородовом излитии околоплодных вод и незрелой шейке матки.

Материал и методы. Ретроспективно проведен анализ 154 использований индукции родов мифепристоном, препидил-гелем, окситоцином при дородовом излитии вод в течение 6 месяцев со времени начала использования мифепристана в соответствии с протоколом.

Критерии отбора:

- дородовое излитие вод,
- незрелые родовые пути,
- доношенная беременность,
- отсутствие абсолютных и относительных показаний для КС,
- удовлетворительное состояние плода

По критериям отбора пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа – основная – состояла из 76 рожениц, которым индукция родов проводилась мифепристоном и 2 группа – контрольная – с использованием окситоцина (78 наблюдений). В 1-ой группе выделили 2 подгруппы: 1а (65 наблюдений: 52 первородящие и 13 повторнородящие женщины), 1в (11 наблюдений: 6 первородящих и 5 повторнородящих) соответственно использованию мифепристана и препидил-геля. Группы по возрасту, паритету сопоставимы.

В основной 1а подгруппе для индукции родов использовали мифепристон в дозировке 200 мг через 6 часов однократно или при необходимости двукратно (18 женщин); в 1в подгруппе использовали 1 официальную дозу препидил-геля.

В контрольной группе использовали окситоцин внутривенно дозированно. В этой группе первородящих женщин было 66, повторнородящих – 12.

Результаты и обсуждение. Индукция родов мифепристоном у первородящих привела к завершению родов через естественные родовые пути у 38 пациенток (73 %), у 14 пациенток (27%) родоразрешение завершено путём операции кесарева сечения.

Среди первородящих контрольной группы роды через естественные родовые пути произошли у 36 пациенток (55%), необходимость в выполнении операции кесарева сечения возникла у 30 рожениц (45%).

У повторнородящих при родовозбуждении мифепристоном роды закончились через естественные родовые пути у 11 пациенток (85% случаев), у 2 рожениц (15%) выполнена операция кесарева сечения.

У повторнородящих контрольной группы роды закончились через естественные родовые пути у 8 родильниц (67%), операцией кесарева сечения – у 4 пациенток (33%).

Несмотря на снижение количества операций кесарева сечения в абсолютных числах и процентном (на 12%) их выражении при использовании мифепристана у первородящих, достоверной разницы получено не было ($p=0,081$). Вероятнее всего, это связано с недостаточным объёмом наблюдений.

Аналогичная ситуация отмечена нами и при индукции родов мифепристоном у повторнородящих по сравнению с контролем (снижение на 55%),

однако, при расчёте статистики Манна-Уитни значимых различий выявлено не было ($p = 0,579$).

Применение препидил-геля у первородящих в 4 случаях (67%) привело к завершению родов через естественные родовые пути, у 2 пациенток (33%) сопровождалось появлением показаний к кесареву сечению. По сравнению с контрольной группой достоверной разницы в частоте родоразрешения путем операции кесарева сечения не получено ($p = 0,275$).

При применении препидил-геля у повторнородящих в 4 случаях (80%) роды закончились через естественные родовые пути, у 1 пациентки (20% случаев) выполнено кесарево сечение.

Таким образом, у повторнородящих снижение частоты операций кесарева сечения при индукции родов препидил-гелем по сравнению с контрольной группой менее выражено, чем при применении мефипристона (39% против 55%) и не подтверждено статистически ($p = 0,792$).

В основной группе в целом операция кесарева сечения выполнена в 19 случаях, что составляет 25% от общего числа родов в основной группе. В контрольной группе абдоминальное родоразрешение проведено в 34 случаях, что составляет 44%. Различия статистически достоверны ($p = 0,043$) (рис. 1 и 2).

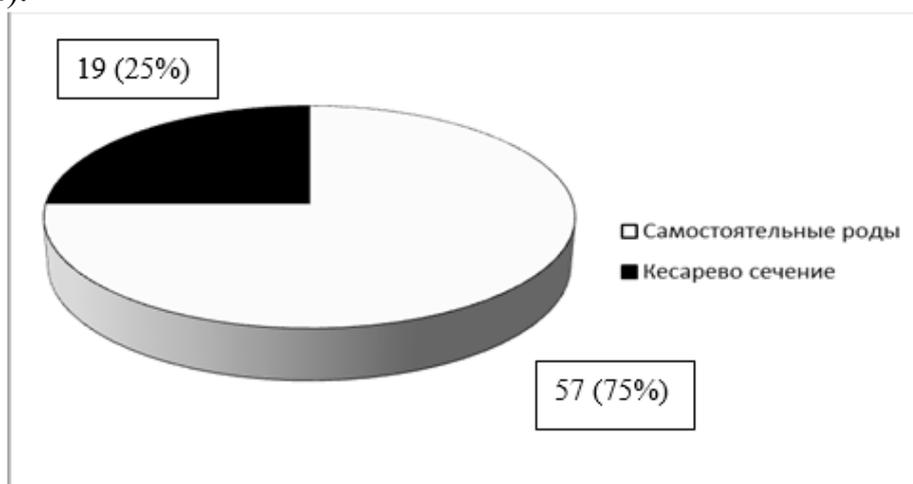


Рис. 1. Исходы родов в основной группе

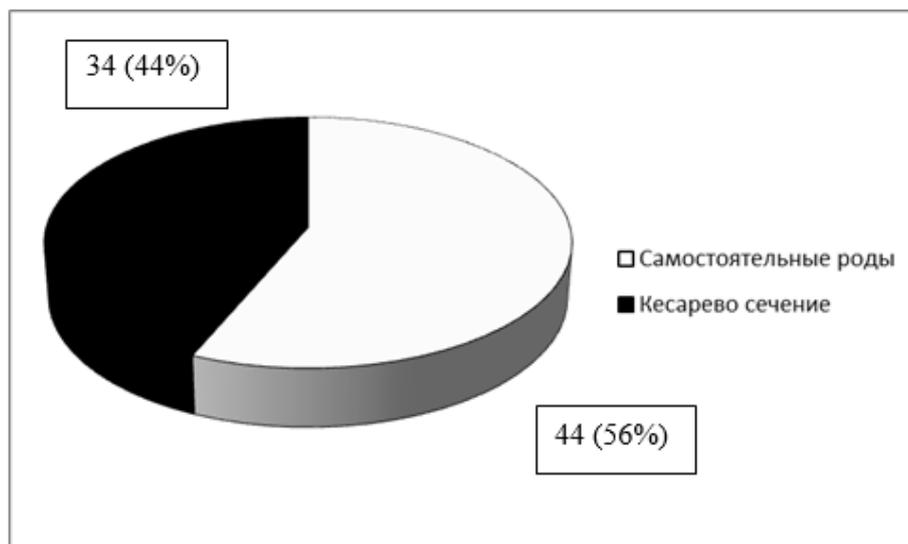


Рис. 2. Исходы родов в контрольной группе

Систематический обзор Cochrane показал, что если индукция родов проводилась только мифепристоном без введения окситоцина, то развивалась спонтанная родовая деятельность, при этом безводный период составил 24-96 ч. [4,2]. По нашему исследованию безводный период при применении мифепристона составил от 4-18 ч. Без введения окситоцина спонтанная родовая деятельность наблюдалась только у повторнородящих в 14 случаях.

При анализе историй родов выявлено различие в показаниях к оперативному родоразрешению в основной и контрольной группах. При индукции родов как мифепристоном, так и препидил-гелем показанием для абдоминального родоразрешения явилось угрожающее состояние плода. При этом диагноз угрожающее состояние плода был поставлен, руководствуясь только данными КТГ, без определения рН крови плода. Все дети были рождены в удовлетворительном состоянии по шкале Апгар (7-9 баллов). В контрольной группе при индукции родов окситоцином основным показанием к операции кесарева сечения явилась первичная слабость родовой деятельности. Асфиксия новорождённого не зарегистрирована ни в одном случае.

ВЫВОДЫ

1. Индукция родов мифепристоном или препидил-гелем достоверно снижает частоту абдоминального родоразрешения при дородовом излитии околоплодных вод и незрелой шейке матки в сравнении с индукцией окситоцином.

2. Статистически значимых различий в исходах родов при применении мифепристона или препидил-геля нами не выявлено.

3. Необходимо продолжение исследования для обоснования оптимального выбора препарата для индукции родов при дородовом излитии околоплодных вод.

Список литературы

1. Fekih M., Ben Zina N., Jnifen A. et al. Comparing two Prepidil gel regimens for cervical ripening before induction of labor at term: a randomized trial // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). – 2009. – Vol. 38 – 335–340.

2. Gallot D., de Lapasse C., Houille C. et al. Obstetrical prognosis of labour induction with mifepristone after 41 weeks of gestation. Article in French // Gynecol. Obstet. Fertil. – 2004. – Vol. 32, – 708–712.

3. Hage 1993 [published data only]. Hage P, Shaw J, Zarou D, Fleisher J, Wehbeh H. Double blind randomized trial to evaluate the role of outpatient use of PGE 2 in cervical ripening. // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 1993. – Vol. 168. – 430 – 435.

4. Napangama D., Neilson J.P. Mifepristone for induction of labour // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2009. – Issue 3.

5. О.Р. Баев, В.П. Румянцева, Н.Е. Канн и др. Клинический протокол «Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение» // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 4/2. – С. 1 – 16.

6. Болотских В.М. Опыт применения мифепристона при преждевременном излитии околоплодных вод // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. – №3. – С. 32-33.

ВОПРОСЫ ОТВЕТСТВЕННОЙ САМОПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРЗ

Леушков И.Е.

аспирант кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации,
Пятигорский медико-фармацевтический институт, Россия, г. Пятигорск

Андреева И.Н.

профессор кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации,
д-р фармац. наук,
Пятигорский медико-фармацевтический институт, Россия, г. Пятигорск

В статье рассматривается один из важнейших вопросов лечения ОРЗ – вопрос самолечения. Результатом самостоятельного лечения ОРЗ являются многие негативные последствия. Зачастую нерациональное сочетание лекарственных препаратов приводит к повышенному риску лекарственных взаимодействий, ослабляющих или усиливающих активность каждого из самостоятельно назначенных препаратов.

Ключевые слова: ОРЗ, самолечение, лекарственный препарат, побочный эффект.

Среди разнообразной патологии детей и взрослых острые респираторные заболевания (ОРЗ) занимают лидирующее положение, составляя более 90% всей инфекционной патологии и не менее 70% всей заболеваемости у человека. В России каждый год регистрируется более 37 млн больных ОРЗ.

ОРЗ занимает лидирующее положение не только по обращаемости за врачебной помощью, но и по самостоятельному посещению аптек больными с данной патологией, что в свою очередь значительно увеличивает количество потребляемых лекарственных препаратов [2].

Ввиду отсутствия возможностей этиотропной терапии лечение данной категории пациентов носит преимущественно симптоматический характер и направлено главным образом на купирование основных проявлений ОРЗ. Разнообразный спектр клинической симптоматики при ОРЗ побуждает больных купировать каждый симптом (головная боль, боль в горле, ринит, кашель, лихорадка и т.д.).

Препараты, самостоятельно приобретаемые больными, но к которым последние имели противопоказания, составляют 5,7%. Применение этих препаратов создает высокую вероятность развития осложнений фармакотерапии или усугубления патологического процесса. Чаще всего это относится к антибиотикотерапии, которая в 23% случаев применяется необоснованно [4]. Таким образом, создается прецедент для возникновения тяжелых последствий фармакотерапии. Провизоры рекомендуют самостоятельное лечение 6 из 10 больных гриппом, 71% больным острым назофарингитом и ринитом и 27% больным острым бронхитом. К врачу провизоры направляют лишь 6%, 10%, 5% и 19% больных соответственно. Лидерами аптечных продаж больным с ОРЗ при их обращении к провизору являются: противогриппозные комплексные препараты, препараты от кашля, препараты от боли в горле, муколитики и отхаркивающие [1].

Для лечения ОРЗ наиболее часто в амбулаторной практике используются следующие препараты: противовирусные, антисептики, антибактериальные, муколитики и отхаркивающие, жаропонижающие, антигистаминные, деконгестанты (капли в нос), иммуностропные [3].

Самолечение является источником многих негативных последствий, которые могут быть сведены к следующим:

- повышенный риск лекарственных взаимодействий,
- повышенный риск нежелательных побочных эффектов,
- повышение затрат на лечение,
- снижение комплаенса больных.

При самолечении может иметь место нерациональное сочетание лекарственных препаратов, повышенный риск лекарственных взаимодействий, ослабляющих или усиливающих активность каждого из назначенных препаратов. Все это может, с одной стороны, приводить к возникновению нежелательных побочных эффектов, а с другой – к недостаточной клинической эффективности лекарственного лечения.

Большое количество медикаментов, принимаемых больными ОРЗ, повышает риск возникновения самых разнообразных нежелательных эффектов. Так, негативными следствиями антибактериальной терапии (часто неоправданной) являются риск формирования антибиотико-резистентности, развития побочных эффектов, а также дополнительные затраты на лечение. Применение деконгестантов по поводу ринита, назофарингита может вызывать сердцебиение, повышение артериального давления (АД), приводить к «синдрому рикошета». Антигистаминные препараты способны вызывать опасные нарушения ритма [5].

В ведении больных с ОРЗ существует еще одна проблема: частое назначение антибиотиков, хотя обоснованные показания к этому в подавляющем большинстве случаев отсутствуют. Больные возлагают неоправданно большие надежды на эффективность этих препаратов и стремятся предупредить развитие осложнений. Хотя во многих клинических исследованиях показано, что назначение антибиотиков не ускоряет выздоровление и не предупреждает возникновение таких осложнений, как пневмонии, синуситы, отиты.

Список литературы

1. Белоусов, Ю.Б., Зырянов, С.К. Эффективность и безопасность лекарственных средств, применяемых при ОРВИ и гриппе // Русский медицинский журнал. – Т. 12. – 2004. – № 2. – С. 80.
2. Казюкова, Т.В., Панкратов, И.В., Алеев, А.С., Дудина, Т.А. Семейная профилактика гриппа и острых респираторных инфекций в период подъема сезонной заболеваемости // РМЖ. – 2011. – №2. – Т. 19. – С. 118–123.
3. Ленева, И.А. Арбидол эффективный препарат для лечения и профилактики гриппа и ОРВИ у детей // Русский медицинский журнал. – 2005. – №13. – С.72-75.
4. Свистушкин, В.М., Никифорова, Г.Н., Власова, Н.П. Возможности лечения больных с острыми респираторными вирусными инфекциями в настоящее время // Лечащий врач. – 2013. – №1. – С. 16-18.
5. Чувиров, Г.Н. Актуальные вопросы противовирусной терапии / Г.Н. Чувиров, Т.П. Маркова // РМЖ. – 2002. – Т.10. – № 3. – С. 11-16.

КЛАССИФИКАЦИЯ И ЗНАЧЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРВИ

Лешуков Д.Е.

аспирант кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации
Пятигорский медико-фармацевтический институт, Россия, г. Пятигорск

Парфейников С.А.

профессор кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации,
д-р фармац. наук,
Пятигорский медико-фармацевтический институт, Россия, г. Пятигорск

В статье рассматривается состояние проблемы симптоматической терапии ОРВИ. Предложена классификация и охарактеризованы современные средства симптоматического лечения.

Ключевые слова: ОРВИ, симптоматическая терапия, лекарственный препарат.

Вирусы острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) вызывают массовые вспышки заболеваний, принимающие почти ежегодно характер эпидемий. ОРВИ остается практически неконтролируемым заболеванием из-за высокой изменчивости антигенной структуры циркулирующих вирусов и гетерогенности возбудителей ОРВИ. Кроме того, вирусы ОРВИ способны изменять свои свойства и патогенность [4].

Существующий в настоящее время арсенал средств, используемых для профилактики и лечения гриппа и других ОРВИ, можно разделить на три основных класса:

1. Средства специфической профилактики и терапии;
2. Средства неспецифической профилактики и терапии;
3. Средства симптоматической терапии.

Средства симптоматической терапии при профилактике и лечении ОРВИ применяются наиболее часто. Лекарства, относящиеся к этой группе, весьма многочисленны и включают в себя аллопатические и гомеопатические препараты, а также средства так называемой народной медицины, среди последних немало и таких, применение которых либо бесполезно, либо даже опасно для здоровья [2].

Симптоматические средства, применяемые в медицинской практике, по фармакологическому эффекту можно разделить на следующие группы: анальгетики-антипиретики, антиконгестанты, противокашлевые препараты и муколитики, антигистаминные препараты и иммуномодуляторы.

Среди обширной группы препаратов с анальгетическим механизмом действия наибольшей популярностью пользуется парацетамол. Анальгетическими свойствами обладает и метамизол, более известный как анальгин. Вот уже более 100 лет в медицинской практике успешно используется в качестве анальгетика-антипиретика ацетилсалициловая кислота, лекарственный препарат на ее основе, производимый фирмой Байер, во всем мире известен как аспирин [1].

Другая группа средств симптоматической терапии – антиконгестанты – сосудосуживающие препараты для устранения отека слизистой оболочки носа. Большинство антиконгестантов относится к фармакологической группе средств, стимулирующих преимущественно α -адренорецепторы (α -адреномиметики).

Кашель, наряду с насморком, является самым частым симптомом ОРВИ, это обусловлено пневмотропностью большинства респираторных вирусов, поражающих слизистую оболочку дыхательных путей. Кодеин является одним из наиболее эффективных противокашлевых средств центрального действия, незначительно угнетающим дыхательный центр. Глауцин является алкалоидом из растения мачек желтый. Избирательно угнетает кашлевой центр. Тусупрекс – окселадина цитрат – препарат центрального действия, угнетающий только кашлевой центр. К числу противокашлевых препаратов местного действия относят либексин.

Кроме противокашлевых средств при симптомах раздражения дыхательных путей, зачастую необходимо прибегать к средствам, способствующим разжижению и отхождению мокроты из дыхательных путей – муколитикам. Наиболее известным из них является ацетилцистеин. Весьма сходным по структуре и механизму действия является карбоцистеин, но в отличие от ацетилцистеина он более эффективен при пероральном приеме. Одним из наиболее популярных муколитиков является бромгексин. Препарат оказывает муколитическое, секретолитическое, отхаркивающее и слабое противокашлевое действие. Кроме того, бромгексин стимулирует образование эндогенного сурфактанта – поверхностноактивной выстилки альвеол, обеспечивающей стабильность альвеолярных пузырьков во время дыхания и защищающей их от воздействия неблагоприятных факторов [3].

К числу симптоматических средств, широко используемых при лечении гриппа, относятся антигистаминные препараты. Основная идея применения этих средств – уменьшение отека слизистой оболочки верхних дыхательных путей за счет блокады H₁-гистаминовых рецепторов.

В последнее время широкое распространение получила идея применения при ОРВИ в качестве симптоматических средств различных иммуномодуляторов. Наиболее широко предлагаются препараты эхинацеи, лизаты и рибосомные фракции бактерий и др.

Список литературы

1. Беляев, А.Л. Современное состояние проблем гриппа и острых респираторных заболеваний (ОРЗ) / А.Л. Беляев, А.Н. Слепушкин // ЮТ-инфо. – 2003. – №4. – С. 29-33.
2. Величко, Т.В. Грипп: современные средства терапии и профилактики / Т.В. Величко // Русский медицинский журнал. – 2006. – №21. – С. 1576-1582.
3. Волкова, Л.В. Препараты интерферона в терапии гриппа и ОРВИ (обзор литературы) / Л.В. Волкова, А.Л. Бондаренко, Н.А. Савиных // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2008. – №1. – С. 43-46.
4. Ершов, Ф.И. Современные принципы профилактики и лечения гриппа и ОРВИ / Ф.И. Ершов, Н.В. Касьянова // Consilium medicum. – 2004. – Т. 06. – №1. – С. 1-13.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЕКАЮЩЕГО ОСТЕОХОНДРИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Петров А.Г.

доцент кафедры педиатрии и детской хирургии, канд. мед. наук, доцент,
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Россия, г. Чебоксары

Сергеев С.В.

врач травматолог-ортопед,
РДКБ МЗ ЧР, Россия, г. Чебоксары

Ластухин И.В.

заведующий отделением травматологии и ортопедии, канд. мед. наук,
РДКБ МЗ ЧР, Россия, г. Чебоксары,

Соколов А.О.

врач травматолог-ортопед,
РДКБ МЗ ЧР, Россия, г. Чебоксары

В статье изучены результаты хирургического лечения рассекающего остеохондрита коленного сустава у детей. Сформировано 2 группы наблюдения: группа с I-II стадиями болезни (основная) – 31 чел., группа с III-IV стадиями болезни (контрольная) – 14 чел. Ближайшие результаты сопоставимы в обеих группах. Лучшие отдаленные результаты наблюдались в группе артроскопического лечения с I-II стадиями болезни.

Ключевые слова: рассекающий остеохондрит, коленный сустав, хирургическое лечение.

Рассекающий остеохондрит коленного (РОКС) – заболевание с относительно благоприятным, обратимым повреждением субхондральной кости, заканчивающийся отграничением, секвестрацией и нестабильностью костно-хрящевого фрагмента [7, 8, 12].

Причинами заболевания считаются травмы, ишемия, нарушения процесса оссификации, конституциональные и генетические факторы, физические перегрузки [7, 8].

В начальных стадиях РОКС протекает латентно и обнаруживается как рентгенологическая находка. Основные клинические признаки неспецифичны: боль, дискомфорт в суставе и отек сустава после физических нагрузок. Наиболее высока частота РОКС у детей в возрасте от 10 до 15 лет [5, 12].

В лечении используются оперативные и неоперативные методы. Неоперативное лечение показано для лечения стабильных поражений у детей с открытыми ростковыми зонами [7]. Традиционное консервативное лечение РОКС состоит в иммобилизации коленного сустава с частичной разгрузкой (4 – 6 недель) и применение методов физиотерапевтического воздействия. Показаниями к оперативному лечению РОКС у детей считаются нестабиль-

ные или отделенные костно-хрящевыми фрагменты, приближение возраста закрытия зоны роста и безуспешность консервативного лечения [7, 9]. В России показаниями к оперативному лечению детей является наличие нестабильных костно-хрящевых фрагментов или свободных внутрисуставных тел в последних стадиях заболевания [1, 2], что сужает показания к оперативному лечению по сравнению с зарубежными рекомендациями.

Хорошие и отличные результаты оперативного лечения наблюдаются более чем у 80% детей, часть из них даже имеет возможность вернуться к активным занятиям спортом [4, 12]. При закрытии зон роста отдаленные положительные результаты лечения РОКС значительно хуже [10, 14].

Методы оперативного лечения РОКС можно разделить на: 1) симптоматическое лечение (лаваж, дебриджмент); методы восстановления хряща (методы стимуляции костного мозга, остеохондральная трансплантация, индукция хондрогенеза); 3) эндопротезирование суставов; 4) фиксация костно-хрящевого фрагмента [11].

Наиболее часто используются способы стимуляции костного мозга: 1) абразивная хондропластика – резекция суставного хряща с субхондральной костью; 2) создание микропереломов (микрофрактуринг) путем формирования множественных отверстий в субхондральной кости; 3) дриллинг (туннелизация) – рассверливание участков субхондральной кости тонкой спицей [3, 14]. Обязательным условием достижения положительного результата является хорошее кровоснабжение субхондральной кости [3].

Таким образом, есть все предпосылки для широкого использования методов оперативного лечения у детей уже на ранних стадиях РОКС, так как у них чаще всего не закрыты зоны роста и имеется хорошее кровоснабжение субхондральной кости.

Цель исследования: сравнить ранние и отдаленные результаты оперативного лечения у детей на ранних стадиях (I-II стадии) и поздних стадиях (III-IV стадии) заболевания при артроскопическим доступе.

Материалы и методы.

Проведен анализ 45 историй болезни детей с РОКС, из них 35 мальчиков и 10 девочек. Сформировано 2 группы наблюдения.

Основная группа. Составлена из 31 ребенка, среди которых 6 девочек и 25 мальчиков, находившихся на лечении в ФГУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г. И. Турнера» Минздравсоцразвития России в 2003 – 2010 годы с I – II стадиями РОКС с артроскопическим доступом оперативного лечения. Средний возраст пациентов 12,9 лет.

Контрольная группа. Составлена из 14 детей, среди которых 4 девочки и 10 мальчиков, находившихся на лечении в ФГУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г. И. Турнера» Минздравсоцразвития России в 2003 – 2010 годы с III и IV стадиями заболевания. Средний возраст пациентов 15,4 года.

Изучали жалобы, анамнез заболевания, проводили клинический осмотр, проводили рентгенографию коленного сустава в боковой, прямой и аксиальной проекциях, ТК – а также ультразвуковое исследование сустава.

Для уточнения локализации поражения и состояния костно-хрящевой ткани проводили компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию коленного сустава. Артроскопия в качестве диагностического и лечебного метода проведена у всех пациентов.

Оперативные приемы осуществляли под общей или регионарной анестезией в асептических условиях в положении больного на спине, из стандартных доступов – переднелатерального (для оптики 30⁰ фирмы «Karl Schorz») и переднемедиального (для инструментов).

По окончании операции сустав тщательно промывался физиологическим раствором, промывная жидкость аспирировалась. Сустав иммобилизовался, исключалась нагрузка на ногу (костыли). Средний срок иммобилизации составлял 3 недели. Активные движения в суставе разрешались на 5-7 день после операции. Послеоперационная реабилитация включала иммобилизацию, физиотерапию и лечебную гимнастику.

Ближайшие (до года) и отдаленные (спустя 1 год и более) результаты лечения оценивали по шкале Tegner-Lysholm [15].

Результаты исследования.

Наибольшее количество случаев РОКС встречалось в возрастном промежутке от 10 до 15 лет – 32 ребенка (71,1 %), 2 детей были в возрасте до 10 лет (4,4%), 11 детей (24,4%) были в возрасте от 16 до 18 лет.

I стадия РОКС диагностирована у 5 детей, II стадия – у 26 детей, III стадия – у 8 детей, IV стадия – у 6 детей. В 9 (20,0 %) случаях наблюдалось двустороннее поражение, в 36 (80,0 %) – одностороннее. Вовлечение в патологический процесс правого коленного сустава отмечалось в 20 случаях (44,4 %), левого – 25 (55,6 %). В патологический процесс внутренний мышцелок бедра вовлекался 34 случая (75,6 %), латеральный мышцелок – в 5 случаях (11,9 %), надколенник – в 6 случаях (13,3 %).

Основными жалобами пациентов были припухлость сустава (44,1%), хромота (27,1%), ограничение движений в суставе (23,7%). При обследовании наблюдали припухлость в суставе, болезненность медиального мышцелка бедра при пальпации, ограничение сгибания и болезненность максимальном при сгибании. Клиническая картина была менее выражена в основной группе, что объяснимо более ранними стадиями болезни в данной группе (табл. 1).

Таблица 1

Результаты объективного обследования коленного сустава

	Основная группа 1 (n=31)	Основная группа 2 (n=14)
Припухлость сустава	54,8 % (17)	71,4 % (10)
Болезненность медиального мышцелка бедра при пальпации	54,8 % (17)	50 % (7)
Ограничение сгибания	16,1 % (5)	42,9 % (6)
Болезненность в коленном суставе при максимальном сгибании	38,7 % (12)	28,6 % (4)

Далее представлены используемые оперативные приемы лечения РОКС и их сочетания у наших пациентов (табл. 2).

Используемые методы оперативного лечения РОКС

	основная группа	контрольная группа
<i>Симптоматическое лечение</i>		
Дебриджмент (шейвирование хряща)	90,3%	50,0%
Дебриджмент (моделирующая резекция хряща)	25,8%	85,7%
Лаваж	100%	100%
<i>Методы стимуляции костного мозга</i>		
Дриллинг очага остеохондропатии	100%	0
Дриллинг субхондральной кости	0	21,4%
Микрофрактуринг субхондральной кости	0	71,4%
Абразивная хондропластика	0	14,3 %
<i>Другие методы</i>		
Удаление суставных тел	0	42,9%
Резекция диссаканта	0	57,1%

При оценке ранних результатов отмечали только хорошие и отличные результаты функции коленного сустава. Лучшие ранние результаты получены в основной группе (88,9% отличных результатов), хуже в контрольной группе (75% отличных результатов).

При оценке поздних результатов лечения процент отличной функции коленного сустава снижался, но оставался самым высоким в основной группе – 50%, был ниже в контрольной группе – 28,6%.

Суммарная доля хороших и отличных результатов функции коленного сустава в отдаленном периоде была лучше в основной группе – 81,3%, в контрольной группе данный показатель составил 71,4%.

Восстановление функции сустава не зависело от локализации поражения, и результаты оказались сопоставимыми (табл. 3).

Таблица 3

Оценка функции коленного сустава по шкале Lysholm-Tegner (1985) в позднем восстановительном периоде при различной локализации очага

Группа	Неудовлетворительная	Удовлетворительная	Хорошая	Отличная
Внутренний мышцелок	11,1% (3)	22,2% (6)	40,7% (11)	25,9% (7)
Наружный мышцелок	0% (0)	20% (1)	40% (2)	40% (2)
Надколенник	0% (0)	25% (1)	25% (1)	50% (2)

Не выявлено различий по ближайшим и отдаленным результатам между подгруппами мальчиков и девочек, а также между возрастными подгруппами.

Обсуждение результатов. По литературным данным отдаленные результаты восстановления функции коленного сустава оперативного лечения хуже ранних результатов, что связывают с дегенерацией хрящевой ткани в позднем послеоперационном периоде. Это объясняют тем, что фиброзно-хрящевой регенерат не имеет прочностных свойств гиалинового хряща и быстрее подвергается износу [6, 13].

В нашем исследовании при оценке поздних результатов процент отличной функции коленного сустава закономерно снижался, но оставался самым высоким в основной группе 1 – 50%, был ниже в контрольной группе – 28,6%, что свидетельствует о преимуществах раннего оперативного лечения и можно объяснить высокими регенеративными способностями суставного хряща в детском организме.

Пациенты с ранними стадиями РОКС имели более высокую жизнеспособность очага остеохондропатии меньшие дефекты хряща, также средний возраст в этой подгруппе был на 2,5 года меньше, что соответственно говорило о более высокой регенеративной способности хряща и наличии открытых активных метафизарных зон роста у этой категории пациентов. Неудивительно, что оперативное лечение на ранних стадиях РОКС благодаря лучшей регенерации костно-хрящевой ткани имело лучшие ближайшие и отдаленные результаты по сравнению с оперативным лечением, проведенным на поздних стадиях болезни.

Выводы:

1. В ближайшем периоде наблюдения после оперативного лечения рассекающего остеохондрита коленного сустава отмечены хорошие и отличные результаты, частота которых сопоставима в обеих группах наблюдения.

2. Лучшая функция коленного сустава в отдаленном послеоперационном периоде рассекающего остеохондрита коленного сустава достигается при использовании оперативного лечения на ранних стадиях болезни.

3. Не выявлено возрастно-половых различий ранних и поздних результатов оперативного лечения рассекающего остеохондрита коленного сустава, независимо от стадии заболевания.

Список литературы

1. Выборнов Д.Ю., Крестьяшин В.М. Артроскопия в диагностике и лечении болезни Кенига и Левена у детей / Д.Ю. Выборнов, В.М. Крестьяшин // Сб. статей II конгресс Российского артроскопического общества. М., 1997. С. 36 -45.
2. Монахов В.В. Диагностика и методы артроскопического лечения больных с начальными стадиями рассекающего остеохондрита коленного сустава (клиническое исследование): дис. канд. мед. Наук. / В.В. Монахов; ГУ "Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии". СПб, 2004. 149 с.
3. Aichroth P. Osteochondritis dissecans of the knee / P. Aichroth // J. Bone Joint Surg. 1971. Vol. 53, № 3. P. 440 – 447.
4. Bauer M. et al. Osteochondritis dissecans of the ankle. A 20-year follow-up study / M. Bauer, K. Jonsson, B. Linden // J. Bone Jt. Surg. 1987. V.6 B. № 1, P. 93 – 96.
5. Bradle J., Dandy D.J. Osteochondritis dissecans and other lesions of the femoral condyles / J. Bradley, D.J. Dandy // J Bone Jt Surg. 1989. V. 71-B, № 3. P. 518 – 522.
6. Buckwalter J. A., Einhorn T. A., Bolander M. E., Cruess R. L. Healing of musculoskeletal tissues / eds. C. A. Rockwood Jr., D. Green. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1996. P. 261 – 304.
7. Cahill B.R. Osteochondritis dissecans of the knee: Treatment of juvenile and adult forms / B.R. Cahill // J. Am. Acad. Orthop. Surg. 1995. №3. P. 237 – 247.
8. Clanton T. Osteochondritis dissecans: history, pathophysiology and current treatment concept / T. Clanton, J. DeLee // Clin. Orthop. 1982. №167. P. 50 – 64.

9. Ewing J.W., Voto S.J. Arthroscopic surgical management of osteochondritis dissecans of the knee / J.W. Ewing, S.J. Voto // Arthroscopy. 1988. V.4. P. 37 – 40.
10. Fritz J. Articular cartilage defects in the knee – basis, therapies and results / J. Fritz, P. Janssen, Ch. Gaissmaier, B. Schewe, K. Weise // Injury. 2008. V. 39, Supp. 1. P. 50 – 56.
11. Heir S. Focal cartilage defects in the knee: dissertation for the degree PhD; Faculty of Medicine University of Oslo. Oslo. 2011. 181p.
12. Kocher M.S. et al. Functional and radiographic outcome of juvenile osteochondritis dissecans of the knee treated with transarticular arthroscopic drilling / M.S. Kocher, L.J. Micheli, M. Yaniv et al. // Am J Sports Med. 2001. V. 29, №5 P. 562 – 566.
13. Mitchell N., Shephard N. The resurfacing of adult rabbit articular cartilage by multiple perforations / N Mitchell., N. Shephard // J. Bone Joint Surg. 1976. V. 58. P. 230–233
14. Steadman J.R. Microfracture: surgical technique and rehabilitation to treat chondral defects / J.R. Steadman, W.G. Rodkey J.J. Rodrigo // Clin. Orthop. 2001. № 391. P. 362 – 369.
15. Tegner Y, Lysholm J. Rating systems in the evaluation of knee ligament injuries / Y. Tegner, J. Lysholm // Clin Orthop Relat Res. 1985 P. 43 – 49.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

Петров А.Г.

доцент кафедры педиатрии и детской хирургии, канд. мед. наук, доцент,
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Россия, г. Чебоксары

Акинфиев А.В.

профессор кафедры педиатрии и детской хирургии, докт. мед. наук, профессор,
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Россия, г. Чебоксары

Соколов А.О.

врач травматолог-ортопед,
РДКБ МЗ ЧР, Россия, г. Чебоксары

В статье проведен ретроспективный анализ лечения черепно-мозговых повреждений у детей в условиях специализированного травматологического отделения. Материал основан на лечении 111 детей за последние 15 лет (2000 – 2015 гг.).

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, политравма у детей.

Повреждения черепа и головного мозга в структуре всех травм детского возраста составляют от 21 до 75% [11] и занимают первое место среди всех локализаций травм, требующих госпитализации [1-3]. Необходимо отметить, что легкая черепно-мозговая травма, которая преобладает у детей, в 60-80% случаев отягощается различными последствиями. Негативное влияние черепно-мозговой травмы усугубляется с возрастом, обуславливая дезорганизацию интегративной деятельности мозга, прогрессирующие вегетативные, интеллектуальные и другие нарушения, препятствующие полноценному развитию и социально-трудовой адаптации [5].

Основными причинами черепно-мозговых повреждений у детей грудного и ясельного возраста являются: падение со стола для пеленания, с рук родителей, коляски.

Для детей дошкольного возраста более характерно падение из окон, с лестниц, крыш, деревьев. С увеличением возраста нарастает частота спортивного травматизма. Травмы у мальчиков наблюдаются в 2-3 раза чаще, чем у девочек. Большая часть повреждений отмечается во второй половине дня, когда дети возвращаются из школы домой.

Цель исследования – провести анализ лечения черепно-мозговых повреждений у детей при политравме в условиях специализированного травматологического отделения.

Материалы и методы исследования.

Материал основан на ретроспективном и демографическом анализе лечения черепно-мозговых повреждений у детей при политравме (111 больных) в специализированных травматологических отделениях (ГДБ №3 г. Чебоксары и ДРКБ МЗ Чувашской республики). Анализ проведен за последние 15 лет (2000 – 2015 г). Среди больных преобладали мальчики (71%) и дети от 7 до 14 лет (54,4%).

Данные повреждения наиболее часто сочетались со скелетной травмой (68,2%), абдоминальными повреждениями (54,2%), травмой органов грудной клетки (33,1%). Диагноз травмы черепа и головного мозга ставился на основании клинического и инструментального обследования (МСКТ головного мозга).

Ушибы головного мозга средней и тяжелой степени диагностированы у 48 детей, внутричерепные гематомы – у 18 детей. Клиническая картина складывалась из следующих групп симптомов: расстройство сознания, поражение черепных нервов, очаговых поражений мозга, стволочных оболочечных. Уровень сознания оценивали по шкале ком Глазго. По механизму травмы преобладал дорожно-транспортный травматизм (81,8%). Большинство детей поступали в тяжелом (93,3%) и крайне тяжелом состоянии (6,7%). Различные варианты угнетения сознания были выявлены у всех больных: оглушение – 51,9%, сопор – 14,2%, кома – 34%.

Умерло 9 детей (8,1%). Данные дети находились в крайне тяжелом состоянии с выраженными расстройствами сознания (кома 2-3).

На основании комплексного обследования больных с политравмой: объективного осмотра, клинико-рентгенологических данных, лабораторных исследований – определялась тактика хирургического лечения.

Всего было выполнено 35 хирургических вмешательства: удаление внутричерепных гематом – 18, удаление вдавленных отломков костей свода черепа – 7, больных, внутренняя декомпрессия головного мозга – 10 больных.

Результаты и их обсуждение.

Больные в зависимости от исхода повреждения были разделены на две группы: умершие и выжившие. Выживших было 102 ребенка, что составило – 91,8%, летальный исход наблюдался у 9 детей (8,2%).

Закрытая черепно-мозговая травма отмечалась в 59,3% случаев. Сроки госпитализации больных с момента травмы варьировали от 1 часа до 3 суток. Большинство больных было доставлено в стационар до 3 часов с момента травмы – 59 детей (71.4%).

Показанием к хирургическому лечению в остром периоде черепно-мозговой травмы являются: открытая травма черепа и головного мозга, закрытый вдавленный перелом костей черепа, внутричерепные гематомы любой локализации, крупные очаги размозжения. На всех этапах операции уделялось особое внимание тщательному гемостазу (особенно у детей младшей возрастной группы), так как из-за малого объема циркулирующей крови даже незначительная кровопотеря может быть критической.

Наряду с хирургическим лечением больным проводилась патогенетическая терапия. Проводимая терапия была направлена на снижение внутричерепного давления, уменьшение вторичного отека головного мозга, предупреждение гипоксии головного мозга, нормализацию метаболических процессов мозга.

Среди пострадавших с летальным исходом в состоянии комы 2-3 степени поступило 9 пациентов.

Тяжелая черепно-мозговая травма как основной компонент политравмы имела место в 51,6% у пострадавших детей.

В зависимости от исхода черепно-мозговой травмы все больные были распределены на пять групп (выздоровление, нервно-психическая дисфункция легкой и тяжелой степени, вегетативное состояние, смерть). Большинство детей были выписаны с признаками легкой нервно-психической дисфункции – 68 (66,6%), умерло 9 больных, что составило 8,1%. Причина летальных исходов – нарастающий диффузный отек с развитием вторичных нарушений мозгового кровообращения в базально-стволовых отделах головного мозга.

Таким образом, выбор активной хирургической тактики строился на основе клинико-рентгенологических данных, что позволяло определить функционально-морфологические изменения. На основании выявленных патологических образований (сдавливающих факторов, первичных или вторичных очагов размягчения головного мозга) проводилась конкретно адресованная направленность лечебных хирургических мероприятий [7-9].

Предпочтение отдавалось малоинвазивным методам хирургического лечения.

Выводы:

Лечение больных детей с черепно-мозговыми повреждениями при политравме должно проводиться в условиях специализированного лечебного учреждения, располагающего возможностью оказания комплексной хирургической, травматологической и нейрохирургической помощи.

По механизму получения травмы у детей преобладает дорожно-транспортный травматизм: наезд транспортного средства на ребенка – 61.2%, ускорение или замедление в транспорте – 23,4% случаев.

У детей тяжелая черепно-мозговая травма составила 42,2% как основной компонент политравмы. Исход при выписке: легкая нервно-психическая дисфункция – 66,6%, выздоровление – 25.3%, умерло – 8.1%

Список литературы

1. Агаджанян В.В., Пронских А.А., Устьянцева И.М., Агаларян А.Х., Кравцов С.А., Крылов Ю.М. и др. Политравма. Новосибирск, Наука. – 2003. – 494 с.
2. Агаджанян В.В., Устьянцева И.М., Пронских А.А. Политравма. Септические осложнения. Новосибирск, Наука. – 2005. - 391 с.
3. Агаджанян В.В., Устьянцева И.М., Пронских А.А., Кравцов С.А., Новокшенов А.В., Агаларян А.Х., и др. Политравма. Неотложная помощь и транспортировка. Новосибирск, Наука. – 2008. - 320 с.
4. Агаджанян В.В., Новокшенов А.В., Якушин О.А. Черепно-мозговая и спинальная травма у детей // Политравма. Лечение детей / под ред. В.В.Агаджаняна. Новосибирск, Наука. – 2014. - С.102-147.
5. Беляев А.В., Изосимов А.Н. Эпидемиология черепно-мозговой травмы у детей // Преемственность в лечении больных с тяжелой черепно-мозговой травмой. Тольяти, 1998. – С. 30-34.
6. Непомнящий В.П., Лихтерман Л.Б., Ярцев В.В. Организационные и методические вопросы распространенности черепно-мозговой травмы в СССР // Вопр.нейрохирургии. -1988. - №2. - С. 53-55.
7. Новокшенов А.В. Эндовидеоскопический метод лечения тяжелой черепно-мозговой травмы // Охрана здоровья угледобывающих районов: тез. докл. междунар. конф.-Ленинск-Кузнецкий, – 1997. - С.133-135.
8. Новокшенов А.В., Агаджанян В.В. Хирургическое лечение тяжелой черепно-мозговой травмы в остром периоде // Политравма. – 2008. - №3. - С. 33-39.
9. Новокшенов А., Николаев А.С., Литвиненко Р.Н., Сельскова И.Г., Бурзянцева Н.С., Вострикова Т.А. Родовая черепно-мозговая травма новорожденных: диагностика и лечение // Политравма. – 2009. - №1. - С. 42-49.
10. Hsiang JNK, Yeung T, Yu ALM, Poon WS. High – risk mild head injury. J. Neurosurg. 1997; 87 (2): 234-238.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ЭЛАСТИЧНОГО СТАБИЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Петров А.Г.

доцент кафедры педиатрии и детской хирургии, канд. мед. наук, доцент,
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Россия, г. Чебоксары

Акинфиев А.В.

профессор кафедры педиатрии и детской хирургии, докт. мед. наук, профессор,
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Россия, г. Чебоксары

Соколов А.О.

врач травматолог-ортопед,
РДКБ МЗ ЧР, Россия, г. Чебоксары

В статье проведен ретроспективный анализ первого опыта использования при лечении диафизарных переломов бедренной кости у детей интрамедуллярного стабильного

эластичного остеосинтеза (24 ребенка) в условиях специализированного травматологического отделения БРКБ МЗ ЧР г. Чебоксары.

Ключевые слова: интрамедуллярный эластичный стабильный остеосинтез, диафизарный перелом бедра, дети.

Со времени внедрения в начале 80-х годов J.P. Metaizeau и J. Prevot интрамедуллярного эластичного стабильного остеосинтеза подходы к лечению диафизарных переломов бедренной кости у детей кардинально изменились [6,7,8]. Оперативные методы лечения переломов у детей, по мнению многих авторов, показаны в возрастном периоде старше 5 лет [11]. Учитывая психологические, социальные и экономические факторы, интрамедуллярный остеосинтез эластичными стержнями наиболее целесообразен в возрастной группе 5 – 14 лет, что обеспечивает сокращение длительности стационарного лечения, быстрое функциональное восстановление после травмы [4,10,11]. Другими преимуществами метода является достижение репозиции перелома на операционном столе, малоинвазивность оперативной техники, отсутствие необходимости внешней иммобилизации [2,3].

Целью данного исследования явился анализ нашего опыта использования интрамедуллярного стабильного эластичного остеосинтеза в условиях специализированного травматологического отделения ДРКБ МЗ ЧР г. Чебоксары.

Материалы и методы.

Проанализированы ретроспективно результаты лечения диафизарных переломов бедренной кости у детей с использованием интрамедуллярного стабильного эластичного остеосинтеза в течение 2013 года. Все 24 случая (мальчики – 16 случаев, девочки – 8) являются последовательными. Критерием включения в исследование явилось применение интрамедуллярного стабильного эластичного остеосинтеза при диафизарных переломах у детей.

Средний возраст детей на момент получения травмы составил 8,6 года. Переломы во всех случаях были закрытыми, по характеру линии перелома: 13 поперечных, 6 косых, 3 винтообразных и 2 крупнооскольчатых. Уровень перелома соответствовал средней трети диафиза у большинства пациентов – 18, верхней трети – в 5 случаях, нижней трети – у одного пациента. В восьми случаях повреждение было сочетанным (закрытая черепно-мозговая травма). По причине травматизма случаи распределились следующим образом: 40% – автодорожные, 35% – уличные, 25% – прочие.

Во время оперативного вмешательства соблюдались принципы стабильного эластичного остеосинтеза, применялись методики и технические приемы, описанные авторами метода [6,7,8]. Использовался адаптивный хирургический инструментарий, интраоперационный визуальный контроль с помощью С – дуги. Для переломов в средней и верхней трети была применена методика ретроградного биполярного эластичного стабильного остеосинтеза для переломов в нижней трети – методика антеградного монополярного интрамедуллярного остеосинтеза.

Результаты оценивались по следующим показателям: методика и длительность оперативного вмешательства, параметры имплантатов, длитель-

ность госпитализации, рентгенологические показатели смещения отломков в ближайшем послеоперационном и более позднем периоде, время восстановления движений и активности ребенка в послеоперационном периоде, осложнения.

Результаты и их обсуждение.

Время от получения травмы до выполнения оперативного вмешательства составило в среднем 2 дня.

Длительность оперативного вмешательства варьировала от 30 до 105 минут. Для первичной репозиции скелетное вытяжение использовалось у 21 ребенка. Ни у одного пациента не потребовалось ни открытой репозиции, ни применения временного дистракционного внешнего устройства. В двух случаях крупнооскольчатого характера перелома, была применена методика комбинированного остеосинтеза, когда интрамедуллярный стабильный эластичный остеосинтез дополнялся внешней фиксацией аппаратом Orthofix.

Дети были вертикализированы с костылями на 2-5 сутки после операции, в этот же период значительно снижался или исчезал болевой синдром. Общая длительность госпитализации составила 15 дней и была обусловлена нормативными документами (медико-экономическими стандартами), чем клинической необходимостью. Начало ходьбы с частичной опорой на оперированную конечность разрешалась на третью неделю. Полная нагрузка была разрешена в период от 3 до 8 недель после операции в зависимости от динамики формирования мозоли и характера линии перелома.

Частота амбулаторных наблюдений составила в среднем один консультативный осмотр в 4 недели. Восстановление движений в смежных суставах отмечено у всех пациентов в сроки до одного месяца. Из 24 пролеченных детей стержни удалены у всех детей, критериями для удаления являлись клинико-рентгенологическая картина сращения перелома: исчезновение линии перелома, непрерывность кортикальных пластинок, полный объем движения в смежных суставах, отсутствие болевого синдрома, ходьба с полной нагрузкой на оперированную конечность. В среднем срок удаления стержней составил 6-8 мес. Торсионных деформаций бедра после выполнения остеосинтеза отмечено не было. Избыточная длина сегмента отмечена у 4 пациентов (от 0,5 до 1 см), укорочение (0,5 см) – у двух пациентов. Угловая деформация сегментов отмечена в 5 случаях и составила от 3 гр. до 12 гр., что не требовало дополнительной коррекции.

Среди других осложнений отмечена перфорация кожи свободным концом стержня (2 ребенка), что потребовало госпитализации ребенка для укорочения стержня. Данные осложнения обусловлены нарушением техники оперативного вмешательства.

Выводы.

Основываясь на опыте лечения 24 пациентов в возрасте от 6 до 15 лет с диафизарными переломами бедренной кости, можно утверждать, что метод интрамедуллярного эластичного стабильного остеосинтеза является эффективным, сравнительно технически простым методом оперативного лечения, который позволяет активизировать ребенка в минимальные сроки после оперативного вмешательства, не требует внешней иммобилизации, уменьшает сроки стационарного лечения, дает низкий процент осложнений.

Список литературы

1. Bar – On E, Sagiv S, Porat S. External fixation or flexible intramedullary nailing for femoral shaft fractures in children. A prospective, randomized study. J Bone Joint Surg Br. 1997 Nov, - 79 (6), 975 – 8
2. Carey TP, Galpin RD. Flexible intramedullary nail fixation of pediatric femoral fractures. Clin Orthop Relat Res. 1996 Nov, (332) , 110-8
3. Flynn JM, Hresko T, Reynolds RA, Blasier RD, Davidson R, Kasser J. Titanium elastic nails for pediatric femur fractures – a multicenter study of early results with analysis of complications. J Pediatr Orthop. 2001 Jan-Feb, - 21 (1), - 4-8
4. Heinrich SD, Drvaris DM, Darr K, MacEwen GD. The operative stabilization of pediatric diaphyseal femur fractures with flexible intramedullary nails, a prospective analysis. J Pediatr Orthop. 1994 Jul-Aug, – 14 (4), – 501-7.
5. Ho C.A., Skaggs D.L., Tang C.W., Kay R.M. Use of the flexible intramedullary nails in pediatric femur fractures. J Pediatr Orthop. – 2006. – Jul – Aug. – 26 (4), -497-504.
6. Lascombes P. Flexible intramedullary nailing in children, the Nancy University manual. Heidelberg, Springer, -2010. – 317 p.
7. Ligier JN, Metaizeau JP, Prevot J, Lascombes P. Elastic stable intramedullary nailing of femoral shaft fractures in children. J Bone Joint Surg Br. - 1988, - Jan, - 70 (1), - 74-7
8. Metaizeau JP. Osteosynthese chez enfant par embrochage centromedullaire elastique stable. Montpellier, Sauramps Medical, – 1988, – 120 p.
9. Narayanan UG, Hyman JE, Wainwright AM, Rang M, Alman BA. Complications of elastic stable intramedullary nail fixation of pediatric femoral fractures, and how to avoid them J Pediatr Orthop. - 2004, - Jul-Aug, - 24(4), - 363-9
10. Sanders JO, Browne RH, Mooney JF, Raney EM, Horn BD, Anderson DJ, Henrikus WL, Robertson WW. Treatment of femoral fractures in children by pediatric orthopedists, results of a 1998 survey. J Pediatr Orthop. – 2001, – Jun-Aug, – 21(4), - 436-41.
11. Song HR, Oh CW, Shin HD, Kim SL, Kyung HS, Baek SH, Park BC, Ihn JC. Treatment of femoral shaft fractures in young children, comparison between conservative treatment and retrograde flexible nailing. J Pediatr Orthop B, - 2004, - Jul, - 13(4), - 275-80
12. Wright LG. The treatment of femoral shaft fractures in children, a systematic overview and critical appraisal of the literature. Can J Surg. -2000, - Jun, - 43(3), - 180-9

ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ВСКРЫТИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ СИНДРОМЕ МОЛЧАЩЕГО СИНУСА

Пискунов И.С.

профессор кафедры лучевой диагностики и терапии д-р мед. наук,
Курский государственный медицинский университет,
заведующий отделением рентгеновской и компьютерной томографии БМУ,
Курская областная клиническая больница, Россия, г. Курск

Пискунов В.С.

профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии, д-р мед. наук,
Курский государственный медицинский университет, Россия, г. Курск

Абраменко М.А.

аспирант кафедры оториноларингологии,
Курский государственный медицинский университет, Россия, г. Курск

Цель данного исследования – улучшение качества обследования и лечения пациентов с синдромом молчащего синуса. **Материал и методы.** Авторами проведен анализ

клинических, рентгенологических и эндоскопических особенностей верхнечелюстных пазух при синдроме молчащего синуса у 8 пациентов. Использовано три варианта вскрытия пораженных верхнечелюстных пазух: через клыковую ямку, средний или нижний носовые ходы. **Выводы.** Оптимальным подходом является эндоназальное вскрытие; выбор места вскрытия пазухи определяется степенью разрушения нижнеглазничной стенки и пролабирования содержимого орбиты в просвет пазухи.

Ключевые слова: верхнечелюстная пазуха, синдром молчащего синуса, хирургическое лечение.

Синдром молчащего синуса, поражающий верхнечелюстную пазуху, характеризуется спонтанным, односторонним энофтальмом, орбитальной асимметрией за счет западения глазного яблока на стороне поражения, обструкцией соустья верхнечелюстной пазухи, уменьшением её размеров, резорбцией костных стенок, западением мягких тканей щеки, отсутствием каких-либо клинических симптомов воспалительного поражения синуса. В большинстве случаев пациент обращается к офтальмологу с жалобами на орбитальную асимметрию. Объём движения и функция глаз не страдает, хотя возможно развитие диплопии.

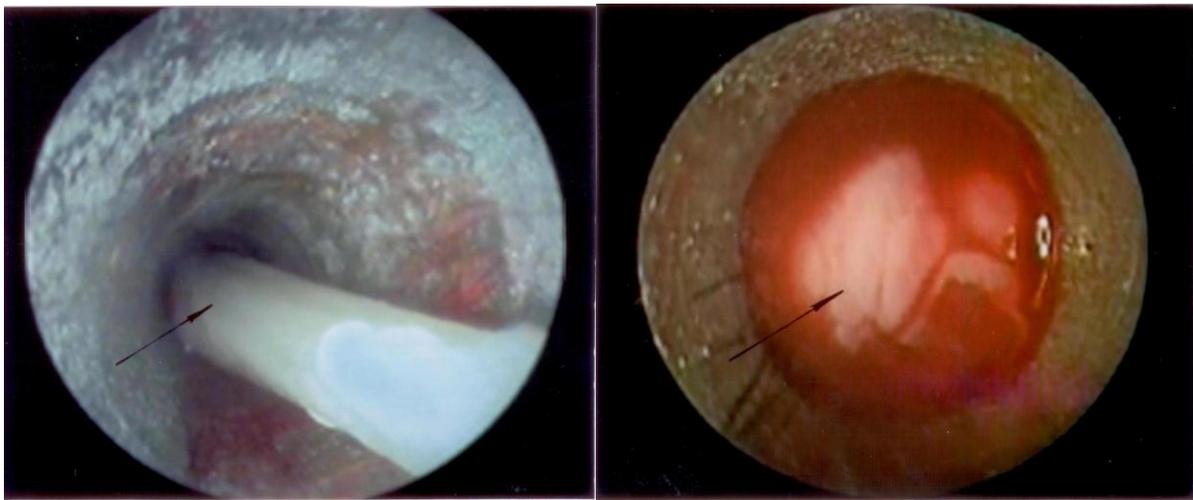
Термин “синдром молчащего синуса” был предложен Sorparkar C.N.S. (1994) [1], хотя заболевание с подобными клиническими симптомами впервые было описано Montgomery W [2]. в 1964 году. За этот период в литературе описано более 100 случаев синдрома молчащего синуса [3; 4; 5; 6; 7; 8;9; 10]. В отечественной литературе первое сообщение о двух случаях синдрома молчащего синуса принадлежит С. З. Пискунову[11], Ф. Н. Завьялову, Н. М. Солодиловой (2009). Позднее появились сообщения других авторов [12; 13; 14).

Цель и задачи. Выбор оптимального подхода места вскрытия гайморовой пазухи при синдроме молчащего синуса.

Материал и методы исследования. За период с 2008 по 2014 годы под нашим наблюдением находилось 8 пациентов с синдромом молчащего синуса в возрасте от 13 до 46 лет (6 женщин, 2 мужчины). Больные обращались с жалобами на орбитальную асимметрию, энофтальм, западение мягких тканей щеки. У одной больной, поступившей в клинику с дакриоциститом, непроходимостью левого слезно-носового канала, синдром молчащего синуса правой верхнечелюстной пазухи был выявлен случайно после выполнения КТ околоносовых пазух. Всем больным диагноз был подтвержден рентгенологическим и компьютерным исследованием околоносовых пазух, эндоскопическим исследованием полости носа.

Результаты исследования и обсуждения. Двум первым пациентам была выполнена диагностическая пункция верхнечелюстных пазух, при пункции в шприц был получен густой гной, но промыть пазухи не удалось.

Этим пациентам была выполнена микрогайморотомия. Доступ через клыковую ямку позволил нам оценить особенности содержимого пазухи, которое представляло собой высокой вязкости гнойвидную субстанцию, с трудом извлекаемую из пазухи вакуумным отсосом (рис. 1а, б).

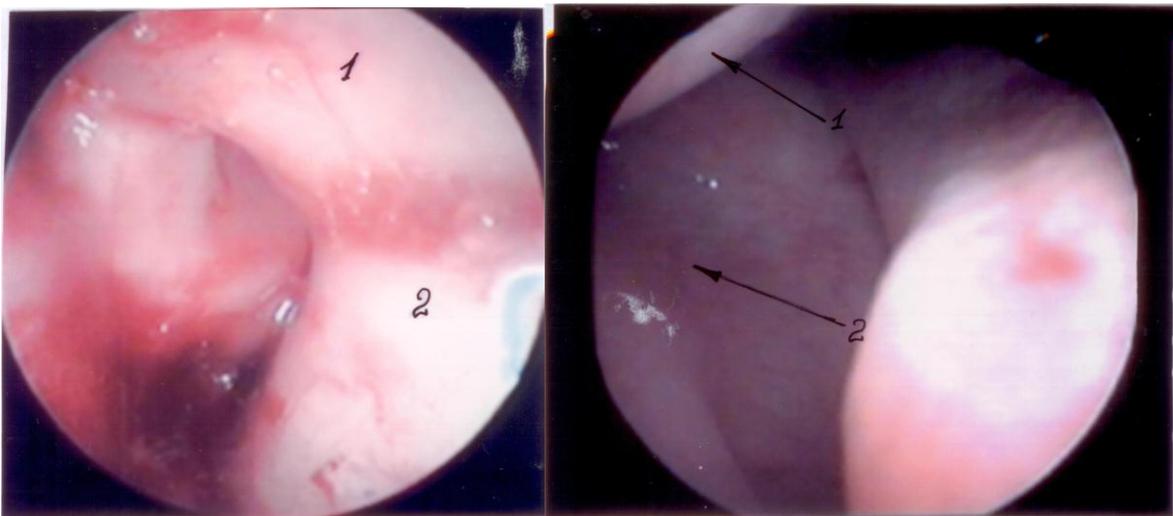


а

б

Рис. 1а, б. Гноевидное содержимое верхнечелюстной пазухи (а); отсасывание секрета из пазухи вакуумным отсосом (б)

Поверхность стенок верхнечелюстной пазухи покрыта гладкой слизистой оболочкой, четко удается визуализировать объем уменьшенного в размерах синуса, участки резорбции костных стенок, степень пролабирования их в просвет пазухи (рис. 2а, б).



а

б

Рис. 2 а,б. Эндоскопическая картина правой верхнечелюстной пазухи: просвет её сужен, сверху нависает содержимое орбиты (1), сзади – ткани крылонебной ямки (а); б) эндоскопическая картина левой верхнечелюстной пазухи, просвет её сужен за счет пролабирования тканей орбиты (1) и крылонебной ямки (2)

Соустье с полостью носа у этих пациентов было сформировано нами со стороны синуса в заднем отделе среднего носового хода (рис. 3).



Рис. 3. Эндоскопическая картина левой верхнечелюстной пазухи. Сформировано соустье в полость носа в заднем отделе среднего носового хода

При использовании доступа через клыковую ямку достигается возможность взять для исследования слизистую оболочку любого участка поверхности синуса. При гистологическом исследовании слизистой оболочки, покрывающей пораженную пазуху, отмечается её истончение, фиброз стромы, кистозное растяжение желез, расширение сосудов, отсутствие признаков воспаления (рис. 4).

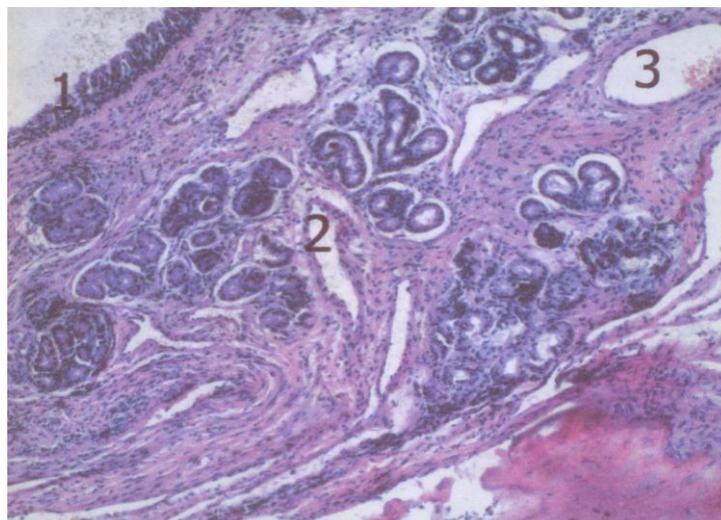


Рис. 4. Структура слизистой оболочки при синдроме молчащего синуса: выявляются деструктивные изменения, проявляющиеся истончением слизистой оболочки, формированием переходного эпителия (1), кистозным расширением желез (2), расширением сосудов (3), отсутствие признаков воспаления. Г.+Э. Микрофото x 200

У 6 пациентов вскрытие верхнечелюстной пазухи произведено со стороны полости носа: у 4 пациентов фенестрация медиальной стенки синуса осуществлена через средний носовой ход, у 2 – через нижний носовой ход. Решение вопроса о месте вскрытия синуса определялось степенью разрушения нижнеглазничной стенки верхнечелюстной пазухи, глубиной проникновения содержимого орбиты в просвет пазухи, что четко визуализируется на компьютерных томограммах. Кроме того, у всех пациентов отмечается раз-

ной степени выраженности смещение в латеральную сторону среднего носового хода в связи развивающейся резорбции костной стенки, что ещё более приближает её к орбите, вследствие чего возникает большая опасность поражения орбитальной клетчатки (рис. 5).

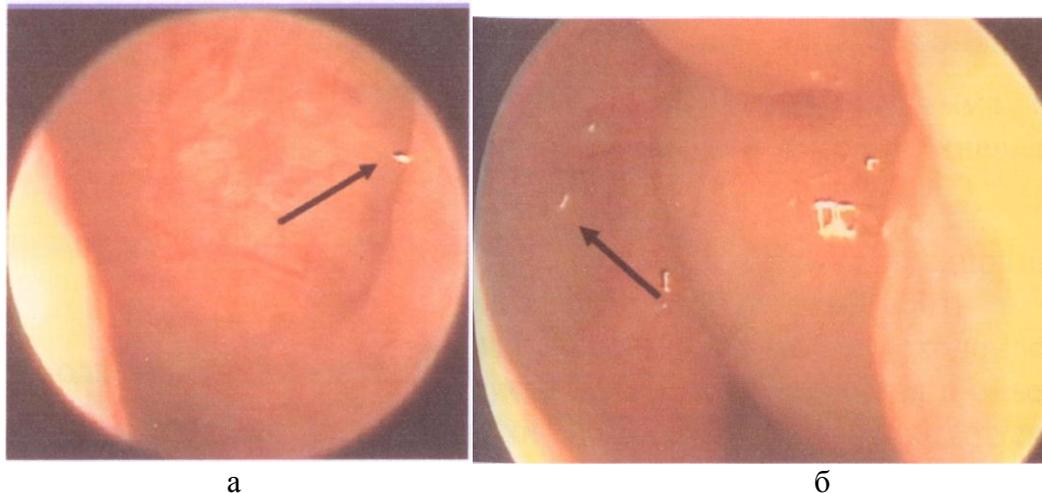


Рис. 5 а,б. Эндоскопическая картина среднего носового хода у разных больных. Втяжение стенки пазухи в правой половине носа (а), в левой половине носа (б)

Выявлялось также гипоплазия или аплазия крючковидного отростка и решетчатого пузыря. Более того, в послеоперационном периоде клетчатка орбиты будет пролабировать в сформированное соустье в среднем носовом ходе и создает условия для его рубцевания и последующей блокаде. Соотношение соустья и клетчатки орбиты демонстрирует рисунок 6.

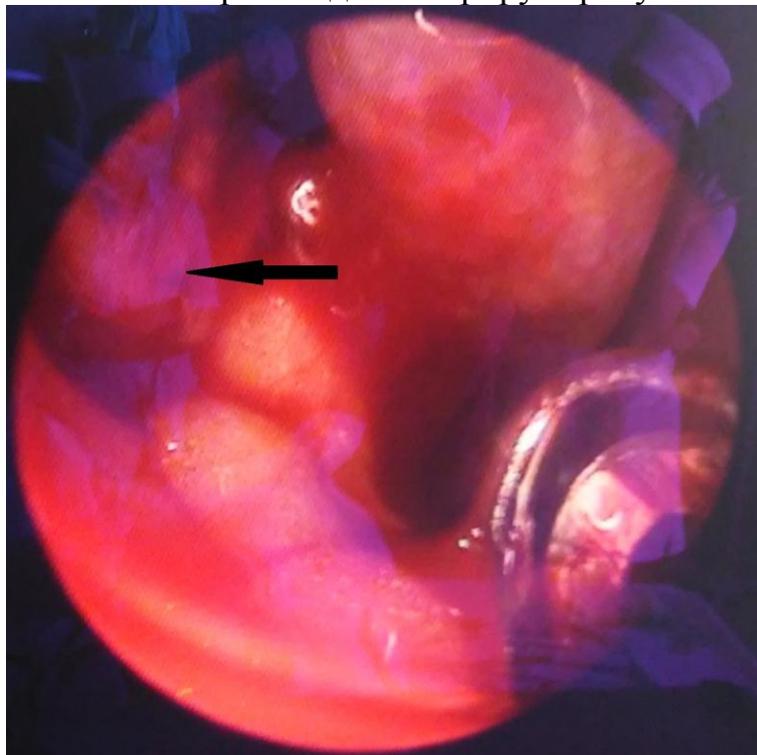


Рис. 6. Эндоскопическая картина полости носа больной Н., 41 года. В сформированное соустье сверху нависает содержимое орбиты (указано стрелкой)

В этом случае, формируя соустье в среднем носовом ходе у больной Н., 41 года, была травмирована клетчатка орбиты. В послеоперационном перио-

де отмечалось гематома нижнего века. Чтобы избежать травмы содержимого орбиты у 2 больных, у которых по данным КТ была выявлена значительная резорбция нижнеглазничной стенки и пролабирование содержимого орбиты в синус, вскрытие пазухи было произведено через нижний носовой ход. Одной из этих больных (больная И. 41 год) по поводу синдрома молчащего синуса вскрытие верхнечелюстной пазухи было произведено через средний носовой ход, однако в связи с прилежанием клетчатки орбиты к сформированному соустью произошло его заращение, через полгода возник рецидив заболевания (рис. 7). Повторное вскрытие синуса произведено было через нижний носовой ход. Осмотрена через год, пазуха воздушна, соустье функционирует.

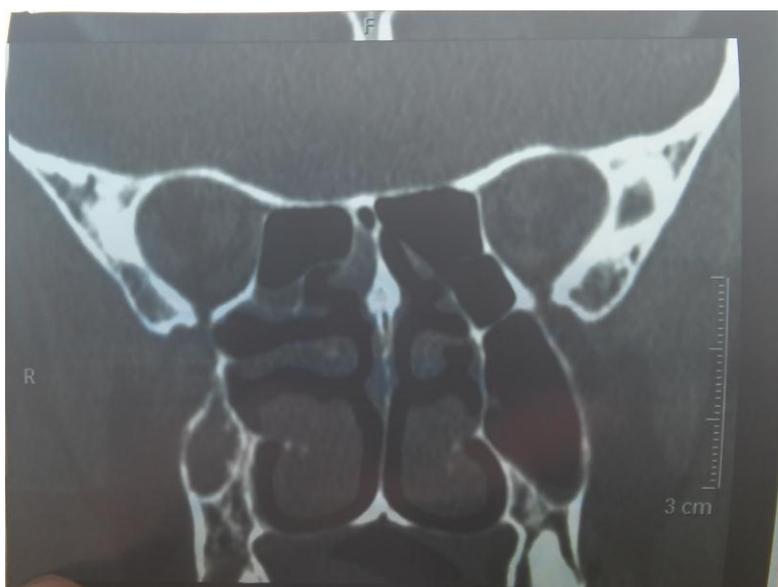


Рис. 7. КТ околоносовых пазух больной И. коронарная проекция. Рецидив заболевания через полгода после вскрытия пазухи

У всех пациентов после хирургического вмешательства удалось сформировать стойкое соустье пазухи с полостью носа, восстановить её аэрацию (рис. 8а, б)

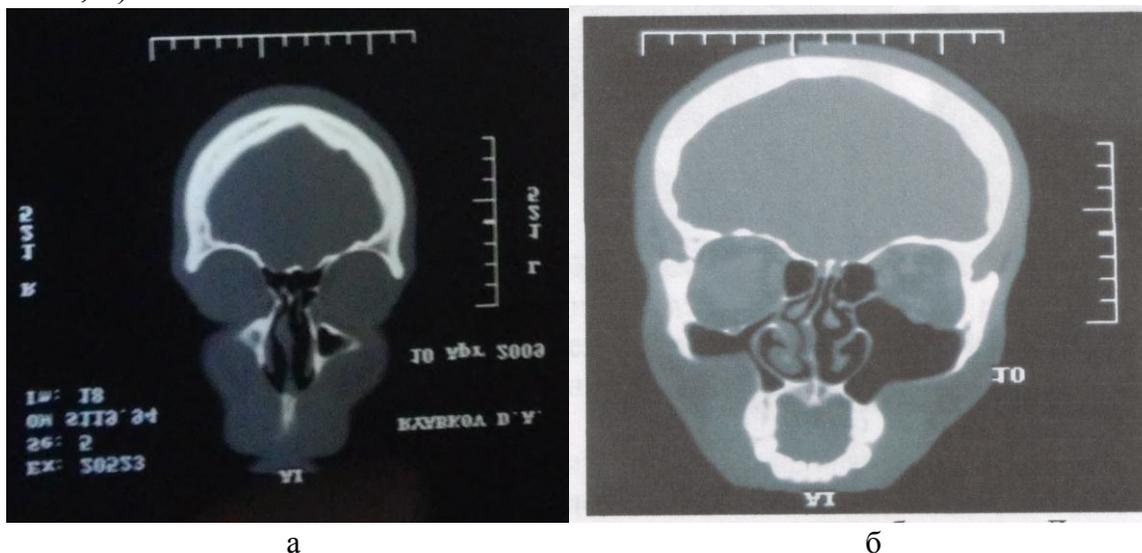


Рис. 8а,б (а – КТ околоносовых пазух больного Л. до операции; б – КТ околоносовых пазух больного Л. через 4 года после операции (коронарная проекция))

Сопоставление КТ околоносовых пазух, подтвердивших синдром молчащего синуса, с КТ выполненные в различные отдаленные сроки после операции, подтверждает, что у всех пациентов прекратилась резорбция костной ткани стенок верхнечелюстной пазухи.

До сегодняшнего дня этиология этого редкого заболевания не установлена известно, что в костной ткани происходит постоянное обновление входящих в её состав веществ, постоянное разрушение и созидание. В процессе резорбции костной ткани принимают участие остеокласты, а в синтезе – остеобласты. Деятельность остеокластов активируется витамином Д, ростовыми факторами, тироксином, глюкокортикоидами и другими.

Поскольку нарушения кальциевого обмена у наших пациентов отсутствовали, можно предположить, что активация деятельности остеокластов, ведущей к разрушению стенок верхнечелюстной пазухи, вызвана какой-то стимулирующей субстанцией, появляющейся в содержимом пазухи после её ателектаза. Наблюдение нами синдрома молчащего синуса у ребенка 13 лет опровергает мнение о том, что эта болезнь встречается только в группе взрослых пациентов (Paolo Bossolesi et al. 2008).

Заключение. На основании анализа анамнеза заболевания, клинических проявлений, данных рентгенологического исследования, эндоскопического осмотра полости носа, различных вариантов хирургического вскрытия пораженных верхнечелюстных пазух у наблюдаемых нами пациентов можно сделать следующие **Выводы:**

1) во всех случаях наблюдается одностороннее поражение верхнечелюстной пазухи;

2) установить начало заболевания не представлялось возможным в связи с отсутствием каких-либо признаков воспалительного поражения синуса;

3) отмечается различной степени выраженности западение глазного яблока и мягких тканей щеки на стороне поражения;

4) на обзорной рентгенограмме выявилось уменьшение размеров верхнечелюстной пазухи, истончение её стенок, опущение нижнеглазничной стенки, тотальное затемнение синуса;

5) на компьютерной томограмме в коронарной и аксиальной проекциях отмечено значительное уменьшение размеров пазухи; истончение стенок, вплоть до полной резорбции на отдельных участках с пролабированием в дефекты стенок прилежащих мягких тканей и содержимого орбиты; увеличение объема орбиты на стороне поражения; тотальное однородное затемнение синуса; увеличение среднего носового хода больше в его задних отделах за счет смещения латеральной стенки полости носа в сторону пазухи;

6) при эндоскопическом исследовании соустье верхнечелюстной пазухи не обнаруживается, отмечается смещение стенки среднего носового хода латерально и увеличение его размеров;

7) пораженная пазуха заполнена вязким, сливкообразным содержимым, в котором микрофлора не выявляется;

8) выбор варианта хирургического вскрытия верхнечелюстной пазухи определяется на основании анализа данных компьютерного и эндоскопического исследований; наиболее оптимальным является эндоназальное вскрытие через средний или нижний носовой ходы, выбор же места вскрытия синуса определяется степенью резорбции нижнеглазничной стенки и опущения содержимого орбиты в просвет пазухи;

9) у всех оперированных нами больных в отдаленные сроки наблюдения удалось добиться выздоровления, восстановление воздушности синуса, прекращение резорбции его костных стенок.

Список литературы

1. Soparcar C.N.S. The silent sinus syndrome: a rare cause of spontaneous / C.N.S. Soparcar, J.R. Patrinely, M.J. Cuaycong et al. // *Ophthalmol.* – 1994: 101: 772-778.
 2. Montgomery W.W. Mucocoele of the maxillary sinus causing enophthalmos / W.W. Montgomery // *Eye Ear Nose Throat Mon.* – 1964; 43: 41 – 44.
 3. Hobbs C.G.L. Spontaneous enophthalmos: silent sinus syndrome / C.G.L. Hobbs, W. Saunders, M.J. Potts // *Laryngol. Otol.* – 2004. – №118. – P. 310 – 312.
 4. Illner A. The silent sinus syndrome: clinical and radiographic findings / A. Illner, H.C. Davidson, H.R. Harnsberger et al. // *Roentgenol.* – 2002. – №178. – P. 503 -506.
 5. Rose G.E. Clinical and radiologic characteristics of the imploding antrum, or "silent sinus" syndrome / G.E. Rose, C. Sandy, L. Halberg et al. // *Ophthalmol.* – 2003. – Vol. 110. – P. 811 -818.
 6. Hourany R. Silent Sinus Syndrome: An acquired condition / R. Hourany, N. Aygun, C. Delia Santina et al. // *J. Neuroradiol.* – 2005. – Vol. 26. – P. 2390 – 2392.
 7. Monos T. The silent sinus syndrome / T. Monos, J. Levy, T. Lifshitz et al. // *IMAJ* - 2005.-№7.-P. 333-335
 8. Numa V.A. Silent Sinus Syndrome: A Case Presentation and Comprehensive Review of All 84 Reported Cases / V.A. Numa, U. Desai et al. // *Ann. Otol. Rhinol Laryngol.* – 2005. – №114 (9). – P. 688 – 694.
 9. Sciarretta V. Endoscopic sinus surgery for the treatment of maxillary sinus atelectasis and silent sinus syndrome / V. Sciarretta, E. Pasquini, F. Tesei // *Otolaryngol.* – 2006. – Vol. 35. – P. 60 – 63.
 10. Paolo Bossolesi, Luca Autelitano. The silent sinus syndrome: diagnosis and surgical treatment // *Rhinology* V.46, №4, 2008, – P. 308-320.
- Пискунов С.З. Два случая синдрома молчащего синуса / С.З. Пискунов, Ф.Н. Завьялов, Н.М. Солодилова // *Российская ринология* – 2009. – №4 – С. 29-31.
- Аллахвердиев С.А. Синдром «молчащего» синуса: обзор литературы и описание двух клинических наблюдений / С.А. Аллахвердиев, А.С. Лопатин, П.А. Кочетков // *Вестник оториноларингологии* – 2010. – №6. – С. 81 – 84.
- Рогацкин Д.В. Синдром молчащего синуса в контексте эволюции верхней челюсти / Д.В. Рогацкин, В.Н. Шевков // *Клиническая стоматология* 2013. №3. – С. 40-45.
- Паникарская М. М. К вопросу о синдроме “молчащего синуса” / М. М. Паникарская // *Российская Ринология* – 2014. №3 – С. 62 – 63.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПРИ СИНХРОННЫХ ПОЛИНЕОПЛАЗИЯХ

Сафонова М.А.

заведующая отделением рентгенодиагностики бюджетного учреждения
«Республиканский клинический онкологический диспансер»
Минздравсоцразвития Чувашии,
аспирант кафедры акушерства и гинекологии,
ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»,
Россия, г. Чебоксары

Диомидова В.Н.

декан медицинского факультета, заведующая кафедрой пропедевтики
внутренних болезней с курсом лучевой диагностики,
докт. мед. наук, профессор,
ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»,
Россия, г. Чебоксары

В статье освещены вопросы комплексной лучевой диагностики опухолевых поражений органов малого таза при синхронных вариантах первично-множественных заболеваний. Проведен анализ выборочной части исследований, проведенных в бюджетном учреждении «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздравсоцразвития Чувашии. В группу обследованных лиц вошли пациенты с наличием синхронных неоплазий, одно из которых было диагностировано в малом тазу. В работе обсуждены проблемы ранней диагностики первично – множественных новообразований, выявлены наиболее часто встречающиеся сочетания опухолевых процессов в малом тазу с новообразованиями другой локализации, определена взаимосвязь полинеоплазий от возраста пациента, пола, других факторов.

Ключевые слова: синхронные полинеоплазии, опухоли органов малого таза, комплексная лучевая диагностика, частота опухолевого поражения.

Актуальность. На фоне повышения уровня общей заболеваемости злокачественными новообразованиями одиночной локализации, в последние годы определяется тенденция к увеличению больных с первично-множественными злокачественными опухолями (ПМЗО) [4], когда у одного больного определяются независимо друг от друга две, а иногда и более, злокачественные опухоли. В настоящее время полинеоплазии (ПНП) не являются столь редкими заболеваниями и внимание специалистов этой проблеме неуклонно растет. Удельный вес ПМЗО в структуре онкологических заболеваний составляет в среднем 5% [3] и имеет тенденцию к увеличению. Большая, а иногда и первостепенная роль, в ранней диагностике и дифференциальной диагностике ПНП, отводится лучевым методам, в частности рентгеновской компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ). В связи с этим, в виду актуальности аспектов ранней диагностики по-

линеоплазий, продолжается поиск новых путей своевременного выявления всех пораженных опухолью органов.

Цель исследования. Определить частоту опухолевого поражения органов малого таза в структуре синхронных первично-множественных новообразований с выявлением сочетанного поражения органов и систем при комплексной лучевой диагностике полинеоплазий.

Материалы и методы. Предварительный анализ результатов комплексной лучевой диагностики сделан на основании данных исследования 43 пациентов, которые прошли обследование на базе БУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗСР ЧР за шесть месяцев 2015 года. Мужчин было 18 (41,9%), их средний возраст составил $68,8 \pm 3,1$ лет, женщин – 25 (58,1%), средний возраст – $67,8 \pm 2,7$ лет. План обследования включал ультразвуковые, эндоскопические, рентгенологические, магнитно-резонансно томографические, гистоморфологические методы. Достоверность результатов лучевой диагностики во всех случаях подтверждена с последующей гистологической верификацией. Обследование пациентов проводилось на МР-томографе Excelart Vantage Atlas («Toshiba», Япония), 1,5 Тл. с использованием импульсных последовательностей T1-ВИ, T2-ВИ, STIR, DWI. Компьютерная томография проводилась на рентгеновских компьютерных томографах Light Speed VEX Plus (4-х срезовый) и Light Speed RT 16 («GE», США). При необходимости проводилось внутривенное болюсное контрастирование как на МРТ, так и на КТ. Рентгенологическая диагностика проводилась на установке рентгенодиагностической телеуправляемой Clinodigit и рентгеновской Clinomat («Italray», Италия). Ультразвуковые исследования проведены на сканерах Aixplorer (Supersonic Imagine, Франция) и Accuvix V10 и Accuvix V20 (Medison, Южная Корея) с использованием датчиков частотой от 3,5 до 13,0 МГц. Полученные параметры в последующем обрабатывались стандартными методами статистики (с вычислением медианы 50-й, 2,5-97,5-го, 25-75-го перцентилей, минимального и максимального значений). При $p \leq 0,05$ значения считались достоверными.

Результаты. Всего у 43 пациентов, страдающих полинеоплазией, при комплексной лучевой диагностике было выявлено 95 случаев опухолевого поражения разных органов и систем, среди которых наибольшее количество составили злокачественные новообразования кожи – 49 случаев (51,6%), несколько меньше – органов пищеварения – 22 случая (23,2%) (поперечная ободочная кишка – 9, желудок – 4, прямая кишка – 4, ректосигмоидный отдел – 2, поджелудочная железа – 2, пищевод – 1), молочных желез – 8 случаев (8,4%), почек – 4 (4,2%), мочевого пузыря – 2 (2,1%), по 1 случаю (1,05%) – яичников, тела матки, предстательной железы, бронхов и легкого, соединительной и мягкой тканей, лимфомы, нижней губы, ротоглотки, миеломной болезни, рака *in situ* ободочной кишки. Из общего числа неоплазий злокачественные образования органов малого таза составили 11 случаев (11,6%). Было выявлено их частое синхронное сочетание с новообразованиями органов пищеварения (в 5 случаях из 11), с заболеваниями кожи (в 2 случаях – базалиома и плоскоклеточный неороговевающий рак), с заболеваниями почек

(в 1 случае – гипернефроидный рак), с лимфомой (в 1 случае). Было выявлено, что опухоль прямой кишки из 4 случаев в трех сочеталась с поражением ободочной кишки, в 1 случае – с новообразованием кожи (базалиома). Злокачественные новообразования мочевого пузыря выявлялись синхронно с опухолевыми заболеваниями желудка (1 случай) и с опухолевым поражением почек (1 случай). Высокодифференцированная аденокарцинома яичников сочеталась с аденокарциномой средней степени дифференцировки купола слепой кишки. Рак эндометрия наблюдался синхронно с неходжкинской лимфомой. Злокачественное новообразование предстательной железы (аденокарцинома) выявилось так же у пациента со злокачественным образованием кожи (плоскоклеточный неороговевающий рак). Результаты исследования показали большую заболеваемость синхронными вариантами первично-множественных новообразований среди проживающих в городских условиях – 31 человек (72%), чем в сельских – 12 (28%).

Выводы:

1. Пик заболеваемости синхронными вариантами первично-множественных новообразований установлен у пациентов женского пола в возрасте 67-68 лет.

2. Установлено, что первично-множественными злокачественными новообразованиями страдает чаще городское население (72%).

3. Частота опухолевого поражения органов малого таза в структуре синхронных первично-множественных неоплазий составила 11,6%. Чаще выявлено сочетанное проявление злокачественных новообразований органов малого таза синхронно с новообразованиями органов пищеварения и кожи. Проблема раннего выявления синхронных опухолей малого таза остается актуальной, требующей дальнейшего внимания и исследования.

Список литературы

1. Лучевые методы диагностики первично-множественных опухолей и опухолевидных процессов молочной железы [Текст]/ В.Г.Черенков [и др.] // Лучевая диагностика и терапия. -2013. -Т.4, №1.- С.52–57.

2. Сельчук В.Ю. Первично-множественные злокачественные опухоли (клиника, закономерности развития) [Текст]: Автореф. дис..д-ра мед. наук / В.Ю.Сельчук.- Москва,1994.-68 с.

3. Хасанов Р.Ш., Латыпова Р.Ф., Яшина Л.В. Полинеоплазии: частота развития и прогноз [Текст] // Проблемы клинической медицины. – 2005. - №4. - С.28–30.

4. Чиссов В.И. Первично множественные злокачественные опухоли [Текст]/ В.И.Чиссов, А.Х.Трахтенберг. М. :Медицина, 2000. - 332 с.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Смирнова О.Б.

доцент кафедры теории и методики биологического образования,
канд. биол. наук,
Южный федеральный университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

Оксенюк О.С.

начальник отдела биохимических, физико-химических и микробиологических исследований ЦНИЛ, канд. мед. наук,
Ростовский государственный медицинский университет,
Россия, г. Ростов-на-Дону

Калмыкова Ю.А.

ст. научный сотрудник отдела биохимических, физико-химических и микробиологических исследований ЦНИЛ, канд. биол. наук,
Ростовский государственный медицинский университет,
Россия, г. Ростов-на-Дону

Смирнов В.О.

врач высшей категории,
Госпиталь МСЧ ГУВД по РО, Россия, г. Ростов-на-Дону

В статье приводятся данные результата лечения больных после перенесённой черепно-мозговой травмы, с применением препарата мексидол и стандартной комплексной терапии. Для оценки состояния антиоксидантной системы организма больных определяли активность антиоксидантных ферментов – каталазы и супероксиддисмутазы, а также интенсивность процессов свободнорадикального окисления по уровню накопления малонового диальдегида, одного из конечных продуктов перекисного окисления липидов.

Ключевые слова: мексидол, комплексная терапия, травма головного мозга, перекисное окисление липидов, антиоксидантные ферменты.

Адекватная защита в начальном периоде после травмы играет важную роль в поддержании гомеостаза в целом, иммунологического статуса и протекания восстановительных процессов.

В настоящее время появились работы, свидетельствующие о важной роли окислительного стресса в генезе возникновения целого ряда синдромов, ведущих к полиорганной недостаточности и другим осложнениям после травмы.

Как было показано ранее [2, 5], имеется прямая зависимость между накоплением продуктов ПОЛ и тяжестью патологического процесса. Поэтому терапия окислительного стресса должна быть максимально ранней и максимально активной и должна рассматриваться как церебропротекторная стратегия при различных состояниях.

В организме функционирует эндогенная антиоксидантная система, направленная на снижение патогенного действия свободных радикалов, однако, в критических состояниях она несостоятельна и требуется введение антиоксидантов извне.

В клинической практике при различных патологиях, ведущих к активации ПОЛ, установлено, что одним из важнейших направлений коррекции окислительного стресса является применение препаратов, обладающих свойствами антиоксидантов и антигипоксантов [3, 4, 6].

Среди этих препаратов особого внимания заслуживает янтарная кислота и ее производные, одним из которых является синтетический антиоксидант мексидол [7]. Действие мексидола обусловлено его антиоксидантными и мембранопротекторными эффектами, которые обеспечиваются следующими путями: ингибированием ПОЛ клеточных мембран и модулированием синтеза простагландинов, повышением активности антиоксидантных ферментов в клетках, повышением содержания полярных фракций липидов и снижением соотношения холестерина/фосфолипиды, а также модулированием активности ферментов и рецепторных комплексов мембран клеток различных органов и крови [3]. В связи с этим, нам представилось перспективным оценить антиоксидантные аспекты воздействия мексидола при различных видах последствий черепно-мозговой травмы.

Материал и методы исследования. Для исследования нами была выбрана группа больных, в которую вошли 69 пациентов в основном мужского пола в возрасте от 25 – 45 лет, которые были госпитализированы по поводу последствий черепно-мозговой травмы, с церебростеническим синдромом и характерными жалобами на слабость, утомляемость, головную боль, плохой сон. Больные были разделены на две группы. Одной группе пациентов (45 человек) наряду со стандартной схемой лечения традиционной терапии вводили мексидол внутривенно по 4 мл 5% раствора, или по 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки. Лечение мексидолом проводилось в течение 10 дней. В другой группе больных (24 человека) лечение мексидолом не применялось. У всех больных проводили мониторинг среднего артериального давления, частоты сердечных сокращений, общий и биохимический анализ крови.

Для оценки состояния антиоксидантной системы организма больных определяли активность антиоксидантных ферментов – каталазы (КАТ) и супероксиддисмутазы (СОД), а также интенсивность процессов свободнорадикального окисления по уровню накопления малонового диальдегида (МДА), одного из конечных продуктов перекисного окисления липидов [1, 8]. Все указанные показатели определяли в плазме крови на следующих этапах: при поступлении больных в стационар и после лечения. Цифровые результаты обрабатывали статистически, с определением их достоверности.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты проведенного исследования показали (таблица), что у больных первой и второй группы в плазме крови до лечения уровень МДА, отражающий интенсивность ПОЛ, был выше на 49,6% по сравнению с такими же показателями практически здоровых людей. Активность АО фермен-

тов каталазы и СОД также была повышенной на 48,4% и 53,9% соответственно. После проведения лечения уровень МДА в плазме крови изменялся по-разному в исследуемых группах больных. В первой группе больных, с применением мексидола, уровень МДА снизился на 36, 85%, во второй группе этот же показатель также снижался, но всего на 28, 57%, оставаясь достоверно выше контрольной группы. При этом активность фермента каталазы достоверно снижалась по сравнению с исходным уровнем на 45,58% в первой группе и 40,76% во второй группе больных.

Таблица

Показатели продуктов ПОЛ и антиоксидантов в плазме крови посттравматических больных с применением мексидола

Показатели	МДА (малоновый диальдегид) (нано моль/мл)		КАТАЛАЗА (ед/ мл/мин)		СОД (Ед акт/мл) (Супероксиддисмутаза)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
n	69	45	69	45	69	45
Стандартная схема лечения с мексидолом	5,81± 1,54**	3,69± 0,71*	73,15± 3,4**	39,81± 8,11*	9,74± 0,87**	4,73± 0,59*
n	24	24		24	24	24
Стандартная схема лечения без мексидола	5, 18± 1,74**	4,15± 1,41**	70,25± 2,8**	43,70± 5,58*	8,94± 0,87**	7,57± 0,1 * **
n	10		18		12	
практически здоровые	2,94± 0,22		33,72± 1,22		5,13± 0,51	

Примечание – P_1 достоверность показателей относительно исходного состояния (до лечения); * – показания достоверны.

P_2 – достоверность всех показателей относительно контрольной группы практически здоровых доноров; ** показания достоверны.

Поскольку значительной разницы этого показателя относительно контрольных величин не наблюдалось, это свидетельствовало о некоторой стабилизации антиоксидантной системы больных обеих групп в ходе лечения.

После лечения в первой группе больных также наблюдалось значительное снижение активности фермента СОД на 52,42%, тогда как во второй группе больных этот показатель изменился всего на 23, 85%.

Проведя сравнительный анализ всех определяемых показателей с введением мексидола и без него, при равных прочих условиях, оказалось, что степень изменения исследуемых показателей была менее значительной у больных второй группы по сравнению с таковыми показателями больных получавших мексидол.

Наряду со стабилизацией исследуемых показателей ПОЛ и антиоксидантной защиты организма у больных отмечалось значительное улучшение

самочувствия: купировались головные боли, улучшился сон, нормализовались показатели артериального давления. Следует отметить, что у больных первой группы показатели субъективного состояния наступали значительно быстрее (уже на вторые третьи сутки после начала лечения), чем во второй группе.

Мы считаем, что применение мексидола, способствовало устранению повреждающих факторов, поскольку уровень МДА у пациентов значительно снижался, и при этом значительно быстрее стабилизировалась активность ферментов СОД и каталазы в плазме крови. На фоне стабилизации. Для оценки состояния антиоксидантной системы организма больных определяли активность антиоксидантных ферментов – каталазы (КАТ) и супероксиддисмутазы (СОД), а также интенсивность процессов свободнорадикального окисления по уровню накопления малонового диальдегида (МДА), одного из конечных продуктов перекисного окисления липидов исследуемых показателей, наблюдалось и значительное улучшение состояния больных.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости применения антиоксидантных препаратов, в частности мексидола, способных поддержать и защитить организм на этапе посттравматического лечения.

Список литературы

1. Арутюнян А.В., Дубинина Е.Е., Зыбина Н.Н. Методы оценки свободнорадикального окисления и антиоксидантной системы организма [Текст] //Методические рекомендации /А.В.Арутюнян. – Санкт-Петербург, 2000. - 104 с.
2. Вилков Г.А., Межова Л.И., Смирнова О.Б. Коррекция нейроиммунных реакций регуляцией перекисного окисления липидов [Текст]//Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 1993. – №10.
3. Зенков Н.К., Ланкин В.З., Менщикова Е.Б. Окислительный стресс. Биохимические и патофизиологические аспекты. [Текст]. - М.: МАИК Наука, 2001. - 343 с.
4. Колмакова Т.С., Смирнова О.Б., Белякова Е.А. Антиоксидантные свойства ликвора при дегенеративных заболеваниях мозга [Текст] // Нейрохимия. – 2010. - Т 27. – № 1. -С 1-6.
5. Крыжановский Г.Н. Дизрегуляторная патология. [Текст] – Москва, 2002. – 96 с.
6. Микуляк Н.И., Кинзирская Ю.А. Экспериментальное изучение показателей перекисного окисления липидов при воздействии доксорубина и мексидола //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2011. № 1. С.101-103.
7. Новиков В.Е., Крюкова Н.О., Крикова А.В., Леонов С.Д. Стресспротекторные свойства синтетических и растительных антиоксидантов[Текст] // Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии. 2011. Т. 9. № 9. С. 40-44.
8. Стальная И.Д., Гаришвили Т.Г. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты[Текст] // Современные методы в биохимии. – 1977. - С. 66-68.

КОРРЕЛЯЦИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ И ЛУЧЕВЫХ МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДУВЛТ

Спирин П.В.

доцент кафедры урологии, д-р мед. наук,
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ Минздрава России, Россия, г. Саратов

Россоловский А.Н.

кафедры урологии, д-р мед. наук,
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ Минздрава России, Россия, г. Саратов

Чехонацкая М.Л.

зав. кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии, им. Н.Е. Штерна,
д-р мед. наук, профессор,
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ Минздрава России, Россия, г. Саратов

Емельянова Н.В.

млад. науч. сотр. НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии,
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ Минздрава России, Россия, г. Саратов

В статье представлены результаты корреляционного анализа лабораторных и лучевых методов исследования в диагностике повреждения почечной паренхимы у 107 больных мочекаменной болезнью после выполнения дистанционной ударно-волновой литотрипсии.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, дистанционная ударно-волновая литотрипсия, β_2 -микроглобулинурия, доплерометрия, диффузионно-взвешенная магнитно-резонансная томография.

Уже не одно десятилетие дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛТ) продолжает удерживать передовые позиции в формировании лечебной стратегии у больных уролитиазом, что определило весомый вклад данной методики в клиническую практику и обеспечило сокращение числа открытых оперативных вмешательств в ведущих урологических клиниках [1].

Вместе с тем, не сокращается число публикаций в отечественной и зарубежной научной литературе, касающихся повреждающего воздействия ударной волны на почечную паренхиму и связанных с этим непосредственных и долгосрочных отрицательных эффектов, которые значительно усиливаются при увеличении кратности воздействия [2; 3; 4; 5]. В связи с чем, разработка объективных способов оценки повреждения почечной ткани и динамики течения репаративных процессов в периоперационном периоде является весьма актуальной проблемой.

Перспективными в данном направлении считаются совершенствующиеся программы магнитно-резонансной томографии и ультразвуковой доплерометрии. Однако расширяющиеся возможности указанных методов в оценке повреждения почечной ткани до конца не реализованы, что определяет актуальность и необходимость настоящего исследования.

Проанализированы результаты лечения 107 больных мочекаменной болезнью в периоперационном периоде выполнения процедуры ДУВЛТ.

Установлено, что при соотношении показателей диффузионно-взвешенного изображения (ДВИ) (площадь повреждения и измеряемый коэффициент диффузии (ИКД)) и уровня β_2 -микроглобулинурии (β_2 -МГ) обнаруживается корреляционная связь умеренной силы. Так коэффициент корреляции между уровнем β_2 -МГ и ИКД составил $r=-0,62$ при $p<0,001$ (рис. 1).

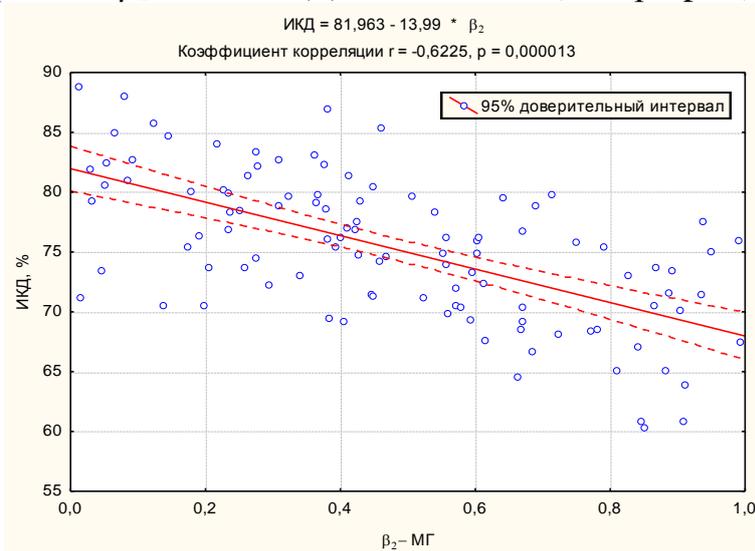


Рис. 1. График отражает наличие обратной умеренной ($r=-0,62$) статистически достоверной ($p<0,001$) корреляционной связи значения ИКД (%) с уровнем β_2 -МГ мочи (мкг/мл)

При соотношении уровня β_2 -МГ с площадью повреждения (S) по данным диффузионно-взвешенных изображений обнаруживается прямая корреляционная связь умеренной силы. Коэффициент корреляции составил $r=0,67$, при $p<0,001$ (рис. 2).

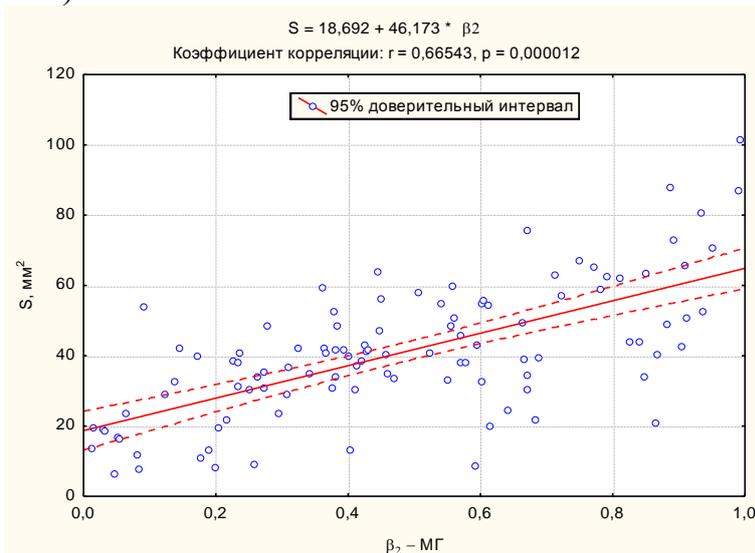


Рис. 2. График отражает наличие прямой умеренной ($r=0,67$) статистически достоверной ($p<0,001$) корреляционной связи значения S (мм^2) с уровнем β_2 -МГ мочи (мкг/мл)

Таким образом, метод получения диффузионно-взвешенного изображения почек после выполнения ДУВЛТ коррелирует с результатами имму-

ноферментного анализа уровня β_2 -МГ и может быть использован в клинической практике для оценки выраженности почечного повреждения.

Список литературы

1. Аляев Ю.Г. Мочекаменная болезнь: современные методы диагностики и лечения: руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. – 216 с.
2. Бешлиев Д.А. Осложнения дистанционной ударноволновой литотрипсии по поводу уролитиаза, их лечение и профилактика // Саратовский научно-медицинский журнал. - Т. 7, N 2. –2011. – С.13-22.
3. МРТ в комплексной оценке состояния почек после дистанционной литотрипсии / С.К. Терновой, П.В. Кучук, А.В. Араблинский и др.//Медицинская визуализация, – 2006, – № 2. – С. 44-55.
4. Clark DL, Connors BA, Evan AP et al. Effect of shock wave number on renal oxidative stress and inflammation//BJU Int. 2011 Jan; 107(2):318-322.
5. Connors BA, Evan AP, Blomgren PM et al. Comparison of tissue injury from focused ultrasonic propulsion of kidneystones versus extracorporeal shock wave lithotripsy//J Urol. 2014 Jan; 191(1):235-241.

ПЕРСПЕКТИВЫ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО АНАЛИЗУ СЛЮНЫ

Ступин В.А.

заведующий кафедрой госпитальной хирургии № 1, доктор мед. наук, профессор,
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Россия, г. Москва

Яминский И.В.

заведующий лабораторией сканирующей зондовой микроскопии,
доктор физ.-мат. наук, профессор,
ФГОУ ВПО Московский государственный
университет имени М.В. Ломоносова, Россия, г. Москва

Колесов Д.В.

научный сотрудник лаборатории функциональной
ангиопротеомики и метаболомики,
ФГБНУ Научно-исследовательский институт
общей патологии и патофизиологии, Россия, г. Москва

Силина Е.В.

профессор кафедры патологии человека, доктор мед. наук, доцент,
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Россия, г. Москва

Продемонстрирована возможность использования кантилеверных датчиков для создания устройства для прогнозирования и раннего обнаружения заболеваний на основе анализа состава слюны человека посредством имплантируемых биосенсорных средств. Разрабатываемая система позволит повысить качество и скорость диагностики различных сердечно-сосудистых заболеваний и предупредить их прогрессирование, что в итоге позволит сохранить жизни и снизить затраты бюджета.

Ключевые слова: слюна, кантилеверный сенсор, ранняя диагностика.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) вносят основной вклад в популяционную смертность и снижение экономической активности населения, приводя к увеличению затрат на здравоохранение и снижению ВВП [1, 2, 1]. Несмотря на достигнутые успехи здравоохранения, увеличение продолжительности жизни обуславливает нарастающую эпидемию сердечно-сосудистой заболеваемости, смертность от которой можно предотвратить путем ранней диагностики. Перспективным технологическим путем решения данной проблемы является разработка биосенсорного устройства для дистанционного мониторинга состояния сердечно-сосудистой системы по анализу слюны человека, которое может быть инвазивным и автономным. Большие перспективы в плане создания имплантируемых устройств имеет микрофлюидный формат [7]. Перспективным в данном направлении является создание кантилеверных сенсоров в виде микрофлюидных чипов [5, 6].

В данной связи целью настоящей работы стала разработка устройства для диагностики социально-значимых заболеваний на основе анализа слюны методом кантилеверов.

Разработана концепция микрофлюидного кантилеверного сенсора для непрерывного мониторинга биологических сред. Устройство имеет следующую схему работы: помпа прокачивает исследуемую жидкость через камеру, содержащую сенсорные и опорные кантилеверы. Кантилеверы имеют пьезорезистивные (или пьезоэлектрические) датчики. Система считывания, состоящая из усилителей и аналого-цифровых преобразователей, определяет положения кантилеверов. Управление помпой и системой считывания осуществляется с помощью микропроцессора. При получении положительного отклика о наличии в исследуемой среде искомым биомаркеров, микропроцессор отправляет сигнал через передатчик на принимающее устройство. Одновременно на регенерирующий электрод подается напряжение для восстановления работоспособности датчика. Питание системы осуществляется с помощью аккумуляторной батареи. Разработана концепция конструкции микрофлюидного кантилеверного чипа, выполненного из полидиметилсилоксана на кремниевой подложке, смонтированной на плате.

Наиболее ценными предикторами надвигающейся сердечно-сосудистой катастрофы являются сердечный тропонин I, креатинкиназа-МВ, миоглобин, С-реактивный протеин, растворимый молекулярный белок внутриклеточной адгезии-1, интерлейкин 1 бета, белок связывающий жирные кислоты [3]. Поэтому на данном этапе работы экспериментально продемонстрирована возможность определения разных концентраций С-реактивного белка (СРБ) в потоке жидкости методом микрокантилеверных датчиков. СРБ выбран в качестве универсального маркера, значительно повышающегося при всех неспецифических воспалительных реакциях, в том числе при инфаркте миокарда.

С целью разработки сенсоров для определения белков, являющихся маркерами сердечно-сосудистых заболеваний, была адаптирована экспериментальная установка БиоСкан (ООО «Академия биосенсоров», РФ), позволяющая измерять отклонения одновременно двух кремниевых кантилеверов с течением времени. Кантилеверы устанавливаются в проточную жидкостную

ячейку, объем которой не превышает 100 мкл. Ячейка имеет прозрачное окно для введения луча лазера. Отклонение кантилеверов измеряется с помощью лазерно-оптической системы. Луч лазера, имеющий форму пятна в фокальной плоскости в виде тонкой линии, юстируется с помощью системы зеркал на концы консолей обоих кантилеверов. Отраженные от консолей лучи попадают на ПЗС-матрицу. При отклонении кантилевера от положения равновесия, соответствующий луч перемещается по матрице. При этом перемещение луча по детектору значительно усиливается по отношению к отклонению кантилевера благодаря использованию схемы оптического плеча. Специализированное программное обеспечение позволяет следить за положением обоих пятен на детекторе. Результатом измерений являются графики зависимости положения обоих кантилеверов с течением времени, а также разностный сигнал. При специфическом связывании веществ из раствора с рецепторным слоем на поверхности кантилевера графики представляют собой кинетические кривые сорбции аналита. Через проточную ячейку с помощью шприцевой помпы может непрерывно прокачиваться исследуемая среда. Во время экспериментов, добавление в среду образца, содержащего аналит, осуществляется с помощью двухпозиционного 6-портового клапана.

Для детектирования С-реактивного белка с помощью кантилеверной системы нами был разработан сенсорный слой на основе моноклональных антител к СРБ. В эксперименте использовались кремниевые кантилеверы Argow TL1Au (Nanoworld, Швейцария), одна из сторон которого покрыта тонким слоем золота. Благодаря этому можно использовать вещества, содержащие тиольную группу для модификации золотой поверхности и химию силанов/силатранов для модификации кремниевой. Поэтому кантилеверы можно полностью погружать в модифицирующий раствор, обеспечивая при этом избирательную модификацию. Поверхность кантилеверов очищалась в растворе «пираньи» в течение 15 минут и промывались водой и спиртом.

Для создания рецепторного слоя была выбрана кремниевая сторона, поэтому в качестве кросслинкера для химической пришивки антител к СРБ был использован аминопропилтриметоксисилан (АПТМС). Он образует на поверхности кремния тонкий слой, модифицированный аминогруппами. Изменяя концентрацию модифицирующего раствора и время реакции можно управлять параметрами слоя. В результате оптимизации были найдены параметры, при которых на поверхности датчика формируется однородный слой. Для этого кантилеверы погружались в 10% раствор АПТМС в этаноле на 1 час. Далее к слою кросслинкера пришивались антитела, благодаря взаимодействию их карбоксильных групп с аминогруппами на поверхности. Для увеличения эффективности реакции может использоваться глутаровый альдегид (ГА). Сенсорный кантилевер погружался в раствор специфичных антител в фосфатно-солевой буфер (ФСБ) с концентрацией 100 мкг/мл на 3 часа при комнатной температуре, а опорный кантилевер – в раствор антител к D-диммеру той же концентрации. На финальной стадии не прореагировавшая поверхность АПТМС пассивировалась 1% раствором БСА в смеси с казеином в ФСБ в течение 1 часа. Одновременно, обратная золотая сторона датчика

пассивировалась за счет физической адсорбции. Каждая стадия заканчивалась промывкой соответствующим растворителем.

Контроль модификации поверхности осуществлялся методами атомно-силовой микроскопии (ФемоСкан, ООО НПП «Центр перспективных технологий», Россия). Для этого все стадии модификации параллельно проводились на слюдяных пластинках – химическом аналоге кремния. Слюда имеет атомарно-гладкую поверхность, что облегчает получение изображения и легко скалывается для получения идеально чистой поверхности.

Модифицированные кантилеверы устанавливались в ячейку экспериментальной установки, после чего ячейка заполнялась буферным раствором. Кантилеверы оставались в буфере в течение не менее 8 часов для достижения равновесия. После этого через ячейку включали непрерывный поток ФСБ со скоростью 1 мл/час. После выхода разностного сигнала на постоянное значение происходило переключение клапана, в результате чего в поток добавлялся образец, содержащий С-реактивный белок. В течение эксперимента фиксировалось отклонение кантилеверных датчиков. График зависимости относительного отклонения сенсорного кантилевера в результате специфического связывания белка из раствора представляет этапы реакции. Первый этап соответствует времени достижения образцом измерительной ячейки. Небольшой провал связан с изменением параметров среды и постепенный рост поверхностных напряжений в слое с выходом на плато. Результирующей относительный изгиб кантилеверного датчика для концентрации 50 мкг/мл составил около 20 нм. Данная концентрация приблизительно соответствует уровню содержания С-реактивного белка в крови пациентов в первые часы развития инфаркта миокарда.

Заключение. В ходе работы на примере С-реактивного белка продемонстрирована возможность определения белковых маркеров сердечно-сосудистых заболеваний с помощью микрокантилеверной системы. С помощью разработанной системы был детектирован белок в буферном растворе с концентрацией 50 и 25 мкг/мл. Также разработана концепция компактного сенсорного устройства на основе микрофлюидного чипа. Планируется расширить спектр анализируемых биомаркеров, повысить чувствительность биосенсора, перейти от лазерно-оптической к альтернативным системам регистрации отклонения, миниатюризировать устройство. Также требуется разработать систему дистанционного мониторинга, позволяющего в случае критических изменений биомаркеров передавать информацию на станцию скорой медицинской помощи. Разрабатываемая система позволит повысить качество и скорость диагностики различных сердечных заболеваний и предупредить их прогрессирование.

***Благодарности.** Настоящая работа выполнена при поддержке Российского Фонда Фундаментальных Исследований (РФФИ) № 13-04-12092.*

Список литературы

1. Долгалев И.В., Карпов Р.С. Стабильность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний по результатам 17-летнего наблюдения. Российский кардиологический журнал, 2015-№1. – С.67-71.

2. Оганов Р.Г., Беленков Ю.Н. Кардиология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 1232 с.
3. Силина Е.В., Ступин В.А. Детектирование изменений состава слюны при развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Терапевт, 2014, №11 – С.45-49.
4. Enas EA, Chacko V, Pazhoor SG, et al. Dyslipidemia in South Asian patients. Cur-Atheroscler Rep. 2007;9:367–74.
5. Haefliger D., Hansen O., Boisen A. Self-positioning of polymer membranes driven by thermodynamically induced plastic deformation // Advanced Materials 2006, 18, 238-241
6. Johansson A., Blagoi G., Boisen A. Polymeric cantilever-based biosensor with integrated readout // Applied Physics Letters 2006, 89(17), 173505-173505-3.
7. Li X.-J. J., Zhou Y. Microfluidic Devices for Biomedical Applications // Woodhead Publishing, 2013, 676 Pages.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМИ ДИАТЕЗАМИ, ВОЗНИКШИХ ВО ВРЕМЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Хатамов Ф.Д.

Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А. Ясави,
Казахстан, г. Туркестан

Темуров Ф.Т.

Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А. Ясави,
Казахстан, г. Туркестан

В статье изложена тактика врача стоматолога при возникновении кровотечений из полости рта и челюстно-лицевой области у детей с геморрагическими диатезами.

Ключевые слова: неотложная помощь, кровотечение, дети, диатез, стоматология.

В Республике Казахстан уделяется особое внимание здоровью детей. Однако, в последние годы отмечается рост хронических соматических заболеваний, в особенности, в экологически неблагоприятных регионах.

Хронические соматические заболевания изменяют течение физиологических и патофизиологических процессов в организме в целом и в полости рта, в частности. При этом изменяется физиологический, психологический, иногда и социальный статус ребенка. Лечение и реабилитация этих детей требует участия ряда специалистов, в числе которых должен быть и стоматолог.

На сегодняшний день доказано наличие тесной взаимосвязи между общим состоянием и стоматологическим здоровьем организма.

Зная особенности клинических проявлений соматических заболеваний, стоматолог может способствовать ранней диагностике и современному лечению данной категории детей.

Следует особое внимание уделять группе заболеваний, называемых геморрагическими диатезами, и характеризующиеся склонностью к кровотечениям, возникающим самопроизвольно или в результате незначительных повреждений.

В литературе описаны случаи длительных и обильных кровотечений у больных с гематологическими заболеваниями после удаления зубов, вскрытия абсцессов, флегмон и гематом в челюстно-лицевой области [1, 2, 3, 4, 5].

Многие хирурги избегают производить оперативные вмешательства у лиц с заболеваниями крови, что вынуждает больных иногда скрывать свое заболевание (тромбоцитопеническая пурпура, гемофилия, геморрагический васкулит и др.). И это нередко ведет к развитию «неожиданных» кровотечений, которые могут привести к летальному исходу. Недостаточная изученность данной проблемы обуславливает актуальность исследования.

Цель исследования: Совершенствование методики оказания помощи детям при длительных кровотечениях, возникающих при оперативных вмешательствах в челюстно-лицевой области, в особенности при геморрагических заболеваниях.

Материалы и результаты исследования. На этапе подготовки к стоматологическому вмешательству при наличии в анамнезе предрасполагающих к геморрагиям факторов мы у больных исследовали время свертывания крови, длительность кровотечения, протромбиновое время, протромбиновый индекс, фибринолитическую активность плазмы, ее толерантность к гепарину, агрегационные свойства тромбоцитов, количество тромбоцитов. Эти исследования проводились в обязательном порядке и у диспансеризованных больных с геморрагическим диатезом (геморрагический васкулит, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, гемофилия).

При патологии системы гемостаза стоматологические манипуляции проводились лишь после консультации с гематологом и в период отсутствия клинических проявлений заболевания.

В стоматологических медицинских учреждениях и в челюстно-лицевом отделении многопрофильной больницы «клиника Талгат» г. Туркестана за последний год нами произведены операции удаления зубов, вскрытия абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области у 10 детей с геморрагическими диатезами (идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит). У семерых из них были сильные кровотечения из операционных ран, которые удалось купировать. Зубы, как правило, удаляли под местной анестезией с последующим наложением тампона, смоченного гемофобином.

К хирургическим вмешательствам у больных геморрагическим васкулитом (капилляротоксикоз, болезнь Шенлейна-Геноха) мы подходили очень осторожно, так как возникающие кровотечения трудно поддаются остановке. Подготовка к удалению зубов состояла в том, что больным в течении недели переливали одногруппную свежезаготовленную кровь, эпсилон – аминокaproную кислоту, назначали средства, укрепляющие стенки сосудов (аскорутин и др.) Под нашим наблюдением были 6 детей с геморрагическим васкулитом. Из них у четырех больных были кровотечения после удаления зубов, которым была оказана неотложная помощь с последующим назначением патогенетической терапии (антиагреганты, антигистаминные препараты и др.).

Не менее опасны удаления зубов, вскрытия абсцессов и флегмон, а также кровотечения после удаления зубов и из десен при болезни Верльгофа (идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура) и симптоматических тромбоцитопениях. Нами были выполнены 3 операции по удалению зубов, у одного больного пунктировали абсцесс. Произведено 3 остановки кровотечений из десен и после удаления зубов. Подготовка этих больных к операции состояла из 2х-3х переливаний одногруппной свежей крови (1-2 суток заготовки) или 60-100 мл тромбоцитной массы через день и за 1-2 часа перед операцией. При кровотечениях после удаления зубов накладывали на рану гемостатическую губку, вводили эпислон-аминокапроновую кислоту, дицинон, хлористый кальций, викасол, кортикостероиды.

Абсцесс у ребенка пунктировали с отсасыванием гноя и введением в полость антибиотиков. Мы не проводили разрез абсцесса, так как к нему необходимо прибегать лишь в крайних случаях, при отсутствии желательного эффекта.

Таким образом, во время стоматологических вмешательств при возникновении геморрагических осложнений оказывали неотложную помощь согласно алгоритму действий при кровотечениях. Местно вводили в рану гемостатическую губку, фибринную пленку, гемофибрин, капрофер, оксигелокс, прошивали кровоточащий сосуд или проводили диатермокоагуляцию, ушивали рану, тампонировали рану и накладывали давящую повязку. Проводили также неотложную лекарственную терапию – дицинон (этамзилат) 12,5% раствор – в/в или в/м, при избыточном фибринолизе амбен (памба) 1% -р-р в/в или в/м; кальций хлористый -10% р-р в/в; викасол (провитамин К) – 1% в/м (эффект проявляется через 12-18 часов и более); аскорбиновая кислота 5% в/в, в дальнейшем аскорутин в таблетках, эпислон-аминокапроновая кислота 5% в/в капельно.

Список литературы

1. Учебно-методическое пособие: «Проявления в полости рта самостоятельных заболеваний у детей». Роль врача-стоматолога / Т.Н.Терехова и др. –Минск. БГМУ, 2010.
2. Петрович Н. И. Стоматологический статус детей с нарушением свертывающей системы крови и особенность оказания им стоматологической помощи. Автореф. дисс. кан. мед. наук.,-Минск, 2002. 19 с.
3. Баркаган Л.З., Анмут С.Я. // Журнал «Педиатрия» 1980. №7. Сс.43-46.
4. Воробьев А.И., Бриллиант М.Д. // Журнал «Терапевтический Архив» 2000. №9. С.3-5.
5. Баркаган З.С. // Журнал «Терапевтический Архив» 1988. №5. С.99-106.
6. Балабина Н.М. Клинико-патогенетическая характеристика геморрагического васкулита. Автореф. дисс. кан. мед. наук.,- Новосибирск, 1987. 21 с.
7. Стоматология детей и подростков / Под. Ред. Ральфа Мак. Дональда., Дейвера Эйвери. 7-е издание, Москва, 2003, 570 с.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

Чекашкина Е.Е.

аспирантка кафедры госпитальной терапии,
ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»,
Россия, г. Саранск

Лещанкина Н.Ю.

профессор, заведующая кафедрой госпитальной терапии, д.м.н, доцент,
ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»,
Россия, г. Саранск

Столярова В.В.

Профессор кафедры госпитальной терапии, д.м.н, профессор,
ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»,
Россия, г. Саранск

Назаркина М.Г.

ассистент кафедры госпитальной терапии,
ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»,
Россия, г. Саранск

В этой статье изучены особенности variability сердечного ритма у 40 женщин с желудочковой экстрасистолией во время беременности. Нарушения ритма сердца представляют собой один из самых сложных разделов клинической кардиологии. В настоящее время variability сердечного ритма широко используется с целью стратификации риска и диагностики заболеваний, включая внезапную сердечную смерть.

Ключевые слова: нарушения ритма, беременность, экстрасистолия, variability сердечного ритма.

Введение

Нарушение ритма сердца (НРС) – это изменение основных электрофизиологических свойств сердца (автоматизма, возбудимости, проводимости), которые ведут к нарушению сокращения всего сердца или его отделов и проявляющееся изменением частоты, регулярности ритма и проведения возбуждения по проводящей системе сердца [3]. Регуляция ритма сердца осуществляется вегетативной, центральной нервной системой, рядом гуморальных и рефлекторных воздействий. Во время беременности довольно часто выявляются различные нарушения ритма, которые связаны с функциональными, гормональными и гемодинамическими изменениями, происходящими во время беременности [1]. У беременных в несколько раз повышается уровень эстрогена и хорионического гонадотропина, увеличивается содержание катехоламинов в плазме крови. Таким образом, повышается чувствительность адренорецепторов, которая приводит к усиленной активации симпатической нервной системы (СНС). Все эти изменения у беременных создают благоприятные условия

для развития аритмий. Таким образом, сама беременность может выступать в качестве проаритмогенного фактора [5, 6]. В связи с этим, существует необходимость в исследовании беременных женщин, так как нарушения ритма могут привести к гибели, как женщины, так и плода.

В последние годы для оценки состояния ВНС широко используются временные показатели вариабельность сердечного ритма (ВСР) [2].

Существуют немногочисленные работы, посвященные изучению ВСР у беременных, хотя перспективы широкого внедрения оценки его параметров могут быть связаны не только с регистрацией аритмий, но и с оценкой эффективности их лечения, а также прогнозом [1].

Из временных показателей были включены в работу:

1) SDNN – среднее квадратическое отклонение величин интервалов RR за весь рассматриваемый период, он используется для оценки общей ВСР;

2) SDANN – стандартное отклонение средних значений интервалов RR (вычисленных за 5 мин при 24-часовой записи ЭКГ), который применяется для оценки низкочастотных составляющих ВСР;

3) RMSSD – квадратный корень из суммы квадратов разности величин последовательных пар нормальных интервалов RR, используется для оценки высокочастотных составляющих ВСР.

4) Mean – среднее значение всех R-R интервалов в выборке.

5) PNN50% – процентная представленность эпизодов различия последовательных интервалов более, чем на 50мс.

6) HRVi – триангулярный индекс – это общее количество интервалов NN, деленное на высоту гистограммы всех интервалов NN с шагом 7,8125мс.

Цель исследования: изучение изменений временных показателей ВСР у женщин с частой желудочковой экстрасистолией во время беременности.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 40 женщин с частой желудочковой экстрасистолией, находившихся на обследование и лечение в ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский перинатальный центр». Возраст обследованных находился от 18 до 40 лет (средний возраст). Все женщинам проводились обследования в III триместре беременности. Беременные были поделены на 2 группы по 20 человек. В 1 группе женщины с нарушением ритма, во 2 группе – без нарушения ритма. Критерием включения в 1 группу было наличие у беременной частой желудочковой экстрасистолии.

Исследование ВСР проводилось с помощью 24-часового ХМ-ЭКГ с использованием кардиорегастратора «Валента» (Россия). Женщины в процессе обследования отмечали в дневнике основные моменты своей деятельности. В работу включались временные показатели ВСР: SDNN, SDANN, RMSSD. Все полученные данные сравнивались с нормативными значениями [4]. Статистический анализ проводился с помощью программы MicrosoftOfficeAccess 2007, MicrosoftOfficeExcel2007.

Результаты и их обсуждение.

При исследовании выявлено, что во время беременности отмечается снижение вариабельности ритма относительно нормальных значений (таблица). В 1 группе отмечается снижение SDNN на 9,89% ($p < 0,05$) относительно 2 группы, и на 23,97% относительно нормы. У женщин с частой желудочковой экстрасистолией отмечается снижение SDANN относительно здоровых беременных женщин на 15,79% ($p < 0,05$), и на 27,81% ($p < 0,05$) относительно нормы, что говорит о преобладании симпатических влияний над парасимпатическими.

Таблица

Результаты временного анализа ВСП беременных женщин

Показатели ВСП	норма	1 группа	2 группа
Mean,мс	760±96	690,56 ± 61,35	690,6±66,96
SDNN,мс	141±39	107,2±19,25#	118,91±23,48
SDANN,мс	127±35	91,67±17,9#	108,86±24,76
rMSSD,мс	27±12	30,84±14,79	29,71±14,23
HRVi,ед	37±15	30,68±6,37	31,68±7,36
PNN50%	18±13	5,99±4,28	7,41±6,72

Примечание: # – достоверность различий между 1-й и 2-й группой (при $p < 0,05$)

Жирный шрифт- достоверность различий в группах по отношению к норме (при $p < 0,05$)

Во время беременности происходит снижение парасимпатических влияний, что видно по показателю PNN50%. В 1 группе снижен в 3 раза, во 2 группе в 2,4 раза относительно нормы.

При анализе выявлено, что в 1 группе отмечается повышение rMSSD на 14% относительно нормальных значений, и на 3,7% относительно 2 группы. Во 2 группе повышение rMSSD на 10% относительно нормы – говорящее нам о возрастании парасимпатических влияний на ритм сердечной деятельности в послеродовом периоде (рисунок).

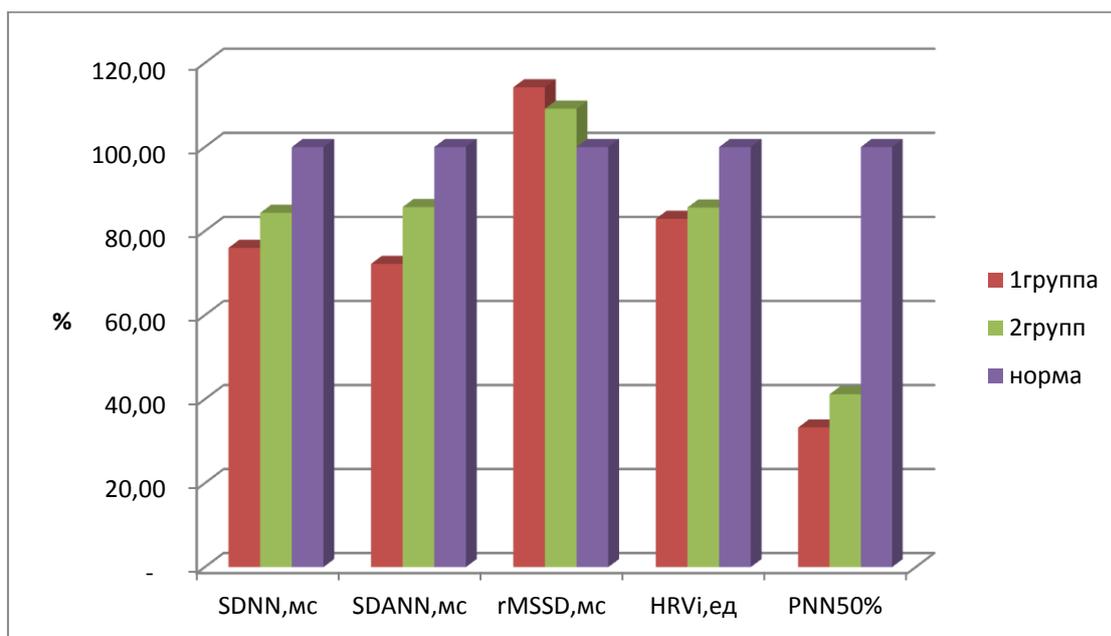


Рис. 1. Некоторые показатели временного анализа в исследуемых группах

В исследуемых группах показатель HRV_i практически не отличается, но по сравнению с нормальными значениям снижен на 17,8% и 14,16% ($p < 0,05$), что говорит нам о снижении общей ВСР.

Выводы:

- 1) Во время беременности отмечается снижение общей ВСР.
- 2) У беременных в III триместре отмечается преобладание симпатических влияний над парасимпатическими.
- 3) В группе женщин с нарушением ритма достоверно чаще превалирует симпатические влияния, чем у женщин без нарушения ритма.

Список литературы

1. Мравян, В.А. Нейровегетативная обеспеченность при экстрагенитальных заболеваниях у беременных. С.Р. Мравян, В.А. Петрухин, А.А. Зарудский, Ф.Ф.Бурумкулова, В.П. Пронина // Российский вестник акушер-гинеколога, 2009. Том 2. - С.43-48.
2. Рябыкина, Г.В. Вариабельность ритма сердца/Г.В. Рябыкина, А.В. Соболев. – М.: СтарКо, 1998. – 200 с.
3. Тактика ведения беременных с нарушениями сердечного ритма и проводимости. Проект рекомендаций ВНОК по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. <http://www.cardiosite.ru/articles/2009>.
4. Бабунц, И. В. Азбука анализа variability сердечного ритма / И. В. Бабунц, Э. М. Мириджанян, Ю. А. Машаех. - Ставрополь: Принтмастер, 2002. – 112 с.
5. Оганов Р.Г., Мамедов М.Н Национальные клинические рекомендации по кардиологии. – М., 2009. – 392 с.
6. Баевский Р.М. Анализ variability сердечного ритма в космической медицине // Физиология человека. 2002. Т. 28. № 2. С. 70-82.

ОЦЕНКА НЕОБХОДИМОСТИ В ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИНЪЕКЦИЯХ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ

Ширяк Т.Ю.

ассистент кафедры стоматологии детского возраста,
ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет,
Россия г. Казань

Меркулова М.Ю.

врач-стоматолог детский,
ГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 2», Россия г. Казань

Самигуллина М.Н.

врач-стоматолог детский,
ГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 2», Россия г. Казань

В статье приведена оценка эффективности местного инъекционного обезболивания 526 временных зубов у 339 детей с диагнозом пульпит вне обострения (МКБ 10 – K04.0). Показана необходимость в значительном проценте случаев применения дополнительных инъекций, которые напрямую зависят от психоэмоционального статуса ребенка.

Ключевые слова: временные зубы, пульпит, местное обезболивание.

Качественное и полноценное обезболивание тканей зубов- одно из главных критериев успешного лечения. В детском возрасте существует ряд особенностей, которые могут создавать определенные трудности в проведении анестезии и влиять на ее эффективность. Причинами неэффективности обезболивания могут быть ошибки врача – погрешности в технике выполнения и выбора метода анестезии; особенности пациента – вариабельности расположения ветвей тройничного нерва, пониженный порог болевой чувствительности и т.д. Инфильтрационная анестезия может быть неэффективна вследствие недостаточной диффузии анестетика сквозь плотную компактную пластинку нижней челюсти, интрасептальная анестезия не всегда эффективна за счет начинающейся резорбции кости лунки, вследствие хронического процесса в периодонте. У детей страх перед стоматологическим вмешательством, через изменение нейрогуморальной регуляции может воздействовать на физиологические процессы в организме, которые приводят к развитию сенситизации и гипералгезии тканей, что требует использования больших доз местных анестетиков для эффективного обезболивания [3].

Воспалительный процесс в пульпе может оказывать существенное влияние на эффективность местной анестезии. В фазу воспаления – альтерации, возбудимость нервных волокон увеличивается под действием медиаторов воспаления. Медиаторы воспаления (простагландины, интерлейкины), нейропептиды (субстанция P, брадикинин), способствует первичной гипералгезии нервных волокон и повышая их возбудимость и проводимость. Увеличивается экспрессия рецепторов, резистентных к местному обезболиванию [2, 5].

Важным фактором может явиться согласованность в оценке эффективности обезболивания врача и ребенка. В исследованиях Arrow с соавт. (2012), было показано, что четверть детей, у которых обезболивание было оценено врачами как эффективное, сообщили позже своим родителям о том, что во время лечения испытывали боль от умеренной до сильной [4]. Это говорит о недостаточном внимании к психоэмоциональному состоянию ребенка.

Эти проблемы диктуют необходимость дальнейшего изучения вопросов обезболивания у детей, повышения эффективности, совершенствования техники анестезиологического пособия, преодоления страха перед инъекциями.

Целью исследования явилось оценить эффективность обезболивания 526 временных зубов у 339 детей в возрасте от 4 до 9 лет с диагнозом пульпит вне обострения (МКБ 10 – K04.0). В ходе исследования была поставлена задача оценить необходимость в дополнительных инъекциях и ее зависимость от психоэмоционального фактора и групповой принадлежности зубов.

Материалы и методы. Для обезболивания использовался Ультракаин ДС. Эффективность проводимой анестезии проводилась через 5-10 минут после введения препарата, оценивалась с показателями 10-бальной визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), модифицированной для детей. Оценка в 5-10 баллов расценивалась как болезненность, требующая дополнительной анестезии. При неэффективности инфильтрационной анестезии с вестибулярной сторо-

ны верхней и нижней челюсти добавлялась анестезия в объеме 0,5-0,7 мл. и оценивалась как «основная анестезия». Только при неэффективности 2-х инъекций (1,0-1,2 мл) «основная анестезия» считалась неэффективной и требовалась «дополнительная анестезия». Если при полном использовании карпулы после введения дополнительной анестезии в общем объеме 1,8 мл. не представлялось возможным начать лечение из-за болезненности, анестезия считалась полностью неэффективной.

Инфильтрационная анестезия на верхней челюсти была оценена в 206 временных моляров. Мандибулярная анестезия оценена в 71 инъекции при обезболивании 91 зуба. Интрасептальная анестезия была применена в 102 нижних временных зубах: 62 первых моляра и 40 вторых моляров. Инфильтрационная анестезия применялась на нижней челюсти для обезболивания 127 временных зубов у 79 детей в возрасте 4-6 лет, согласно «правилу 10» [1].

Результаты исследования. На верхней челюсти клиническая эффективность анестезии с вестибулярной стороны с первой-второй инъекции (основная анестезия) в объеме анестетика Ультракаин ДС 1,0 -1,2 мл. составила 76,69% (n=158). Из них эффективность анестезии в 13 случаях была достигнута с применением повторной инъекции с вестибулярной стороны (6,31%). В остальных случаях в 23,3% (n=48) дополнительная вестибулярная анестезия оказывалась неэффективной, по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) ≤ 5 , и использовалась дополнительная анестезия – внутрипульпарная или интрасептальная в – десневой сосочек, которая в 100% случаях оказывалась эффективной.

Для оценки роли психоэмоционального статуса на эффективность основной анестезии детей разделили на 2 группы: в 1 группе эмоциональное состояние оценивали по шкале Франкла как позитивное (низкий уровень тревоги) – F+, F++; во второй группе как негативное (средний и высокий уровень): F-F-- . В первой группе детей дополнительную анестезию приходилось использовать в 9,52%. Во 2 группе, где дети испытывали психоэмоциональное напряжение, дополнительная инъекция требовалась в 40,68% (p<0,001).

Клиническая эффективность проводниковой анестезии в пульпотомии временных зубов составила 77,46% (55 инъекции). В остальных 16 случаях прибегали к дополнительной анестезии в 22,53%. В качестве дополнительной анестезии применялась внутрипульпарная и/или интрасептальная. В результате совсем неэффективной анестезия оказалась в 1 случае (1,41%), когда пришлось оставить девитализирующее средство. Осложнения нами наблюдались только местные- в 3-х случаях имело место прикусывание губы (4,22%).

Эффективность инфильтрационной анестезии на нижней челюсти при лечении пульпита согласно «правилу 10» при обезболивании первых и вторых моляров у 4-х летних детей и первых моляров у 5-летних детей (83 зуба) составила в целом 65,06%. По возрастному признаку у 4-х летних детей эффективность анестезии при обезболивании вторых моляров составила 61,54%, у 5-летних детей значительно ниже в 40% (p>0,05). В первых молярах в различных возрастных группах эффективность анестезии примерно

одинакова: у 4-х летних детей инфльтрационная анестезия была эффективна в 73,08%, у 5-летних детей в 61,29%, у 6-летних детей в 62,5%. В качестве дополнительной анестезии использовались внутривульпарная и/или интрасептальная анестезия. В результате совсем неэффективной анестезия оказалась в 2 случаях (1,61%). Осложнения в этой группе имели место у двух детей: виде травмы мягких тканей губы.

Эффективность интрасептальной анестезии на нижней челюсти составила в целом 75,49% (n=77). Отдельно по группам зубов: в первых молярах успех анестезии составил 77,42%, во-вторых молярах в 72,5% (p<0,05). В качестве дополнительной использовалась внутривульпарная анестезия. Совсем неэффективным обезболивание оказалась в 5 случаях (4,9%). Осложнения имели место только местные – у 2-х детей прикусывание губы, у 3-х постинъекционная боль (4,9%).

Заключение. Данные свидетельствуют о том, что существует прямая зависимость степени болезненности вмешательства и в необходимости в дополнительных инъекциях при повышении уровня тревожности. Отсутствие полноценной анестезии при лечении пульпита с первой инъекции, требует от врача объективной оценки эффективности обезболивания и применения дополнительных инъекций в более трети случаев.

Список литературы

1. Даггал, М. С. Лечение и реставрация молочных зубов. Пер. с англ. Под ред. проф. Т.Ф. Виноградовой. / М. С. Даггал, М. Е. Дж. Керзон, С. А. Фейл и др. – М.: МЕДпресс-информ 2006. – 160 с.
2. Иванов, В. С. Воспаление пульпы зуба / В. С. Иванов, Ю. Л. Винниченко, Е. В. Иванова. – М., 2003. – 264 с.
3. Казакова, Л. Н. Оптимизация анестезиологического пособия при лечении кариеса и его осложнений у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.41 / Казакова Лариса Николаевна. – Волгоград, 2005. – 23 с.
4. Arrow, P. A comparison of articaine 4% and lignocaine 2% in block and infiltration analgesia in children [Электронный ресурс] / P. Arrow // Australian Dental Journal. – 2012. Режим доступа: j.1834-7819.2012.01699.x 221.
5. Roy, M. Differential properties of tetrodotoxin-sensitive and tetrodotoxin-resistant sodium channels in rat dorsal root ganglion neurons. / M. Roy, T. Nakanishi // J. Neurosci. – 1992. – Vol.12. – P.2104-2111.

СЕКЦИЯ «ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ»

**FITNESS CLASSES IN PRIMARY SCHOOL, DURING
EXTRACURRICULAR ACTIVITIES IN THE MUNICIPAL BUDGET
EDUCATIONAL INSTITUTION – LYCEUM NO. 32, BELGOROD,
THE RUSSIAN FEDERATION, AS A KIND OF FORMATION HEALTHY
LIFESTYLE OF YOUNGER PUPILS**

Shilovskikh K.V.

physical education teacher, Municipal educational institution Lyceum № 32
the city of Belgorod, Russia, Belgorod

Rudakov E.A.

physical education teacher, Municipal educational institution Lyceum № 32
the city of Belgorod, Russia, Belgorod

Karabut R.V.

physical education teacher, Municipal educational institution Lyceum № 32
the city of Belgorod, Russia, Belgorod

Morewithin P.S.

physical education teacher, Municipal educational institution Lyceum № 32
the city of Belgorod, Russia, Belgorod

Our article is devoted to the introduction in the extracurricular activities in lyceum No. 32, Belgorod, the Russian Federation, aerobics, as a kind of formation healthy lifestyle of younger pupils. A sample set for fitness is given for extracurricular activities. We continue work on this project, in conclusion plan to issue training supplies and several articles.

Keywords: autogenic training, aerobics, extracurricular activities, a junior student, fitness, step aerobics, fitness aerobics, strength training.

A healthy lifestyle is formed in the family, later school is involved. It is school that keeps under control students' academic load, daily routine, nutrition and physical activity, coordinating their actions with parents.

However, recent researches show that about 30 – 35% of children come to the first class with certain physical deviation and after graduation more than 80% of students are not entirely healthy. The conclusion is that educational institutions do not add health, but vice versa, take it. Of course, the problem of students' health is multifaceted. To shift the responsibility onto one institution does not solve the problem of pupils' health care. But at the same time, the analysis of their diseases clearly shows that while studying at school, the number of respiratory diseases, pathologies of the digestive system, and organs of vision grows. Such state of health is not only the result of long-term adverse impact of socio-economic and environmental factors, but also of a number of pedagogical ones.

Three lessons of physical education per week do not compensate the lack of physical activity. At the same time there are also cases of low exercise efficiency.

At Physical Education lesson children are divided into three groups: main, preparatory and special medical groups. The last two are distinguished according to medical indications (diseases in the stage of compensation, sub compensation, etc.). Students that are not belong to these groups form the main group, and just with them teachers have classes in approved training programs. These are so-called "healthy kids". At the same time, their true state of health has not been defined, at the best it is judged by the indicators of physical development of children.

Therefore, taking into consideration all the above, we want to tell you about our experiment.

Since 2013, our lyceum has realized the project "The Use of Fitness within the system of activity approach during extracurricular lessons in primary school".

During the extracurricular activities in first and second forms we devote time to practice fitness to music, use modern tunes, do musical composition sets to practice, select music with children's wishes.

Based on the analysis of scientific and methodological literature, we have developed sets for fitness classes with children of primary school. Their distinguishing feature is integrated health – improving orientation. Unlike senior students where classes are made up in one direction of fitness, in primary school in different parts, popular fitness trends are used (step aerobics, yoga, fitness, aerobics, stretch, strength training, autogenic training). However, breathing, finger, self-massage exercises for a correct posture etc are widely used in the modern system of primary school education.

There are several sets of exercises. Each of them lasts for 2 weeks of practical application. The duration of 1 complex is 40-45 minutes. The quantity of sessions – 1-2 per week.

The sample structure is traditional and consists of preparatory, main and final parts.

The preparatory part is divided into 3 sections.

1. Exercises to correct posture
2. Stretching
3. General health-improving exercises as a type of aerobic exercises.

The main part is also divided into 3 sections.

1. One of the types of aerobics
2. Strength training
3. A game

The final part has 2 sections.

1. Visual gymnastics
2. Autogenic training

This part division into sections reflects psychophysical features of younger students, who according to psychological research are able to keep voluntary attention not more than 10 minutes. Accounting this fact allows to maintain the attention and children's desire.

Different educational methods are used in work: the method of persuasion, the method of reward and punishment, the method of competition and game.

Among the variety of teaching methods verbal, visual and practical are used.

Such organizational methods are used in work: frontal, group, individual.

During the training the main methods are continuing, interval, repeated, playing and emulative.

The use of the fitness industry allows our students to prepare better and more inventive for the physical education lessons and extracurricular activities, afford us to use this interest to increase the level of calisthenics.

References

1. Avramenko V.A. The Lesson of physical education and healthy lifestyle of students // Materials from scientific-practical conference "Physical education and healthy lifestyle / Ed. by P. A. Vinogradov. – M.: Prosveshchenie, 1990. – p. 3-5.

2. Vasilyev, O. S., Zhuravlev, E. C. The study of ideas about healthy lifestyle // Psychological Bulletin of Rostov State University. Rostov on Don, 1997, no. 3. – p.247.

3. Shlosberg S., Nieporę L.O. About healthy lifestyle: A training supply. M-SPb. – Kiev: Dialectica, 2000. – p.53.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИМ УСЛОВИЯМ ПОСТРОЕНИЯ ПРОЦЕССА ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В ВУЗЕ

Василенкова Т.А.

старший преподаватель кафедры физической культуры,
Череповецкий государственный университет, Россия, г. Череповец

Одноочко М.К.

доцент кафедры физической культуры,
Череповецкий государственный университет, Россия, г. Череповец

В статье организационно-методические условия построения процесса физического воспитания в вузе рассматриваются как один из наиболее значимых факторов, влияющих на формирование мотивации студентов к занятиям физической культурой. Данное исследование проводилось со студентами гуманитарного инженерно-технического институтов Череповецкого государственного университета.

Ключевые слова: студенты организационно-методические условия, физическая культура, физическое воспитание, мотивация.

В настоящее время одной из актуальных проблем является привлечение студентов к занятиям физической культурой, так как в постоянно развивающемся обществе, при высоком темпе жизни увеличиваются требования к физической подготовленности студенческой молодежи, необходимой им для дальнейшей трудовой деятельности. Однако, как показывает практика, состояние здоровья студентов не соответствует запросам сегодняшнего дня. Это во многом обусловлено тем, что студенческая молодежь имеет низкий уровень мотивации и несформированные потребности к занятиям физической культурой. Статистика свидетельствует о том, что большинство студентов имеет позитивно-пассивное отношение к физической культуре, а около 20% негативно относится к занятиям физическими упражнениями [2].

Основная масса студентов отмечает положительное влияние физических упражнений на состояние здоровья, но занимаются от случая к случаю, объясняя это нехваткой времени и высокой степенью занятости. На современном этапе у студентов не сформирована потребность в систематических занятиях физическими упражнениями. Все это ведет к снижению мотивации к занятиям физкультурной деятельностью и спортом, приводит к снижению уровня индивидуального здоровья, физической и умственной работоспособности, физической подготовленности и физического развития студентов.

В связи с этим большое значение приобретает изучение отношения молодежи к занятиям физической культурой, структуры мотивационного комплекса в занятиях физкультурно-оздоровительной деятельностью студенческой молодежи, поиск методов ее повышения, так как мотивация является неотъемлемым компонентом успешной физкультурно-спортивной деятельности.

Проблеме формирования мотивационно-ценностного отношения студенческой молодежи к занятиям физической культурой и спортом посвящено большое количество научных трудов. В этом направлении проводили исследования такие специалисты, как В.И. Ильинич, Г.П. Грибан, Т.Ю. Круцевич, Н.В. Москаленко, О.Ю. Марченко и др.

Исследователями выявлены закономерности формирования мотивов и интересов студентов в области физической культуры и спорта; определены мотивационные приоритеты студенческой молодежи в этой сфере; изучены особенности ценностных ориентаций студентов, занимающихся в различных учебных отделениях вуза; определены внешние и внутренние факторы, влияющие на формирование мотивации студентов к занятиям физическими упражнениями. Среди таких факторов значимое место занимают организационно-методические условия построения процесса физического воспитания в вузе. Однако, на наш взгляд, проблема влияния вышеназванного фактора на отношение студентов к занятиям физической культурой и спортом в настоящее время изучена недостаточно, что обуславливает актуальность нашего исследования [1].

В связи с этим целью исследования явилось изучение отношения студентов к организационно-методическим условиям построения процесса физического воспитания в вузе.

В исследовании приняли участие 80 студентов инженерно-технического института и 80 студентов гуманитарного института Череповецкого государственного университета, все испытуемые – учащиеся третьего курса. Результаты исследования представлены на рисунке.

Полученные данные свидетельствуют о том, что наибольшее недовольство у студентов в обоих институтах вызывает отсутствие возможности заниматься избранным видом спорта: в инженерно-техническом институте этот фактор является существенным для 40% опрошенных, в гуманитарном – для 17,5%. Для снижения данного фактора следует, по возможности, разделять студентов во время занятий физической культурой на подгруппы по интере-

сам, а также открыть дополнительные секции по наиболее востребованным видам спорта.

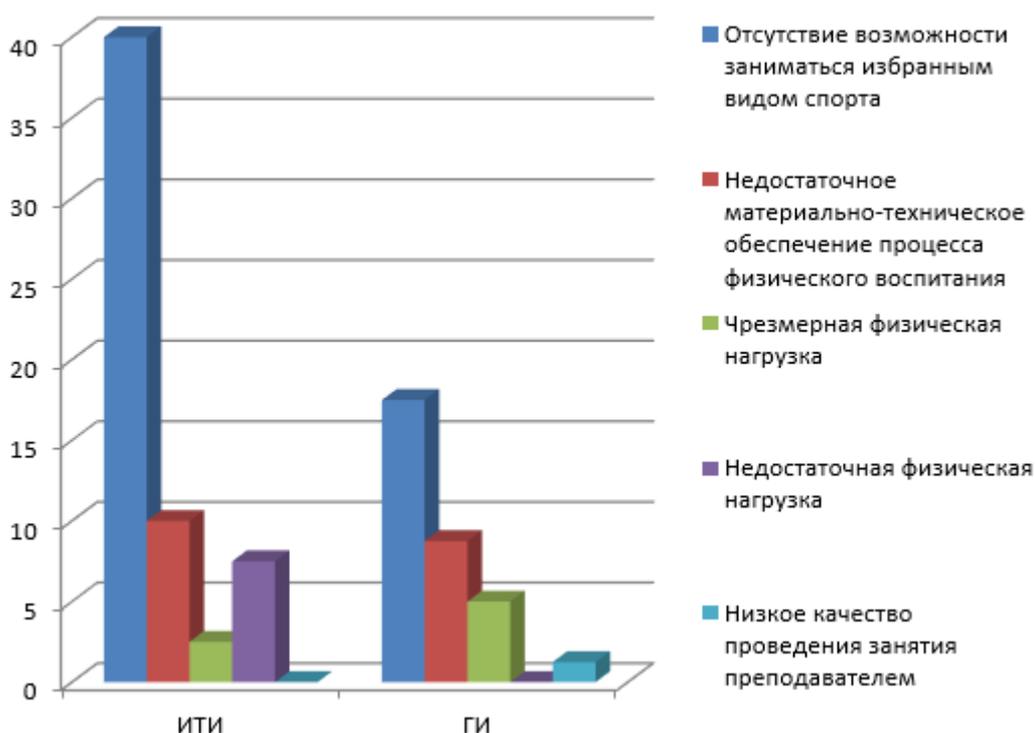


Рис. Распределение студентов ИТИ и ГИ ЧГУ по отношению к организационно-методическим условиям построения процесса физического воспитания, вызывающим недовольство учебными занятиями

Из исследования так же видно, что остальные организационно-методические условия построения процесса физического воспитания удовлетворяют практически всех студентов. Так на низкое качество проведения занятия преподавателем указали только опрошенные гуманитарного института – 1,25%; материально-техническое обеспечение процесса физического воспитания недостаточным сочли 10% опрошенных из инженерно-технического института и 8,75% – из гуманитарного; физическая нагрузка чрезмерной оказалась для 2,5% студентов инженерно-технического института и недостаточной для 7,5%, а в гуманитарном институте 5% опрошенных указали на чрезмерность нагрузки и ни один не счел нагрузку недостаточной. Различные результаты, полученные в исследуемых институтах можно объяснить тем, что студенты инженерно-технических специальностей физически более развиты по сравнению с гуманитариями и с большим желанием занимаются различными видами спорта [3].

Список литературы

1. Ильинич В.И. Физическая культура студента и жизнь: учебник. – М.: Гардарики, 2008. – 366 с.
2. Скриптунова Е.А., Морозов А.А. О предпочтениях городской молодежи // Социологические исследования. № 1, 2002.
3. Теория и организация физической подготовки: Учебник / под ред. проф. В.В. Миронова. – СПб.: ВИФК, 2006. – 594 с.

НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ МОЛОДЁЖИ В СФЕРЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

Габибов А.Б.

доцент кафедры физвоспитания, кандидат с.-х. наук,
ФГБОУ ВО Донской государственной аграрный университет,
Россия, п. Персиановский

Майборodin С.В., Кадыкова Н.К.

старшие преподаватели кафедры физвоспитания,
ФГБОУ ВО Донской государственной аграрный университет,
Россия, п. Персиановский

В статье рассматриваются особенности нравственного воспитания молодёжи в сфере физической культуры и спорта.

Ключевые слова: мораль, нравственное воспитание, спортивный отбор, качество личности.

Введение

Нравственное воспитание человека – это сложный и многогранный процесс. Оно неразрывно связано с понятием морали. Вспомним, что ж такое мораль? Это не что иное, как соблюдение человеком сложившихся в процессе развития общества норм поведения, которые выражают отношение человека к труду, обществу, самому себе другим людям. В свою очередь общество культивирует нравственные нормы с помощью традиций и законом [1,2]. Таким образом, регулируются отношения между людьми. В связи с этим необходимо отметить, что нравственные нормы, не имея силы, закона соблюдаются добровольно. И только тогда, когда эти нормы поддерживаются общественным мнением и молвой они превращаются в стойкие привычки поведения людей.

Говоря о сущности морали, хочется в первую очередь подчеркнуть, что она играет действенную роль в стремлении человека к справедливости и составляет основу большинства философско-религиозных и политических воззрений.

Безусловно, это было всегда, но в новых условиях развития нашей страны на нравственное формирование личности огромное влияние оказывает расслоение общества. Зачастую это влияние носит ярко выраженный негативный характер. Формирует личность семья, школа, различные группы людей, с которыми человеку приходится встречаться, а точнее – общественно-политическая среда, в которой он живёт. Формирование нравственных идеалов осуществляется в реальной жизни, а трудности состоят в том, что не все жизненные примеры соответствуют образцам высокой нравственности.

Основные положения

Что касается задач нравственного воспитания, здесь необходимо отметить, что его социально-психологический аспект заключается в формирова-

нии педагогом нравственного сознания, чувств и поведения личности. Вот почему в педагогических коллективах главной задачей становится подбор таких кадров педагогов, которые прежде всего сами бы отвечали нормам морали и нравственности.

Занятие ребёнка (подростка) спортом новая ступень становления нравственно-этических отношений [3]. Перед тренером-преподавателем стоит очень важная задача – в период отбора ребят в секции не только стараться обращать внимание на элементы спортивного мастерства, но и постараться узнать о личностных качествах подростка. Здесь ему в первую очередь должны помочь учителя физической культуры тех учебных заведений, откуда набираются будущие спортсмены. Учителя обязаны открыто говорить тренеру-преподавателю, какие понятия, взгляды, суждения имеет тот или иной кандидат в спортивный коллектив [5]. Желательно получить частную оценку каждого подростка. Это поможет тренеру-преподавателю на первых парах создания спортивного коллектива, секции, команды чётко сориентировать ребят на задачи, стоящие перед ними, на достижение спортивных результатов [4]. Есть много замечательных примеров работы передовых преподавателей по отбору спортсменов, чей опыт позволяет быстрее адаптировать ребят в новом коллективе, выделить лидера, показать ребятам каким должен быть коллектив. Но имеются и другие примеры, и к сожалению, не единичные, когда тренер-преподаватель подходит к отбору как к набору. Кто пришёл в секцию, команду с тем и работают. У грамотного, опытного тренера не будет проблем в создании спортивного коллектива, он проявит свои самые лучшие качества личным примером, даст возможность спортсменам чётко соревноваться. А неопытный тренер-преподаватель либо будет работать с теми, кто пришёл, либо постоянно будет менять состав, так как ребята сами не захотят тренироваться у такого педагога. Тренеров-преподавателей необходимо учить. Почему-то те методические пособия, которые пишутся в вузах по работе с тренерами, не становятся популярными у руководителей спортивных учреждений. Они не проявляют к ним должностного внимания и интереса и их тренеры-преподаватели не снабжены научной и методической литературой.

Пора серьёзно задуматься и вернуться к опыту 70-80-х годов прошлого столетия, когда подготовке юных спортсменов на всех этапах уделялось самое пристальное внимание.

Заключение

Чтобы хотелось предложить в связи с этой ситуацией:

1. На местах в спортивных организациях чётко разработать планы подготовки будущих тренеров, а если преподаватели уже работают несколько лет, то определить критерии рейтингов преподавателей, первые места в которых должны занимать показатели нравственности.
2. Нужно вернуться к наставничеству, когда за молодыми тренерами-преподавателями закреплялись уже опытные педагоги, составлялись совместные планы деятельности, разрабатывались открытые занятия со спортсменами, а также методика нацеливания спортивного коллектива на результат.

Благодаря этим нововведения мы можем гарантировать повышение нравственного уровня спортсменов. Поскольку именно спорт по-настоящему помогает воспитывать спортсмена как личность, сформировать его нравственные чувства, его нравственное поведение, которое складывается из его поступков и привычек, позволяющих ему стать настоящим гражданином общества, твёрдо соблюдающим его законы и умеющим в этом обществе жить и трудиться на его благо.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации, 1993.
2. Закон «Об образовании» 2013.
3. Сухомлинский В.А. Рождение гражданина. Т1. «Избранные педагогические сочинения. М., 1979.
4. Кадыкова Н.К., Габибов А.Б., Майбородин С.В. Пропаганда здорового образа жизни – важная педагогическая задача [Текст] / Н.К. Кадыкова, А.Б. Габибов, С.В. Майбородин. – Сб.: Современные технологии сельскохозяйственного производства и приоритетные направления развития аграрной науки Материалы международной научно-практической конференции: в 4-х томах. 2014. С. 13-16.
5. Габибов А.Б., Денисов А.Д., Колосова Н.Н., Мотько С.М., Поломошнов и др. / Российская реформа высшего образования: итоги и перспективы. Монография. – пос. Персиановский, 2011.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ФИНАНСОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТУДЕНЧЕСКОГО СПОРТА И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Габибов А.Б.

доцент кафедры физвоспитания, канд. с.-х. наук,
ФГБОУ ВО Донской государственной аграрный университет,
Россия, п. Персиановский

Веровский А.А.

старший преподаватель кафедры физвоспитания,
ФГБОУ ВО Донской государственной аграрный университет,
Россия, п. Персиановский

Колесников И.А.

преподаватель кафедры физвоспитания,
ФГБОУ ВО Донской государственной аграрный университет,
Россия, п. Персиановский

В статье рассматриваются социально-психологические и финансовые проблемы студенческого спорта.

Отмечены реальные шаги по усовершенствованию системы государственного регулирования нормативно-правовой базы развития, физического воспитания и Спорта в вузах, модернизации спортивной материально-технической базы учреждений высшего профессионального образования.

Ключевые слова: студенческий спорт, экономическое развитие, молодёжь, спортивное развитие, спортивно-массовая работа, физическая культура.

Современное развитие общества, вступающее на стадию постиндустриального развития, предъявляет повышенные требования к формированию основного своего ресурса – человеческого капитала. Важнейшим активом человеческого капитала является образование, которое становится решающим фактором рыночного успеха, экономического роста и научно-технического потенциала любой страны. Одним из важнейших показателей, характеризующих качество человеческого капитала, является здоровье человека и популяции людей. Так академик П.Л. Капица, рассматривая проблему «качества» народонаселения, как одну из глобальных проблем, определяющих судьбу человечества, подразумевает под этим термином «комплекс медико-генетических и Социально-психологических характеристик жизни людей: их физическое здоровье, уровень развития интеллектуальных способностей, психофизиологический комфорт жизни, Механизмы воспроизводства интеллектуального потенциала общества и т.п.».

Учитывая остроту проблемы «качества» человека, многократно возрастает значение проблемы повышения уровня здоровья подрастающего поколения, как резерва человеческого ресурса на ближайшую и отдаленную перспективу, и здоровья студенческой молодежи, в частности, как образованной, квалифицированной, культурной и интеллектуальной элиты государства [1, 2].

Стремительная динамика развития мирового студенческого спорта требует и развитие нормативно-правовой законодательной базы российского студенческого спорта, включая вопросы его планомерного бюджетного финансирования, статуса и деятельности спортивных клубов.

Для количественной и качественной характеристики состояния студенческого движения в стране необходимо на наш взгляд провести технологический скрининг состояния материально-технической и нормативно-правовой базы отрасли с рассмотрением и анализом следующих показателей:

- В частности, ввести определение в Федеральном законе «О физической культуре и спорте Российской Федерации» полномочий Российского студенческого спортивного союза как субъекта физической культуры и спорта в Российской Федерации, главным образом отражающих его взаимоотношения с государственными и общественными организациями. Это позволит создать четкую организационную структуру студенческого спорта, имея в виду, что будет определено место Российского студенческого спортивного союза и его роли в национальной системе как образования, так и спорта;

- Необходима разработка предложений по внесению дополнений в Федеральный закон «Об образовании» (разделы «Цели деятельности» и «Компетенции образовательного учреждения»), определяющих возможности вуза в проведении спортивной работы, В том числе в подготовке спортивного резерва;

- Нужно определить правовой статус студенческих сборных команд, это снимет проблемы вузов при командировании студентов для участия в российских и международных студенческих соревнованиях.

26 июня 2013 года по инициативе администрации президента РФ в г. Москве состоялся учредительный съезд Ассоциации Спортивных Студенческих Клубов России (АССК).

Основными целями АССК являются:

- развитие массового студенческого спорта в ВУЗах;
- популяризация здорового образа жизни и создание оптимальных условий для развития и функционирования массового студенческого спорта;
- внедрение физической культуры и спорта в учебную и трудовую деятельность, быт и отдых, общественную жизнь молодежи;
- организация и проведение соревнований, спартакиад, лагерей, обучающих и других культурно-массовых мероприятий;
- разработка и реализация программ и проектов в сфере работы с молодежью и ее поддержки в нравственном, духовном, патриотическом и физическом развитии и др.

В тоже время не решены вопросы финансирования этих клубов и организационные вопросы на местах. Самое главное в проекте положения о спортивном клубе вуза, отсутствует прописанный механизм, предусматривающий законодательный механизм бюджетного финансирования его деятельности.

Отсюда появляются вопросы по механизму создания вузовского студенческого спортивного клуба – общественной организацией с юридическим лицом (АССК). Например:

1. На каких условиях предоставляются помещения и имущество вуза юридическому лицу, (не появятся ли имущественные претензии других студенческих общественных организаций).

2. Обслуживание расчетного счета спортивного клуба, финансирование вузом юридического лица может проходить через электронные торги. Не факт, что выиграет одноименный спортивный клуб.

3. Из каких средств будет выплачиваться зарплата персонала председателя, бухгалтера и т.д.

4. Как будет взаимодействовать спортивный клуб АССК с другими спортивными организациями в вузе, с существующим спортивным клубом и кафедрой физического воспитания и др.

Отсутствие единой системы организации и управления студенческим спортом в Российской Федерации, а также отсутствие специализированного структурного подразделения в Министерстве образования и науки Российской Федерации, ответственного за физическое воспитание в образовательных учреждениях приводит к определенной растерянности на местах. Отсюда слабая мотивация администрации вузов в развитии студенческого спорта, деятельности спортивных клубов и участия студентов в соревнованиях, и как следствие ведет к низкому уровню обеспеченности инвентарем и оборудованием занятий, по физическому воспитанию и спортом в учебных заведениях высшего профессионального образования.

Кроме того, в значительном большинстве вузов материально-техническая база не соответствует современным требованиям и аккредитационным нормам.

Можно отметить пример со строительством спортивных сооружений на базе вузов: есть программа «500 бассейнов», но эти бассейны 25-метровые и в них невозможно проводить ни соревнования, ни привлечь туда студентов для того, чтобы они болели за свою команду.

Введение ежегодного тестирования и проверки физической подготовленности студентов в соответствии с установленными государственными нормативами будет, стимулировать эффективность занятий по физической культуре, повысит интерес студентов к своей физической форме и обратит внимание руководителей вузов на состояние спортивно-массовой работы, материальной базы и учебному процессу по физическому воспитанию [3,4].

Необходимо от деклараций перейти к созданию межвузовских центров по развитию студенческого спорта в федеральных округах и центров подготовки студенческих сборных команд, на базе государственных образовательных учреждений высшего профессионального образования создав необходимый правовой механизм совместного, их использования.

Следует отметить, что период обучения будущих специалистов в вузе практически совпадает с периодом достижения наивысших спортивных результатов. Поэтому существует необходимость, в условиях становления физкультурно-спортивного движения страны, выявления путей и механизмов, повышающих эффективность подготовки спортсменов в период их обучения в вузе, т.е. той системы факторов, использование которых повышает эффективность всех компонентов спортивной подготовки.

Учитывая недостаточное количество квалифицированных специалистов в сфере физической культуры и спорта улучшить и усилить подготовку кадров и повышение квалификации работников сферы физической культуры и спорта с учетом современных научных достижений и средств технического и информационного обеспечения. В том числе организации семинаров и научно-практических конференций по вопросам менеджмента, маркетинга и права в области физической культуры и спорта, проведение аттестации кадров.

Разработать механизмы стимулирования труда спортсменов-студентов, проведение программных мероприятий по поощрению коллективов вузов, отдельных специалистов и студентов-спортсменов, показывающих наибольшие спортивные достижения.

Таким образом, реальные шаги по усовершенствованию системы государственного регулирования нормативно-правовой базы развития физического воспитания и спорта в вузах, модернизации спортивной материально-технической базы учреждений высшего профессионального образования, повышение роли средств массовой информации в развитии студенческого спорта, современное информационное обеспечение деятельности по развитию физического воспитания и спорта в образовательных учреждениях, пропаганда национальных и международных достижений в области студенческого спорта позволит:

- 1) существенно увеличить число студентов, которые регулярно занимаются спортом, безусловно, это приведет к улучшению физического состояния и качества физического воспитания студентов;
- 2) повысить уровень спортивных результатов студентов;
- 3) урегулировать непрерывное пополнение спортивного резерва сборных команд Российской Федерации по олимпийским видам спорта;
- 4) улучшить обеспечение типовыми учебно-тренировочными програм-

мами подготовки спортсменов по различным видам спорта;

5) оптимизировать уровень расходов на финансирование студенческого спорта;

б) создать эффективную систему организации студенческих соревнований в стране, подготовки и участия спортсменов в международных соревнованиях.

Список литературы

1. Кадыкова Н.К., Габибов А.Б., Майбородин С.В. Пропаганда здорового образа жизни – важная педагогическая задача [Текст] / Н.К. Кадыкова, А.Б. Габибов, С.В. Майбородин. – Сб.: Современные технологии сельскохозяйственного производства и приоритетные направления развития аграрной науки Материалы международной научно-практической конференции: в 4-х томах. 2014. С. 13-16.

2. Габибов А.Б., Денисов А.Д., Колосова Н.Н., Мотько С.М., Поломошнов и др. / Российская реформа высшего образования: итоги и перспективы. Монография. – пос. Персиановский, 2011.

3. Габибов А.Б., Гехаев Б.Н., Колесников И.А. Роль физической культуры и спорта в активной деятельности студента/В сборнике: Проблемы модернизации современного образования. Материалы международной научно-практической конференции. 2014. С. 66-69.

4. Габибов А.Б., Чернов И.В. Роль, место и значение физической культуры и спорта в жизни молодого поколения Ростовской области /Вестник Донского государственного аграрного университета. 2014. № 4-2 (14). С. 114-122.

ОБУЧЕНИЕ ТЕХНИКЕ ЭЛЕМЕНТОВ БАСКЕТБОЛА В РАМКАХ ПРОЕКТА «СУПЕРБОЛЛ»

Гришин Н.С.

ассистент кафедры физической культуры,
ФГБОУ ВПО ЧГУ, Россия, г. Череповец

В статье представлены целевые установки, содержание и показатели результативности процесса обучения элементам техники баскетбола младших школьников в рамках программы дополнительного спортивного воспитания «Суперболл». Программа реализуется в шести МБОУ СОШ города Череповца, в рамках городской целевой программы «Здоровый город».

Ключевые слова: младшие школьники, проект «Суперболл», обучение технике элементов баскетбола.

Обучение технике элементов баскетбола относится к актуальным проблемам совершенствования физической подготовленности детей 6-10 лет педагоги. Поэтому данному вопросу уделяют большое внимание научно-педагогические работники как в России (В.Ф. Ломейко В.И. Лях), так и за рубежом (доктор Грэм Дж. Фишбурн, доктор Уильям Клиш). Ведётся поиск научно обоснованных средств и методов для формирования личности ребёнка, совершенствования системы физического воспитания, в том числе, в условиях общеобразовательной школы. В числе физкультурно-спортивных видов, которые могут быть выбраны для специализации в условиях спорти-

зированной физического воспитания, особое место принадлежит командным спортивным играм с мячом [3]. Спортивно-игровые виды не только формируют жизненно важные двигательные умения и повышают уровень физических способностей, но и развивают тягу к познанию действительности, вырабатывают волю и характер, формируют чувство коллективизма и в целом способствуют становлению их личности [1].

Целью нашего исследования стала оценка эффективности методики обучения технике баскетбола второклассников в процессе реализации дополнительной образовательной программы физкультурно-спортивной направленности.

В опытной работе приняли участие учащиеся 2-го «В» класс МБОУ «СОШ №22» г. Череповца, занимающихся по программе «Супербол» второй год, всего 27 человек.

Для выявления уровня сформированности техники элементов баскетбола были взяты данные двигательные действия и критерии оценки к ним (табл. 1).

Таблица 1

**Критерии оценки сформированности техники двигательного действия
«передача мяча» и «бросок в корзину»**

Передачи и приём мяча: броски в стену за 30 сек, с расстояния 2 м	Безошибочное, точное выполнение упражнения различными способами в игровой стойке, без потери мяча (норматив: 20 раз)	Несущественные ошибки в выполнении упражнения с подбором потерянного мяча (выполнение не менее 10 бросков)	Грубые ошибки при выполнении упражнения, постоянная потеря мяча (выполнение менее 10 бросков)
Броски в корзину (из 5 попыток)	Использование различных способов бросков: из-за головы, от груди и с отскоком от щита (попадание 4-5 раз)	Использование различных способов бросков: из-за головы, от груди и с отскоком от щита (попадание 2-3 раза)	Использование только одного способа бросков (попадание 1 раз или непопадание совсем)

Содержание раздела «баскетбол» программы «Супербол» предполагало углубленное изучение и совершенствование передачи и приёмов мяча и технике броска в корзину. Данные технические элементы выбраны потому, что они включены в основную учебную программу второклассников по физической культуре. Кроме этого проводились подвижные игры с элементами баскетбола, большой комплекс подводящих упражнений, упражнения направленные на развитие двигательных способностей и оптимизацию физического развития [2].

Занятия проводились сколько раз в неделю по 45 минут в течение 3-ей учебной четверти.

Необходимо отметить, что группа испытуемых занималась по программе ДПО 2 года. По итогам первого года обучения, все испытуемые владели элементами техники баскетбола на уровне, не ниже среднего. По итогам

года была проведена предварительная итоговая диагностика, которая представлена на рисунках 1 и 2, а также в таблице 2.

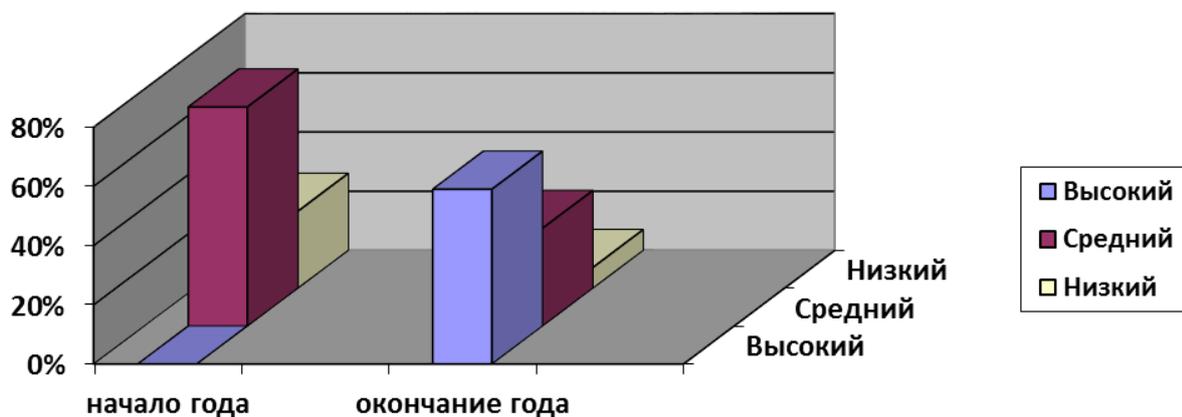


Рис. 1. Динамика распределения испытуемых по уровню овладения техникой передачи мяча за период эксперимента, в %

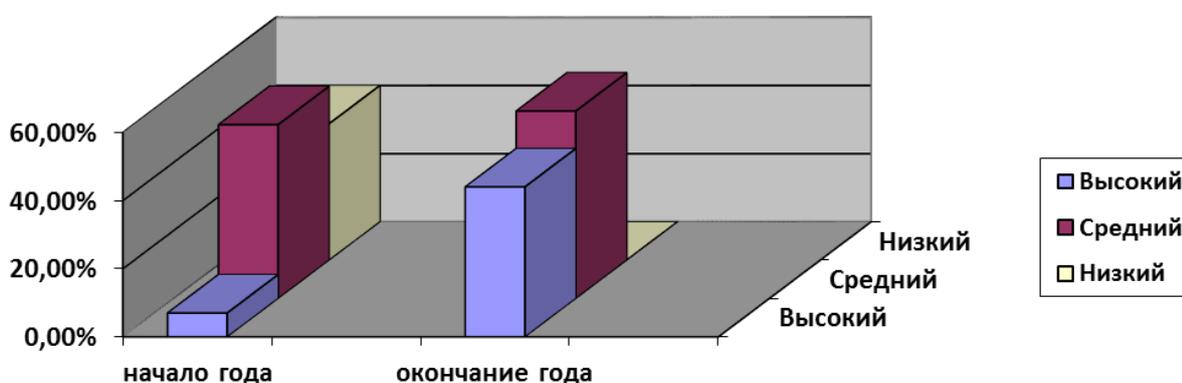


Рис. 2. Динамика распределения испытуемых по уровню овладения техникой броска в корзину за период эксперимента, в %

Для формулирования выводов о степени эффективности предложенной методики обучения технике баскетбола второклассников в процессе реализации дополнительной образовательной программы физкультурно-спортивной направленности «Супербол» был проведен расчет достоверности различий результатов группе на констатирующем и контрольном этапах с помощью параметрического критерия t-критерия Стьюдента.

Результаты математико-статистической обработки результатов эксперимента приведены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты математико-статистической обработки результатов эксперимента

Наименование теста	Этап эксперимента	$M \pm \sigma$	tэмп	tkрит	p
«передача мяча» (количество передач сделанных учеником)	начало	12,2±4,27	6,8	2,78	$p \leq 0,01$
	окончание	17,4±3,82			
«передача мяча» (количество потерь сделанных учеником)	начало	7,79±4,27	6,8		$p \leq 0,01$
	окончание	6,18±3,62			
«бросок в корзину»	начало	2,07±0,86	5,4	$p \leq 0,01$	
	окончание	3,48±1,22			

Таким образом командно-игровые виды способствуют не только физическому развитию или приобретению двигательного опыта, но и способствует формированию умения взаимодействовать в команде, проявлять лидерские качества, готовность подчинять личные интересы общим интересам, что важно в контексте требований ФГОС НОО в аспекте личностных результатов обучения.

Список литературы

1. Варфоломеева З.С., Шивринская С.Е. «Супербол» – социально-педагогический проект непрерывного спортизированного физического воспитания детей дошкольного и младшего школьного возраста // Матеріали ІІ Міжнародної електронної науково-практичної конференції «Психолого-педагогічні та медико-біологічні організації занять у фізичному вихованні та спорті» 29 квітня 2011 р. – Одеса: видавець Букаєв В.В., 2011. – С.59-62.

2. Варфоломеева З.С., Шивринская С.Е. «Супербол» как социально-педагогический проект: концепция и результаты пилотажного исследования // Materiály VII mezinárodní vědecko – praktická conference «Zprávy vědecké ideje – 2011. – Díl 22. Tělovýchova a sport. Výstavba a architektura: Praha/ Publishing House «Education and Science» s.r.o. – St. 35-42/

3. Физическая культура в начальной школе. Учебная программа для учащихся 1-4 классов. А. П. Матвеев М.В.Малыхина. – М.:Дрофа,2000.

НАСТЕННЫЙ ТРЕНАЖЕР ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО И БЕЗОПАСНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ УПРАЖНЕНИЯ «ЖИМ ЛЕЖА»

Емельянов В.Н.

проф. кафедры технологии машиностроения, д-р технич. наук, профессор,
Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого,
Россия, г. Великий Новгород

Бордашев К.А.

доцент кафедры технологии машиностроения, канд. технич. наук, доцент,
Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого,
Россия, г. Великий Новгород

Васюков Ю.А.

студент IV курса направления «Конструкторско-технологическая подготовка машиностроительных производств», Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Россия, г. Великий Новгород

В статье описан настенный тренажер для самостоятельных и безопасных занятий атлетической гимнастикой лицами в инвалидных колясках в небольших помещениях и домашних условиях. Тренажер может быть также использован для тренировки спортсменов и общей физической подготовки в физкультурно-оздоровительных комплексах и дома.

Ключевые слова: тренажер, жим лежа, нагружающее устройство, лицо в инвалидной коляске.

Упражнение «жим лежа» является базовым для спортсменов, занимающихся атлетической гимнастикой. В конструкции большинства тренажеров

предусматривается горизонтальная скамья, на которую спортсмен ложится, снимает штангу с опор и выполняет это упражнение. Однако существует опасность того, что спортсмен, не рассчитав свои силы, будет придавлен штангой. Поэтому обычно его подстраховывает партнер. При значительных весах подстраховывают два партнера. Сказанное особенно актуально для лиц в инвалидной коляске.

Известно устройство для безопасного выполнения упражнения «жим лежа», по патенту РФ 2217201 [1]. Недостатки данного устройства:

1. Им не могут пользоваться лица в инвалидной коляске.
2. Сложность конструкции.
3. Значительная площадь, занимаемая устройством.

При использовании силового тренажера Icon (Weider Pro) Weider PRO 5500 [3] спортсмен выполняет это упражнение при вертикальном положении туловища, а опасность «придавливания» спортсмена исключается наличием средства фиксации нагружающего устройства. Недостатки у этого тренажера те же, что и у предыдущего устройства, кроме того у него достаточно высокая цена.

На кафедре «Технология машиностроения» Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого разработан настенный тренажер, лишенный перечисленных недостатков [2].

Настенный тренажер для самостоятельного и безопасного выполнения упражнения «жим лежа» состоит из закрепленного на стене корпуса 1 (рисунок а, б), на котором выполнен выступ. В этом выступе закреплена ось 2, на которой с возможностью покачивания смонтирован маятник 3. Маятник может быть выполнен цельным или регулируемым по длине. На маятнике 3 и на стене закреплены ловители 4.

Нагружающее устройство выполнено в виде упругих элементов 5 (например, резиновых шнуров или пружин), на концах которых закреплены крючки, которые входят в отверстия ловителей 4 на маятнике 3 и на стене. Нагружающее устройство может быть также выполнено в виде кронштейна 6, прикрепленного к маятнику 3. На кронштейне 6 установлены нагрузочные элементы в виде сменных грузов 7. (Тренажер может быть оснащен нагружающими устройствами обоих видов).

Положение кронштейна 6 может быть постоянным или регулируемым по длине маятника. В нижней части маятника 3 смонтированы опоры для рук спортсмена в виде стержня 8. В корпусе 1 установлен регулируемый по высоте упор 9, который может быть выполнен откидным. Для лучшей фиксации инвалидной коляски во время выполнения упражнений можно использовать дополнительные упоры 10, 11, закрепленные на стене и на полу.

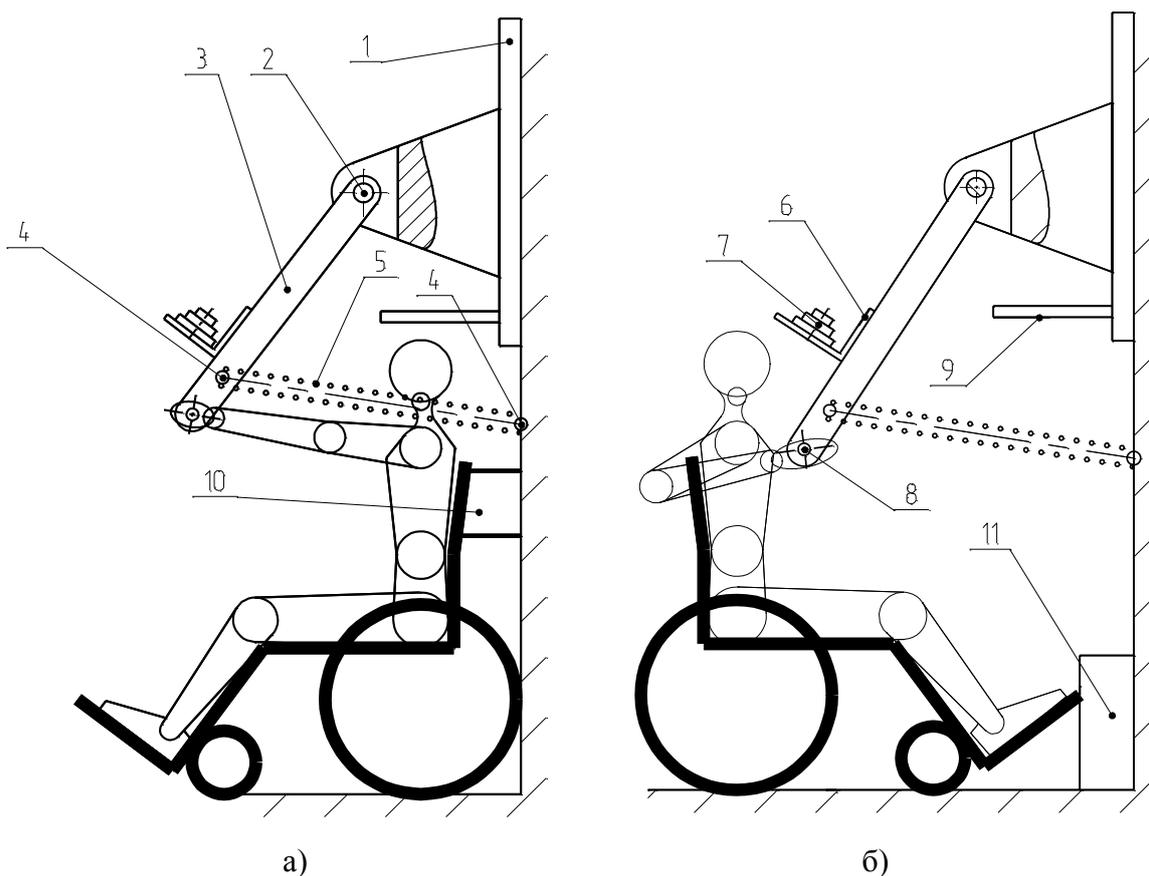


Рис. Спортсмен выполняет упражнения: а) – «жим лежа»; б) – «гребля»

Лицо в инвалидной коляске самостоятельно устанавливает упругие элементы 5 или нужную комбинацию сменных грузов 7, подъезжает спиной к стене (см. рисунок, а) и выполняет упражнение «жим лежа» (см. рисунок, а). Безопасность выполнения упражнения гарантируется наличием упора 9. На данном тренажере возможно также выполнение упражнения «гребля» (см. рисунок, б).

Таким образом, при использовании данного тренажера достигаются следующие результаты:

1. Обеспечивается самостоятельное и безопасное выполнение упражнения «жим лежа» лицами в инвалидной коляске.
2. Упрощается конструкция тренажера.
3. Уменьшается площадь, занимаемая тренажером.

Кроме того, при выполнении упражнений нагрузка на мышцы спортсмена плавно возрастает от минимума до максимума, а затем плавно уменьшается до минимума, что соответствует медицинским рекомендациям. Этот тренажер могут использовать также лица, не пользующиеся инвалидной коляской. Устройство крепится на стене, практически не занимает площади, что дает возможность использовать его в домашних условиях и в небольших помещениях.

Список литературы

1. Патент 2217201 МПК кл. А63В21/078, А63В21/06 РФ. Устройство для тренировки мышц, обеспечивающее безопасность самостоятельного выполнения упражнения "жим

штанги лежа" / К.В. Небылица, В.Н. Покладов, В.А. Склянский. – № 2002135048/12; Заявл. 26.12.2002; Оpubл. 27.11.2003.

2. Патент 2457882 МПК кл. А63В21/055 РФ. Настенный тренажер для самостоятельного и безопасного выполнения упражнения «жим лежа» / В.В. Тимофеев, В.Н. Емельянов, К.А. Бордашев. – № 2011113947/12; Заявл. 08.04.2011; Оpubл. 10.08.2012.

3. <http://health-fitness.ru/trainer/9234/>

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Молоканов А.А.

преподаватель кафедры физвоспитания,
Донской государственной аграрной университет,
Россия, п. Персиановский

Молоканова Е.В.

студентка 5 курса, 5 группы МПФ,
Ростовский государственный медицинский университет,
Россия, Ростов-на-Дону

Кадыкова Н.К.

старший преподаватель кафедры физвоспитания,
Донской государственной аграрной университет, Россия, п. Персиановский

Колесников И.А.

преподаватель кафедры физвоспитания,
Донской государственной аграрной университет, Россия, п. Персиановский

В статье рассматривается лечебная физическая культура при шейном остеохондрозе, основные понятия и правила, противопоказания. Занятие ЛФК необходимо для улучшения состояния больного, для его нормального существования в обществе.

Ключевые слова: лечебная физическая культура, шейный остеохондроз.

В современном мире из-за изменяющихся условий жизни (урбанизация, снижение двигательной активности, изменение качества и режима питания) остеохондрозом болеют от 40 до 80% жителей земного шара [1, 2, 3]. Около 10% больных становятся инвалидами. Женщины болеют чаще, чем мужчины, но у мужчин чаще возникают осложнения в течении заболевания. С каждым годом происходит «омоложение» остеохондроза – в последние годы он является не редкостью даже в 12 – 15-ти летнем возрасте [4, 5]. Одним из основных факторов, ведущих к возникновению и развитию остеохондроза, является малоподвижный образ жизни, длительное пребывание туловища и его частей в физиологически неудобных положениях: многочасовое сидение за письменным столом, за рулем автомобиля, за компьютером и т.д. [6]. Остеохондроз может развиваться у людей, занимающихся тяжелым физиче-

ским трудом, у спортсменов (борцов, штангистов, приверженцев атлетической и спортивной гимнастики).

Основные задачи реабилитации больных с шейным остеохондрозом позвоночника: обеспечение покоя и разгрузки позвоночника; борьба с болевым синдромом; борьба с контрактурой мышц и другими рефлекторными проявлениями [7]. При лечении методами ЛФК основное внимание следует обращать на устранение причины заболевания, а не на лечение симптомов заболевания. Основным механизмом действия ЛФК является нейрорефлекторно-гуморальный, который реализуется через влияния физических упражнений на организм больного: тонизирующее и трофическое действие, формирование компенсаций и нормализация функций. [8]. ЛФК при шейном остеохондрозе назначается с учетом периода заболевания: острый, подострый и клинического (полного или неполного) выздоровления. В остром периоде (5 – 7 дней) ЛФК не назначается. В подостром периоде (30 дней) назначают два двигательных режима: щадящий и восстановительный. После клинического выздоровления больные занимаются по специальному тренирующему режиму, который заканчивается функциональным выздоровлением больного. Основными задачами ЛФК являются: повышение тонуса центральной нервной системы, нормализация всех корковых процессов, улучшение функций основных физиологических систем (дыхания, кровообращения), повышение сопротивляемости организма и т.д. [11]. Специальными задачами ЛФК на щадящем двигательном режиме являются: содействие уменьшению раздражения корешков шейного отдела спинного мозга и уменьшению их воспаления. Специальными задачами ЛФК на восстановительном двигательном режиме являются: содействие дальнейшему уменьшению и ликвидации раздражения и сопутствующего воспаления корешков шейного отдела спинного мозга; содействие ликвидации периневральных спаек; содействие улучшению трофики тканей области шеи, плечевого пояса и верхних конечностей. Основной задачей на тренирующем режиме является: содействие функциональному выздоровлению больных [9, 10]. Приоритетными средствами ЛФК являются: физические упражнения, двигательные режимы, иммобилизация с помощью ватно-марлевого воротника, гидрокинезотерапия, массаж [2, 4]. К специальным физическим упражнениям относятся упражнения направленные на расслабление мышц; на повышение устойчивости вестибулярного аппарата, на координацию, динамические упражнения для всех мышечных групп конечностей, шеи, туловища, специальные дыхательные упражнения, специальная “щадящая” ходьба. Гидрокинезотерапия представляет собой подводное вытяжение, лечебное плавание, упражнения в воде с обязательным учетом стабильности или нестабильности в шейном отделе позвоночника. При занятии лечебной физкультурой необходимо соблюдать определенные правила. В острой фазе заболевания ЛФК не назначается. Нельзя выполнять упражнения «через боль». Движения должны быть медленными и нерезкими. При шейном остеохондрозе недопустимы круговые движения головой. Не следует запрокидывать голову назад. Не пользуйтесь устройствами для вытяжения шейных позвонков без консультации специалистов – это мо-

жет стать причиной серьезных травм. При наличии межпозвоноковых грыж обязательна консультация с врачом. [9]. Противопоказания к проведению ЛФК: обострение остеохондроза, болезни вестибулярного аппарата, ранний восстановительный период после операций на позвоночнике, неврологические заболевания с нарушением координации движений, любые острые заболевания и обострения хронических болезней с нарушением самочувствия, высокое артериальное давление, сердечные аритмии, тяжелая степень близорукости и повышенное внутриглазное давление. Также нельзя заниматься ЛФК на голодный желудок, сразу после еды и после сильного физического утомления.

Список литературы

1. Белоусова Т.П. Коррекция позвоночника. – Запорожье, 1996. – 184 с.
2. Богачева Л. А., Ушаков Г.Н., Вахлаков А.Н. Амбулаторное лечение болей в спине. Сообщение I и II // Неврологический журнал. – 1998. – № 3. – С. 39-45.
3. Богачева Л.А. Современное состояние проблемы болей в спине (по материалам 8-го Всемирного конгресса, посвященного боли) // Неврологический журнал. – 1997. – №.4. – С. 59–62.
4. Горячая Г.А. Избавьтесь от остеохондроза. – 2-е изд., доп. – К.: Лыбидь, 1994. – 78 с.
5. Григорьева В.Н., Белова А.Н. Дистрофические поражения позвоночника / В кн.: Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. // Под ред. Беловой А.Н., Шепетовой О.Н. – М.: Антидор, 1999. – С.478-490.
6. Девятова М.В. Нет остеохондрозу. – СПб.: Комплект, 1998. – 144 с.
7. Долженков А.В. Здоровье вашего позвоночника.– СПб.: Питер, 2000. – 192 с.
8. Каптелин А.Ф. Лечебная физкультура при дегенеративных изменениях в структурах позвоночника. В кн.: Лечебная физическая культура в системе медицинской реабилитации / Под ред. проф. А.Ф. Каптелина, к.м.н. И.П. Лебедевой. – М.: Медицина, 1995. – С. 88-92.
9. Касванде З.В., Рудзиша М.Я., Бекере М.А. Лечебная гимнастика на поликлиническом этапе реабилитации больных шейным остеохондрозом: Методические рекомендации. – Рига, 1986. – 44 с.
10. Остеохондроз позвоночника: (матер. сов. – амер. симпоз.) / Под ред. С.Т. Ветрилэ. – Москва. – 1992. – 188 с.
11. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М., 1999. – Т.2. – С.478–590.

ФИЗКУЛЬТУРА В ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ

Муратова Ю.Ю.

старший преподаватель кафедры физического воспитания и спорта,
ФГБОУ ВО «Донской государственный аграрный университет»,
Россия, п. Персиановский

При написании работы мною была поставлена цель – показать на сколько важен спорт в настоящее время и насколько важна роль физической культуры в формировании гармонически развитой личности.

Ключевые слова: культура, спорт, физическое здоровье, двигательная активность.

Физкультура – это часть культуры, направленная на укрепление и сохранение здоровья, формирует здоровый образ жизни, сохраняет отличное физическое состояние на долгие годы. Физическая культура вобрала в себя многовековой опыт подготовки человека к жизни, и представляет собой совокупность ценностей, знаний и норм, которые используются обществом для гармоничного развития физических, психических и нравственных качеств человека. В процессе осознанной двигательной активности развиваются заложенные в человека природой психофизические способности. Основные средства физкультуры – игры и различные физические упражнения с постепенным увеличением нагрузки. Начиная с утренней зарядки, легких тренировок и заканчивая соревнованиями, установлением личных и всеобщих рекордов. Для достижения результата используются только естественные силы природы (солнце, вода, воздух), режим питания, гигиена, отдых.

Физкультура – это цель, а **спорт** – средство ее достижения (игры, соревнования).

Основы физической культуры были заложены в древнегреческой гимнастике, которая объединила – военное обучение, обряды и танцы в систему физического воспитания. На Руси физическая культура также объединяла военную подготовку, обряды и танцы, например, «Боевой пляс впрысядку». В современной России традиции забыты, даже плясать по-русски далеко не каждый сможет – здоровья не хватит [4].

Люди, прошедшие школу спорта, убеждены, что спорт помог им воспитать веру в свои силы и возможности, а также умение ими воспользоваться. Спорт учит идти на жертвы ради достижения цели. Уроки, усвоенные юными спортсменами на спортивном поле, затем, как правило, помогают и в жизни. Многие из спортсменов утверждают, что именно спорт сделал из них человека, способного быть личностью. Посредством спорта реализуется принцип современной жизни – "рассчитывать на самого себя". Это означает, что достижение успеха зависит от личных, индивидуальных качеств: честности, инициативы, трудолюбия, терпения, волевых навыков. Эффективность социализации посредством спортивной деятельности зависит от того, насколько ценности спорта совпадают с ценностями общества и личности [6].

В нашей стране физическая культура и спорт рассматриваются как одно из важнейших средств воспитания человека, гармонически сочетающего в себе духовное богатство, моральную чистоту и физическое совершенство [3].

Спорт – очень сложен и порой противоречив. Поэтому влияние его на становление личности не однозначно. Поэтому сами спортсмены видят в спорте, ценят в нём то одну, то другую его сторону. Работа над собой, большие физические и волевые напряжения, борьба за лучший результат, за победу в соревновании воспринимают и осмысливаются спортсменами по-разному [7].

Спорт, вне всякого сомнения – одно из главных средств воспитания движений, совершенствования их тонкой и точной координации, развития необходимых человеку двигательных физических качеств. Но не только. В процессе занятий спортом закаляется его воля, характер, совершенствуется

умение управлять собой, быстро и правильно ориентироваться в разнообразных сложных ситуациях, своевременно принимать решения, разумно рисковать или воздерживаться от риска. Спортсмен тренируется рядом с товарищами, соревнуется с соперниками и обязательно обогащается опытом человеческого общения, учится понимать других. Как, благодаря чему приходит к людям смелость, сила, быстрота и осмотрительность, умение не сдаваться и радоваться победе других – все те лучшие волевые и физические качества, которыми спорт венчает пропорционально, конечно, личному вкладу каждого, кто к нему приобщается? И пусть мы знаем, что роль спорта в воспитании «нового человека, гармонически сочетающего в себе духовное богатство, моральную чистоту и физическое совершенство» велика и многозначительна, нелишне привести здесь высказывания тех, кто целиком посвятил себя этой деятельности и добился известных результатов, личных и общественных. «Для меня спорт- это радость, игра силы, совершенство человеческих достоинств, быстрая реакция, смекалка, фантазия, неожиданности и открытия», - заявляет признанный в прошлом фигурист и широко известный ныне миру тренер Станислав Жук [2].

Спорт наряду с живописью, ваянием, музыкой и балетом постепенно убеждает людей, что человеческое совершенство – одна из прекраснейших ценностей жизни [1].

Физическая культура является частью передовой культуры, достоянием всего народа. Это мощное средство не только физического совершенствования и оздоровления, но также и воспитания социальной, трудовой и творческой активности трудящихся. Физическая культура не исчерпывается упражнениями, спортом, гимнастикой, играми и туризмом, она включает в себе общественную и личную гигиену труда, быта, использование естественных сил природы для закаливания, правильный режим труда, отдыха и питания. Для сохранения и укрепления здоровья, предупреждения болезней и преждевременной старости необходимо сознательное, высококультурное поведение людей, основанное на понимании сложных закономерностей, формирующих состояние здоровья и характер заболеваний [5].

Список литературы

1. Алексеев В. А. Физкультура и спорт. М.: Просвещение 1986.
2. Андронов О.П. Физическая культура, как средство влияния на формирование личности. М.: Мир, 1992.
3. Белорусова В.В. Воспитание в спорте. М., 1993.
4. Гончаров С.Т. Российская система физического воспитания. СПб.: Кристалл, 1997
5. Жилиев А. «Спорт? Спорт!» М.:Издательство «Советская Россия», 1986.
6. Лубышева Л. И. Социальная роль спорта в развитии общества и социализации личности // Физкультура и Спорт. № 3. 2007.
7. Физическая культура: Учебник для студентов вузов. – М.: СпортАкадемПресс, 2003.

ВЛИЯНИЕ КОРРИГИРУЮЩИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ПРОФИЛАКТИКУ ПЛОСКОСТОПИЯ

Петухов Н.А.

доцент кафедры физического воспитания, к.п.н., доцент,
Томский государственный архитектурно-строительный университет,
Россия, г. Томск

Бельц В.Э.

заведующий кафедрой физического воспитания, к.п.н.,
Томский государственный архитектурно-строительный университет,
Россия, г. Томск

Сазанова С.Л.

доцент кафедры физического воспитания,
Томский государственный архитектурно-строительный университет,
Россия, г. Томск

Харланов С.Н.

доцент кафедры физического воспитания,
Томский государственный архитектурно-строительный университет,
Россия, г. Томск

В статье анализируется состояние стопы у детей 5-6 лет, занимающихся спортивной гимнастикой. На основании фактического и экспериментального материала предлагается эффективная, изложенная в статье методика профилактики у них плоскостопия с применением корригирующих упражнений.

Ключевые слова: плоскостопие, профилактика плоскостопия, корригирующие упражнения, дети 5-6 лет.

Плоскостопие – это деформация стопы, характеризующаяся уплощением продольного, реже поперечного свода в результате слабости связочно-мышечного аппарата. В норме стопа имеет два свода – продольный (по внутреннему краю стопы) и поперечный (между основаниями пальцев) [1].

В спортивной гимнастике большая нагрузка приходится на подошву стопы, что может приводить к плоскостопию, так как занимающиеся под воздействием собственного веса тела выполняют интенсивные толчки ногами. В этом случае страдают плюсневые кости и наружный край подошвы. Стопа в теле человека выполняет три биомеханических функции: рессорную, балансирующую и толчковую.

Рессорная функция – смягчение толчков при ходьбе, беге, прыжках. Она возможна, благодаря способности стопы упруго распластываться под действием нагрузки с последующим обретением первоначальной формы. При быстрой ходьбе в обуви с твердым каблуком по паркетному полу ускорения в области пятки достигают величины, в 30 раз превышающей ускорение свободного падения (g). У людей со здоровыми стопами это ускорение

составляет 5-6 г, а до головы доходит всего 1 г. При плоскостопии толчки более резко передаются на суставы нижних конечностей, позвоночника, внутренние органы, что ухудшает их функционирование, создает условия для их микротравматизации, смещений [1, 2, 8].

Балансировочная функция – регуляция позы человека при движениях. Она выполняется благодаря возможности движения в суставах стопы в трех плоскостях и обилию рецепторов в сумочно-связочном аппарате. Здоровая стопа скульптурно охватывает неровности опоры. Человек осезает площадь, по которой проходит. При плоскостопии положение костей и суставов изменяется, связочный аппарат деформируется. В результате у детей страдает координация движений, устойчивость [1, 4].

Толчковая функция – сообщение ускорения телу человека при движениях. Это самая сложная функция стопы, так как в ней используются и рессорность и способность к балансировке. Ослабление этой функции наиболее наглядно проявляется при беге, прыжках [1, 2, 8].

При плоскостопии страдают все функции стопы. Стопу образуют 26 костей, не считая сесамовидных, соединенные друг с другом при помощи суставов и связок. Последние, придают стопе довольно сложную форму, напоминающую спираль или лопасть пропеллера и обеспечивают подвижность в трех плоскостях. Поддержанию формы и выполнению функций стопы способствует активность 42 мышц стопы и мышц голени [2].

С глубокой древности известна еще одна функция стопы, не имеющая прямого отношения к биомеханике. Стопа – это область, богатейшая нервными рецепторами и являющаяся «энергетическим окном» организма. В традиционной восточной медицине считают, что через стопу можно получить доступ к любой части тела [5].

Некоторые практические специалисты в области физической реабилитации склоняются к тому, что повседневные и тренировочные нагрузки, которые получает ребёнок в дошкольном возрасте, оказываются недостаточными или чрезмерными для правильного формирования свода стоп [6,7]. Для профилактики плоскостопия в этом возрасте у детей необходимо дополнительно применять корригирующие упражнения из лечебной физической культуры.

Для проверки этого положения было проведено специально организованное экспериментальное исследование. Сначала провели обследование стоп детей занимающихся спортивной гимнастикой. По данным медицинского осмотра в МОАУ ДОД СДЮШОР № 3 «Юность» г. Томск, из 93 детей 5-6 летнего возраста 42 ребенка имели разные степени плоскостопия, что составляет 45 %. Для профилактики плоскостопия была разработана экспериментальная методика.

Объект исследования: процесс профилактики плоскостопия у юных гимнастов 5-6 лет.

Предмет исследования: методика профилактики плоскостопия у юных гимнастов 5-6 лет.

Цель исследования: разработать методику профилактики плоскостопия у юных гимнастов 5-6 лет с применением корригирующих упражнений и проверить в эксперименте ее эффективность.

В процессе эксперимента продолжительностью девять месяцев в контрольной группе дети занимались по общепринятой методике. Тренировка по спортивной гимнастике включала:

- подготовительную часть (20 минут) – проводилась разминка с использованием общеразвивающих упражнений и дыхательных упражнений;
- в основной части (45 минут) отработывались технические двигательные упражнения такие как: мост; шпагат; стойки на голове и руках; кувырки: вперед, назад; перевороты боком, и т.д. Выполнялись упражнения в равновесии, упражнения на общую и силовую выносливость мышц брюшного пресса и мышц спины, рук, ног, упражнения на шведской стенке и др.;
- в заключительной части (20 минут), применялись упражнения на расслабление и дыхательные упражнения (табл. 1).

Таблица 1

Показатели свода стоп в контрольной группе до и после эксперимента

Показатели	До (n=11)	После (n=11)	Прирост %	P
Сомат. свода стопы, баллы	2,6±0,78	2,7±0,89	3,8	>0,95
ИЧ, баллы	2,3±0,44	2,4±0,56	4,3	>0,95
ИФ, %	27,8±0,93	27,9±1,18	0,4	>0,95

P>0,95 различия между группами не достоверно по Z-критерию

В экспериментальной группе дети занимались по разработанной методике с применением в заключительной части тренировки корригирующих упражнений (табл.2).

Корригирующие упражнения были разделены на четыре блока, каждое упражнение выполнялось по 3 подхода.

Блок № 1.

Упражнение № 1. И.п. – положение лежа, руки за голову, отведение и приведение ноги, пятка пола не касается, носок на себя, стопа удерживается вертикально. Повторить 4 – 6 раз каждой ногой, темп медленный, средняя амплитуда движения.

Упражнение № 2. И.п. – лежа на спине, руки вдоль туловища. 1 – быстрый, глубокий вдох через нос, руки вверх; 2 – медленный выдох через рот, руки вниз;

Упражнение № 3. И.п. – положение лежа, строим два моста – «большой» и «маленький» – согнуть правую ногу и пальцы стопы, поставить на пол с опорой на пятку и пальцы. Средний отдел стопы не касается пола. Вернуться в исходное положение, то же другой ногой. Повторить 4 – 6 раз каждой ногой, темп средний, дыхание произвольное.

Упражнение № 4. И.п. – лежа на спине, руки вдоль туловища. 1 – быстрый, глубокий вдох через нос, руки вверх; 2 – медленный выдох через рот, руки вниз;

Упражнение № 5. И.п. – положение лежа, руки вдоль туловища, правой ногой на себя, согнуть правую ногу в тазобедренном суставе, затем в коленном и вернуться в исходное положение, то же левой ногой. Повторить по 4 раза, темп

Упражнение № 6. И.п. – лежа на спине, руки вдоль туловища. 1 – быстрый, глубокий вдох через нос, руки вверх; 2 – медленный выдох через рот, руки вниз;

Упражнение № 7. И.п. – сидя на полу, руки в упоре сзади – носки на себя, согнуть ноги, поставить стопы только на пятки. Носки не касаются пола. В начале выполнять попеременно, за тем одновременно. Повторить 8-10 раз, темп средний;

Упражнение № 8. И.п. – лежа на спине, руки вдоль туловища. 1 – быстрый, глубокий вдох через нос, руки вверх; 2 – медленный выдох через рот, руки вниз;

Блок № 2.

Упражнение № 1. И.п. – положение сидя – ноги прямые на ширине плеч, стопы вертикально, соединить большие пальцы, развести в стороны, мизинцем коснуться пола. Повторить 3-4 раза

Упражнение № 2. И.п. – лежа на спине, руки вдоль туловища. 1 – быстрый, глубокий вдох через нос, руки вверх; 2 – медленный выдох через рот, руки вниз;

Упражнение № 3. И.п. – упор сидя – правая стопа вертикально, левая нога давит на плюсневые кости, стараясь разогнуть правую ногу. Осуществлять усилие на 4 счета, за тем смена положения ног. Повторить 4-6 раз каждой ногой, темп медленный.

Упражнение № 4. И.п. – лежа на спине, руки вдоль туловища. 1 – быстрый, глубокий вдох через нос, руки вверх; 2 – медленный выдох через рот, руки вниз;

Упражнение № 5. И.п. – сидя на стуле, руки на пояс, перекаты с пятки на носок. Большая амплитуда. Повторить 10 раз, темп средний.

Упражнение № 6. И.п. – лежа на спине, руки вдоль туловища. 1 – быстрый, глубокий вдох через нос, руки вверх; 2 – медленный выдох через рот, руки вниз;

Упражнение № 7. И.п. – положение сидя на стуле, имитация подгребания песка пальцами, пятки стоят на полу. Движение выполняют все 5 пальцев. Повторить 10-12 раз каждой ногой. Темп средний;

Упражнение № 8. И.п. – лежа на спине, руки вдоль туловища. 1 – быстрый, глубокий вдох через нос, руки вверх; 2 – медленный выдох через рот, руки вниз;

Блок № 3.

Упражнение № 1. И.п.- положение стоя и в ходьбе, подняться на носки, пятки опустить вправо, перекатиться на пятки, поднять носки, опустить их вправо и т.д. Идти в одну за тем в другую сторону. Пальцы и пятки поднимать как можно выше. Туловище держать прямо.

Упражнение № 2. И.п. – лежа на спине, руки вдоль туловища. 1 – быстрый, глубокий вдох через нос, руки вверх; 2 – медленный выдох через рот, руки вниз;

Упражнение № 3. Ходьба спиной вперед, с перекатом с носка на пятку, высоко поднимая передний отдел стопы.

Упражнение № 4. И.п. – лежа на спине, руки вдоль туловища. 1 – быстрый, глубокий вдох через нос, руки вверх; 2 – медленный выдох через рот, руки вниз;

Упражнение № 5. Приседания, руки вперед, нагрузка на передний отдел стопы. Повторить 6-8 раз;

Упражнение № 6. И.п. – лежа на спине, руки вдоль туловища. 1 – быстрый, глубокий вдох через нос, руки вверх; 2 – медленный выдох через рот, руки вниз;

Упражнение № 7. Ходьба на носках, пятках, наружном своде стопы, «медвежьим шагом».

Блок № 4 (с использованием гимнастических снарядов).

Упражнение № 1. Ходьба на носках по гимнастическому бревну, руки в стороны;

Упражнение № 2. Ходьба на пятках по гимнастическому бревну, руки в стороны;

Упражнение № 3. Ходьба правым, левым боком носки свисают с края гимнастического бревна, руки на поясе;

Упражнение № 4. Ходьба правым, левым боком носки и пятки свисают с жерди, руки на верхней перекладине;

Упражнение № 5. Ходьба на носках по низким параллельным брусьям, держась руками за верхние параллельные брусья;

Упражнение № 6. В парах. И. п. стоя на носках у края гимнастического ковра, держась за партнера руками, опускание пяток до касания пола и поднятие в и. п. (15 раз, 3-4 повторений, темп средний);

Упражнение № 7. Лазание по канату (2 раза, 1 повторение)

По окончанию педагогического эксперимента, у юных гимнастов 5-6 лет отмечается значительное улучшение исследуемых показателей по медико-биологическим тестам по сравнению с исходными данными (табл.2). У всех детей выявлена полая форма стоп.

Таблица 2

Показатели свода стоп в экспериментальной группе до и после эксперимента

Показатели	До (n=11)	После (n=11)	Прирост %	P
Сомат. свода стопы, баллы	2,7±0,89	3,0±0,00	10,5	<0,95
ИЧ, баллы	2,4±0,56	1,5±0,24	-46,2	<0,95
ИФ, %	27,9±1,18	30,8±0,66	9,9	<0,95

P<0,95 различия между группами достоверно по Z-критерию

В ходе педагогического эксперимента у юных гимнастов 5-6 лет отмечалось значительное улучшение исследуемых показателей по сравнению с исходными данными.

Применение разработанной методики тренировки по спортивной гимнастике для профилактики плоскостопия у юных гимнастов 5-6 лет, позволило устранить начинающиеся проявления плоскостопия (прирост показателей соматического свода стопы составил 10,5%, индекс Чижина: -46,2%, индекс Фридлянда: 9,9%).

Список литературы

1. Зациорский, В.М., [и др.]. Биомеханика двигательного аппарата человека [Текст]./В.М. Зациорский – М.: ФиС, 2003.– 250 с.
2. Красикова, А.С. Профилактика лечения плоскостопия. [Текст]/ А.С. Красикова. М.: Медицина, 2002. – 177 с.
3. Лечебная физическая культура для инвалидов: учебное пособие [Текст]/ сост. С.Б. Нарзулаев, И.Н. Сафронова, Н.А. Петухов. – Томск: изд-во ТГПУ, 2011. – 188 с.
4. Сухой, В.Л. Справочник по детской лечебной физкультуре. [Текст] / Под ред. М.И. Фонарева. – Л.: Медицина, 2005. – 165 с.
5. Тарасова, Т.А. Здоровый образ жизни. [Текст]/ Т.А. Тарасова. – М.: Аспект, 2008. – 96 с.
6. Циркунова, Н.А. Плантография как метод диагностики плоскостопия. Материалы докладов 3-го пленума межведомственной комиссии по рациональной обуви. М.: ЦИТО, 2006. – С. 45– 64.
7. Шилкова, И.К. Здоровье, формирующее физическое развитие. Развивающие двигательные программы для детей 2-7 лет. [Текст]/ И.К. Шилкова. – М.: Медицина, 2001. – 190 с.
8. Яременко, Д.А. Диагностика и классификация статических деформаций стоп. Журн. Ортопед, травматолог. – М.: Бином, 2005. – С. 59–67.

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ

Пономарева Е.В.

старший преподаватель кафедры физического воспитания и спорта,
ФГБОУ ВО «Донской государственный аграрный университет»,
Россия, п. Персиановский

В данной статье мы будем рассматривать спорт как один из наиболее важных факторов укрепления и сохранения здоровья. Физическая культура – главный «инструмент» долголетия.

Ключевые слова: физическая культура, спорт, здоровье, физические нагрузки, двигательная активность.

Физическая культура – сфера социальной деятельности, направленная на сохранение и укрепление здоровья, развитие психофизических способностей человека в процессе осознанной двигательной активности. **Физическая культура** – часть культуры, представляющая собой совокупность ценностей и знаний, создаваемых и используемых обществом в целях физического и интеллектуального развития способностей человека. А так же совершенствования его двигательной активности и формирования здорового образа жизни, социальной адаптации путём физического воспитания, физической подготовки и физического развития (в соответствии с Федеральным

законом Российской Федерации от 4 декабря 2007 г. N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации») [4].

Каждый из компонентов физической культуры имеет известную самостоятельность, свою собственную целевую установку, материально-техническое обеспечение, различный уровень развития и объем личностных ценностей. Поэтому спорт в сфере деятельности физической культуры выделяют особо, используя словосочетания «физическая культура и спорт», «физ.культура и спорт». В этом случае под «физической культурой», «физ.культурой» в узком смысле как раз и можно подразумевать массовую физическую культуру и лечебную физическую культуру.

Массовую физическую культуру образуют физ.культурная деятельность людей в рамках процесса физического воспитания и самовоспитания для своего общего физического развития и оздоровления, совершенствования двигательных возможностей, улучшения телосложения и осанки, а также занятий на уровне физической рекреации.

Физическая рекреация – это двигательный активный отдых и развлечения с использованием физических упражнений, подвижных игр, различных видов спорта, а также естественных сил природы, в результате которых получается удовольствие и достигается хорошее самочувствие и настроение, восстанавливается умственная и физическая работоспособность.

Занятия на уровне массовой физической культуры для здорового человека не связаны с очень большими физическими и волевыми усилиями, однако, они создают мощный дисциплинирующий, тонизирующий и гармонизирующий фон для всех сторон его деятельности. [1].

Второе, также неспортивное по целям, направление физической культуры образует лечебная физическая культура (двигательная реабилитация), использующая специально подбираемые физические упражнения и, как уже отмечалось, некоторые спортивные средства для лечения и восстановления функций организма, нарушенных в результате заболеваний, травм, переутомления и других причин [6].

Более двух третей населения страны не занимается физкультурой регулярно. Среди причин – и недостаток свободного времени, и отдаленность спортивных баз от места жительства, и некоторые психологические моменты, такие, например, как отсутствие привычки к занятиям, стеснительность, останавливающее многих от занятий оздоровительной ходьбой и медленным бегом. И наконец, одной из причин, не имеющей ни малейшего оправдания, является лень. Но, как замечено в истории, ни один ленивый человек не достиг глубокой старости [2].

Для поддержания оптимальных физических и психических качеств (здоровья) необходима постоянная двигательная активность, которая прежде всего воздействует на обменные процессы в организме. Общеизвестно, что в основе жизни лежит обмен веществ. Он складывается из процессов ассимиляции (образования, усвоения, восстановления) и диссимиляции (использования, выведения из организма, разрушения различных веществ). Преобладание первых характерно для активного периода жизни, в пожилом возрасте

начинает преобладать диссимиляция. И к 70 годам, например, мускулатура человека, ведущего малоактивный образ жизни, может уменьшиться в объеме на 40%. Особенно страдают мышцы, обеспечивающие сохранение позы, что делает человека сутулым, а подчас изменяет весь облик. Значительно атрофируются и некоторые другие органы и ткани, почти вдвое, например, уменьшается печень [3].

Недостаток движения – гипокинезия нередко приводит к ожирению. Современная медицина считает излишний вес серьезным нарушением обмена веществ, которое влечет за собой весьма тяжкие последствия. От ожирения страдает нервная ткань, мозг, особенно у пожилых людей. Все это сопровождается функциональными нарушениями, снижающими выносливость и силовые качества, возникает состояние гиподинамии.

При гипокинезии ухудшается и деятельность так называемого «периферического сердца» – поперечнополосатых (скелетных) мышц, которые при своем сокращении проталкивают кровь по сосудам, в том числе по артериям и капиллярам тканей. Это, с одной стороны, улучшает снабжение органов и тканей кислородом и пищевыми веществами, а с другой – облегчает работу сердца, которое очень тонко реагирует на воздействие внешней и внутренней среды. Труд, питание, эмоции – все это усиливает работу сердца. Если в состоянии покоя оно выталкивает в крупные сосуды около 3–3,5 тыс. см³ крови за минуту, то во время интенсивных физических упражнений минутный объем крови достигает 20–30 тыс. см³.

Сердце тренированного человека на повышенные физические нагрузки отвечает более сильными сокращениями и относительно меньшим увеличением их частоты, при этом пульс довольно быстро (в течение нескольких минут) возвращается к исходному уровню [2].

Итак, физическая тренировка способствует сохранению здоровья, повышает устойчивость организма к неблагоприятным факторам окружающей среды, увеличивает резервные силы организма, позволяющие переносить более значительные физические и психические нагрузки. Все это в конечном счете способствует высокой активности человека, удлинению его творческой жизни.

Физическая культура и спорт является одним из наиболее важных факторов укрепления и сохранения здоровья. Это особенно важно сегодня, в условиях резкого снижения двигательной активности (гиподинамии). Цели и содержание, средства и формы, распространение и эффективность физической культуры и спорта следует рассматривать во взаимосвязи с внешней средой, бытом, питанием, возрастом и полом [7].

В настоящее время в нашей стране формируется активный интерес к здоровому образу жизни. По сути дела, можно говорить о том, что в России возникает новый социальный феномен, выражающийся в острой экономической заинтересованности граждан в сохранении здоровья как основы материального благополучия [5].

Необходимо сохранить и восстановить лучшие традиции отечественного физкультурно-спортивного движения и продолжить поиск новых высоко-

эффективных физкультурно-оздоровительных и спортивных технологий, направленных на максимальное вовлечение всех слоев населения в активные занятия физической культурой и спортом [2].

Важнейшая задача совершенствования системы управления физической культурой и спортом – формирование оптимальной отраслевой модели управления, в которой будут четко распределены и согласованы компетенция и полномочия, функции и ответственность всех субъектов физкультурно-спортивной деятельности как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации и местных органов власти [5].

Список литературы

1. Андреева Г. М. Социальная психология. Учебник для высших учебных заведений. – М.: Аспект Пресс, 2005.
2. Виноградов П. А., Душанин А. П., Жолдак В. И. Основы физической культуры и здорового образа жизни. – М.: Советский спорт, 1996.
3. Дубровский В. И. Спортивная физиология. - М.: ВЛАДОС, 2005.
4. Кравченко А. И., Анурин В. Ф. Социология.- СПб: Питер, 2006.
5. Лубышева Л. И. Социальная роль спорта в развитии общества и социализации личности // Физкультура и Спорт. № 3. 2007.
6. Физическая культура: Учебник для студентов вузов. – М.: СпортАкадемПресс, 2003
7. Энциклопедия физической подготовки. – М.: ФиС, 2004. - 232 с.

О ПРОБЛЕМЕ СКОРОСТНО-СИЛОВОЙ ПОДГОТОВКИ БАСКЕТБОЛИСТОК НА ЭТАПЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПОРТИВНОГО МАСТЕРСТВА

Тетюхина Н.Ю.

тренер-преподаватель по баскетболу,
специализированная детско-юношеская спортивная школа
олимпийского резерва №5, Россия, г. Белгород

Кадуцкая Л.А.

доцент кафедры теории и методики физической культуры, канд. пед. наук,
Педагогический институт НИУ «БелГУ», Россия, г. Белгород

В статье рассматриваются актуальные проблемы скоростно-силовой подготовки баскетболисток на этапе совершенствования спортивного мастерства (15-16 лет). Для развития скоростно-силовых качеств излагаются ряд определенных условий, отвечающих специфике и требованиям современного баскетбола.

Ключевые слова: баскетболистки, скоростно-силовая подготовка, скоростно-силовые упражнения.

Современный баскетбол предъявляет исключительно высокие требования к уровню развития скоростно-силовых способностей спортсменок. Установлено, что 70% движений в баскетболе носят скоростно-силовой характер

[6]. От уровня развития скоростно-силовой подготовленности во многом зависит игровая деятельность баскетболисток: выполнение технико-тактических действий, а также результативность игры [2]. Поэтому необходимо большое внимание уделять скоростно-силовой подготовке в учебно-тренировочном процессе баскетболисток, особенно в возрасте 15-16 лет, так как этот возраст для девушек является заключительным сенситивным периодом развития скоростно-силовых качеств.

В настоящее время, в соответствии с федеральным стандартом, в программах спортивной подготовки по виду спорта баскетбол для детско-юношеских спортивных школ олимпийского резерва на специальную физическую подготовку на этапе совершенствования спортивного мастерства отводится около 14% от общего годового объема часов. В методической части программы, в разделе физической подготовки представлен перечень упражнений для развития скоростно-силовых качеств, но не определены специальные комплексы средств и методов тренировки, отсутствуют сведения и четкие рекомендации о дозировке нагрузок для баскетболисток разного возраста [1, 7].

Традиционная методика развития скоростно-силовых качеств, в основном, ориентированная на упражнения с отягощениями, большинством баскетболисток воспринимается негативно. Используемые в практике работы с командами девушек методы скоростно-силовой тренировки, преимущественно заимствованные из других видов спорта, не в полной мере способствуют существенному приросту скоростно-силовых возможностей баскетболисток. По мнению специалистов, (О.Я. Алтберг, В.З. Бабушкин, Л.Б. Андрищенко Д.И. Нестеровский), общепринятыми средствами добиться требуемых сдвигов становится все труднее, так как тренировочные упражнения часто не позволяют обеспечить такую мощность работы мышц, которую они развивают при взаимодействии с внешней средой в ходе соревновательной деятельности.

Следовательно, в тренировочном процессе необходимо создавать условия, которые бы отвечали требованиям игры. Исходя из специфики игровой деятельности важными условиями подготовки баскетболисток на этапе совершенствования спортивного мастерства являются следующие положения:

1. Под скоростно-силовыми качествами понимают способности выполнять движения максимальной интенсивности в минимальный отрезок времени [4]. Одной из важнейших комплексных скоростно-силовых характеристик баскетболистов является прыгучесть, которая обеспечивается, прежде всего, взрывной силой мышц ног. В связи с этим, отмечается необходимость обратить внимание на использование в тренировочных программах специальных упражнений для развития взрывной силы баскетболисток. В их числе могут быть также упражнения на песке, мелководе и снегу. Особенно эффективными упражнениями для развития взрывной силы ног считаются «прыжки в глубину». Однако в рассматриваемом возрасте данные упражнения требуют специальной предварительной подготовки, включающей значительный, объем прыжковых упражнений и приземление только на мягкую опору.

2. Одним из главных критериев проявления скоростно-силовых качеств является увеличение мощности мышечного аппарата. Многочисленные ре-

комендации направлены на использование отягощений при выполнении баскетболистками специальных физических упражнений. Однако решение данной задачи может быть осуществлено, как за счет ранее указанных средств, так и специальных упражнений с собственным весом тела.

3. Большинство технических элементов, таких как броски в прыжке, передвижения в нападении и защите, выпрыгивания на подбор, выполняются баскетболистками на фоне усталости. Поэтому совершенствование технических приемов скоростно-силового характера целесообразно проводить на фоне выполнения большого объема аэробной работы на каждой тренировке.

4. Главным критерием также является игра, которая в результате жесткого противодействия противника, создает необходимые условия для проявления максимальных физических и волевых качеств, что в свою очередь обеспечивает постоянное присутствие соревновательного элемента в тренировочном процессе.

5. Скоростно-силовые упражнения выполняются в довольно непродолжительное время. Кратковременность скоростно-силовых упражнений позволяют выполнять их серийно на каждом занятии. Длительный перерыв между выполнением скоростно-силовых упражнений приводит к тому, что эффект от занятия снижается. Поэтому многие авторы специальной спортивной методической литературы рекомендуют развивать скоростно-силовые качества на каждом занятии [5].

Таким образом, для качественной реализации игровой деятельности баскетболисток 15-16 лет возникает необходимость разработки и внедрения в тренировочный процесс методики развития скоростно-силовых качеств, которая бы отвечала специфике игры, атлетичности и динамике современного баскетбола, а также учитывала бы особенности женского организма.

Список литературы

1. Баскетбол: Примерная программа подготовки для детско-юношеских спортивных школ, специализированных детско-юношеских спортивных школ олимпийского резерва. – М.: Советский спорт, 2008. – 100 с.
2. Гомельский, А.Я. Баскетбол. Секреты мастера 1000 баскетбольных упражнений / А.Я. Гомельский. – М.: Фаир, 1997. – 222 с.56.
3. Дружинина, Л.Е. Экспериментальное обоснование средств и методов подготовки юных баскетболисток 13-16 лет: Автореф. дис. канд. пед. наук (13.00.04) / Дружинина Людмила Евсеевна; ВНИИФК. М., 1979.-19 с.
4. Курамшин Ю.Ф. Теория методика физической культуры. 3-е издание. – М.: Советский спорт. 2007. – 464с.
5. Мартынова, ЕЛ. Развитие прыгучести и способности ее реализации в игровых действиях у юных баскетболисток: Автореф дис. канд. пед. наук (13.00.04) / Мартынова Елена Леонидовна; МОТКЗОПИ. – М, 1986. -22 с.
6. Портных, Ю.И. Характеристика соревновательной деятельности баскетболисток / Ю.И. Портных, В.И. Сысоев // Теория и практика физической культуры. 1988. -№ 12. – С. 40 – 42.
7. Федеральный стандарт спортивной подготовки по виду спорта баскетбол, утвержденный приказом Министерства спорта РФ от 10 апреля 2013г. № 114.

МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ОЦЕНКА СПОСОБНОСТЕЙ ВРАТАРЕЙ ПРИ ЗАНЯТИЯХ ФУТБОЛОМ

Филиппова Е.Н.

доцент кафедры спортивных дисциплин и безопасности жизнедеятельности,
канд. пед. наук,
Мордовский государственный педагогический институт им. М.Е. Евсевьева,
Россия, г. Саранск

Земков В.В.

студент 6 курса факультета физической культуры,
Мордовский государственный педагогический институт им. М.Е. Евсевьева,
Россия, г. Саранск

Неуклонно повышающийся уровень развития футбола требует столь же неуклонного поиска физически одаренных, талантливых молодых людей, которые оказались бы способными успешно играть в экстремальных условиях ответственных внутренних и международных соревнований. В статье рассматриваются методы спортивного отбора и индивидуальные способности детей для занятия футболом в детско-юношеских спортивных школах.

Ключевые слова: футболисты, отбор, методы, способности, физическое развитие, физическая подготовленность, детско-юношеские спортивные школы.

При оценке уровня качеств и способностей подростков, претендующих на роль вратаря, можно использовать методы, рекомендованные для полевых игроков. В разработке контрольных упражнений, испытаний, характеризующих физические способности, обеспечивающие высокую эффективность игры, нельзя не принимать во внимание специфику двигательной деятельности вратаря.

Специфика и многообразие сложных по координации движений, непредвиденное чередование физических и эмоциональных нагрузок требуют от вратаря высокого уровня ловкости, гибкости, прыгучести, общей и специальной выносливости, достаточной подвижности нервных процессов и помехоустойчивости. Он должен обладать комплексом способностей и личностных качеств, создающих благоприятные предпосылки для уверенной игры. Выдающиеся вратари мирового и отечественного футбола отличались от остальных, прежде всего, ярко выраженной способностью мгновенно оценивать ситуацию, предугадывать действия и взаимодействия соперников и партнеров [2, с. 245].

Учитывая тенденции в развитии футбола, можно предположить, что вратарь должен быть высокорослым (180–190 см), относительно длинноруким, без лишнего веса. Таков его внешний облик. К основным качествам и способностям, обеспечивающим предпосылки к успешному овладению техникой, тактикой игры и эффективной игровой деятельности вратаря, относятся:

- 1) интерес к футболу;

- 2) решительность, смелость, настойчивость в достижении цели;
- 3) объем, устойчивость и переключаемость внимания;
- 4) физические способности (скорость передвижения, быстрота специфических действий, ловкость, гибкость, прыгучесть);
- 5) физическая работоспособность;
- 6) способность дифференцировать усилия, пространственно-временные характеристики движений;
- 7) способность обучаться технике, тактике игры;
- 8) способность к вероятному прогнозированию событий;
- 9) помехоустойчивость;
- 10) скорость течения восстановительных процессов;
- 11) способность анализировать и критически оценивать результаты собственной учебно-тренировочной деятельности, а также находить пути самосовершенствования в футболе [1, с. 143].

Успешность действий вратарей во многом определяется быстротой движений, скоростью бега, перемещений при решении сложных задач, связанных с перехватами, отбивами, переводами мяча.

При отборе вратарей следует изучать и оценивать быстроту специфического действия. Именно она является самым важным показателем функциональных возможностей систем организма в действиях, направленных на защиту ворот. Изучение быстроты двигательной реакции путем измерения времени ответного действия на световой раздражитель (нажатие на кнопку, контакт рукой, стопой) дает тренеру информацию о длительности латентного (скрытого) периода двигательной реакции. Главная же задача тренеров при отборе – выявить возможности подростков в основных двигательных действиях вратаря. Это можно сделать, измерив быстроту специфического действия, проявляющуюся в срабатывании всех систем организма, обеспечивающих бросок вратаря за мячом, перехват мяча в прыжке и т. п. Измерение быстроты специфического действия можно осуществить с помощью счетчика времени, двух сигнальных ламп-раздражителей и платформы с контактами для ног, объединенными в один прибор. До испытания вратарь встает в середину футбольных ворот. Слева и справа от него в углах на высоте 1 м подвешиваются мячи. Он получает задание: при вспышке левой сигнальной лампы прыгать за мячом в левый угол ворот, при вспышке правой – в правый и как можно быстрее коснуться мяча. В момент касания прибор фиксирует, сколько времени потребовалось вратарю, на толчок одной и второй ногой и на все специфическое действие – отбив мяча рукой. Обследования 20 юных вратарей примерно одинакового роста показали близкие результаты в скорости усложненной реакции в ответ на световой раздражитель и в то же время заметные различия в скорости всего специфического действия (бросок за мячом и отбив его). Многолетние наблюдения за подростками дают основания заключить, что именно быстрота специфических действий при прочих равных условиях является важнейшим показателем перспективности вратарей в футболе [3, с. 242].

Исходя из специфики игровой деятельности вратаря можно предложить следующие контрольные упражнения:

1) повернуться прыжком на 360°, обежать три стойки и финишировать;

2) быстро пробежать четыре отрезка по 18 м («челночный бег») с касанием рукой финишной и стартовой линии (три раза).

При оценке ловкости вратарей 13–14-летнего возраста в упражнении 1 можно условно оценить результат 4,0–4,1 с в 1 очко, результаты 4,2–4,3 с – в 0,9 очка и т. д. В упражнении 2 ловкость следует оценить так: результат 13,6–13,7 с в 1 очко, результат 13,8–13,9 с в 0,9 очка и т. д.

С особой тщательностью необходимо изучать и оценивать способности подростков обучаться футболу и предугадывать действия противника и партнеров.

Общее количество очков, набранных участниками отбора, в известной степени характеризует перспективу подростков в овладении технико-тактическими приемами игры и возможности совершенствования в специфической деятельности вратаря.

Уровень физической и технической подготовленности спортсменов определяется путем тестирования, специфического для футбола. Важное значение имеет выявление игровой эффективности спортсмена, о которой судят по ряду показателей: активность, результативность, эффективность взаимодействия игроков, допущенные ошибки во время игры [2, с. 247].

Список литературы

1. Извеков, В. В. Общие тенденции в динамике состояния спортсмена в годичном цикле в зависимости от организации тренировочной нагрузки [Текст] / В. В. Извеков, Е. Н. Филиппова // Интеграция образования в условиях инновационной экономики : международ. научно-практ. конф. : сб. науч. тр.– Саранск : ЮрЭксПрактик, 2014. – С. 141–144.

2. Филиппова, Е. Н. Особенности отбора детей для занятий футболом в ДЮСШ [Текст] / Е. Н. Филиппова, В. Н. Верушкин // Физическая культура, спорт и здоровье: Всерос. научно-практ. конф.: сб. науч. тр.– Йошкар-Ола : Марийский гос. ун-т, 2011. – С. 244–248.

3. Филиппова, Е. Н. Содержание физической подготовки футболистов 13–14 лет в годичном цикле [Текст] / Е. Н. Филиппова, В. М. Сысуев // Физическая культура, спорт и здоровье: Всерос. научно-практ. конф.: сб. науч. тр.– Йошкар-Ола : Марийский гос. ун-т, 2011. – С. 240–244.

Научное издание

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ
НАУКИ И ТЕХНОЛОГИЙ

Сборник научных трудов
по материалам VI Международной научно-практической
конференции

г. Белгород, 30 сентября 2015 г.

В десяти частях
Часть IV

Подписано в печать 09.10.2015. Гарнитура Times New Roman.
Формат 60×84/16. Усл. п. л. 8,60. Тираж 100 экз. Заказ 179
ООО «ЭПИЦЕНТР»
308010, г. Белгород, ул. Б.Хмельницкого, 135, офис 1
ИП Ткачева Е.П., 308000, г. Белгород, Народный бульвар, 70а