

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ



Республиканская заочно-очная
научно-практическая конференция
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ,
АКТИВНОГО СОХРАНЕНИЯ, ВОССТАНОВЛЕНИЯ
И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»
Донецк, ДонНМУ им. М. Горького, ДоКТМО, ЛОРЦ
18 апреля – 30 мая 2016 года
ПРОГРАММА И МАТЕРИАЛЫ



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ

Том II
Вып. 1
2016



ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. М. ГОРЬКОГО



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ

ТОМ II, ВЫПУСК 1

Донецк 2016

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики
Министерство образования и науки Донецкой Народной Республики
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины
Кафедра физического воспитания

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ»

Сборник научных трудов

Том II, Выпуск 1 (2)

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

заочно-очной научно-практической конференции

**«Актуальные вопросы формирования, активного
сохранения, восстановления и укрепления здоровья
населения»**

(18.04.16-30.05.16, г.Донецк, ДонНМУ им. М. Горького)

Донецк, 2016

УДК 616-08-059:378.147(06)
ББК 53.54
А43

Сборник рекомендован к изданию Ученым Советом ДонНМУ им. М. Горького, протокол № 5 от 13 июня 2016 года.

Редакционная коллегия:

И.Р. Швиренко заведующий кафедрой медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины ДонНМУ им. М. Горького, доцент (ответственный редактор).
Н.А. Добровольская заведующая кафедрой физического воспитания ДонНМУ им. М. Горького, доцент (ответственный редактор).
Г.В. Ясько доцент кафедры физического воспитания ДонНМУ им. М. Горького (технический редактор).

А43 Актуальные вопросы реабилитологии и педагогики: сборник научных трудов и тезисы докладов заочно-очной научно-практической конференции «Актуальные вопросы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения»; 18.04-30.05.16, Донецк, ДонНМУ им. М. Горького / под ред. доц. И. Р. Швиренко и доц. Н. А. Добровольской. – Донецк, 2016. – Т. II, вып. 1 (2). – 178 с.

Актуальные вопросы реабилитологии и педагогики: сборник научных трудов и тезисы докладов заочно-очной научно-практической конференции «Актуальные вопросы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения»; 18.04-30.05.16, Донецк, ДонНМУ им. М. Горького / под ред. доц. И. Р. Швиренко и доц. Н. А. Добровольской. – Донецк», 2016. – Т. II, вып. 1 (2). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа URL: <http://medrehabilitation.dnmu.ru/pages/nauchnaya-rabota/aktualnye-voprosy-reabilitologii-i-pedagogiki/> (дата размещения: 30.06.2016).

В сборнике представлены научные работы и тезисы докладов научно-практической конференции, посвященные актуализации темы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения. Описаны проблемы, предложены способы и пути решения медицинских и медико-биологических задач в области здоровья населения, а также отражены вопросы подготовки научно-педагогических кадров и работников практического звена.

Ответственность за достоверность информации, литературное и статистическое оформление научных трудов, представленных в настоящем сборнике, несут авторы.

УДК 616-08-059:378.147(06)
ББК 53.54

© Авторы статей, 2016
© Редакционная коллегия, 2016

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ И ЧИТАТЕЛИ

сборника научных трудов

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ»

Поздравляем Вас с изданием нового тома в 2016 году и публикацией Ваших работ!

В сборнике представлены как отдельные статьи, так и материалы прошедшей весной 2016 года (04-05.2016) конференции «Актуальные вопросы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения».

Главной целью издания сборника «Актуальные вопросы реабилитологии и педагогики» является предоставление Авторам возможности презентации своих научных трудов в условиях ограниченного доступа в научное информационное пространство. Кроме того, редакция на это надеется, что издание будет способствовать обмену опытом и научными достижениями в области сохранения и укрепления здоровья, подготовки научно-педагогических кадров.

Для улучшения качества и полноты представления научных работ, увеличения количества, а, следовательно, и повышения доступности материала для разных категорий научных работников, Редакцией было принято решение издать сборник в электронном виде с предоставлением отдельным Авторам (по их желанию) печатного варианта.

С целью расширения авторской и читательской аудитории Сборника и создания информационного пространства для рассмотрения и обсуждения представленных работ Редакцией сборника при поддержке научного отдела ДонНМУ им. М.Горького и Министерства Здравоохранения ДНР была запланирована и проведена заочно-очная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения», формат которой предусматривал сочетание размещения и обсуждения материалов конференции на сайте ДонНМУ, а также организацию и проведение «круглых столов» и «практико-ориентированных семинаров» по наиболее актуальным ее темам.

Для реализации целей конференции было была создана постоянно действующая виртуальная рабочая площадка конференции «Актуальные вопросы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения» на базе форума ДонНМУ (<http://forum.dnmu.ru/viewforum.php?f=3>, большая благодарность Смирнову Олегу, отдел информатизации ДонНМУ), на которой можно обсудить не только технические вопросы оформления статей, но и научные концепции заложенные в них, что, надеемся, поможет не только Авторам, но и всем, кто проявит интерес к презентованным сообщениям.

Мы рассматриваем такую форму научного общения, прежде всего, как ориентированную на молодых ученых, аспирантов, магистров, студентов и всех тех, кто не имеет большого опыта как в проведении научных работ, так и в оформлении результатов научных исследований. Надеемся, также, на привлечение внимания к материалам конференции опытных научных работников – докторов и кандидатов наук,

которые могли бы своими вопросами, замечаниями и возможными рекомендациями помочь молодым ученым в методике проведения научных исследований, обсуждении научных вопросов и оформлении их научных идей. На сегодняшний день на форуме конференции представлено 15 сообщений, все Авторы которых отмечены Сертификатами участников.

С учетом того, что подобный формат коммуникации (заочный, интернет-конференция) является для нашего вузовского научного сообщества относительно новым и непривычным, Редакцией сборника принято решение о снятии временных ограничений на предоставления статей и докладов и проводить их публикацию в материалах Весеннего (выпуск 1) и Осеннего (выпуск 2) номеров ежегодного тома сборника «Актуальные вопросы реабилитологии и педагогики» по мере их поступления в редакцию и степени их готовности к публикации.

Редакторы надеются, что технические требования к работам, представленным в сборнике, помогли Авторам правильно сформулировать и выразить свои научные идеи, формализовать практический опыт, что в свою очередь способствовало не только творческому росту Авторам, но и повышению научной репутации самого сборника. Это позволило подготовить Авторам и сам сборник к достойному представлению в научной среде, в частности, возможности размещения и цитирования в распространенных наукометрических базах (Google Scholar, eLIBRARY (РИНЦ) и другие).

Редакция благодарит Авторам сборника и Участников конференции за предоставление работ и приглашает Вас и Ваших коллег к продолжению научного сотрудничества как на форуме постоянно действующей конференции «Актуальные вопросы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения», так и на страницах осеннего номера (Том II, выпуск 2) сборника «Актуальные вопросы реабилитологии и педагогики», который планируется к выходу во второй половине октября 2016 года!

Редакция

Раздел 1.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

УДК 616.643+616.65]-002

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Бабюк И.А., Жариков В.Ю., Титиевский С.В., Побережная Н.В.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО*

Аннотация. Рассмотрены современные методы лечения хронических простатитов и использование их в андрологической практике. Терапевтический эффект наиболее выражен при комплексном подходе в лечении простатитов.

Ключевые слова: хронический простатит, андрология, современные методы лечения.

MODERN TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

Babiuk I.A., Jarikov V.Y., Titiyevsky S.V., Poberejnaya N.V.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Psychiatry, Psychotherapy, Medical Psychology and Narcology FIPE*

Summary. Modern methods of treatment of chronic prostatitis and features of theirs applications in andrology are discussed. We can make a conclusion about good therapeutic effect at using this methods in complex treatment of chronic prostatitis.

Keywords: chronic prostatitis, andrology, modern methods of treatment.

Актуальность. Современное лечение больных хроническим простатитом должно проводиться комплексно, с учетом этиологии и патогенеза патологического процесса, индивидуализировано и продолжительно. Повышению эффективности проводимой терапии способствует ранняя диагностика заболевания и последующее диспансерное наблюдение.

Несмотря на предложенные многочисленные схемы и методы лечения, нарушение научно обоснованных принципов по данному вопросу может привести к неудовлетворительным терапевтическим результатам. Проблема качественного лечения воспаления предстательной железы остается актуальной и требует дальнейшего совершенствования [9, с. 88].

Материалы и методы. Основной задачей практической медицины является нормализация морфологических и функциональных особенностей пораженного органа. Для этого необходимо назначение полноценного этиологического и патогенетического лечения, устраняющего очаг воспаления, осложнения и последствия основного патологического процесса, предупреждение рецидивов заболевания. Многие авторы [6, с. 109] в общую схему лечения больных хроническим простатитом включают:

1. соблюдение диетического режима и гигиены половой жизни;
2. антибиотикотерапию;
3. стимуляцию неспецифической, а при необходимости и специфической реактивности организма;
4. назначение общеукрепляющих средств, ферментов и витаминов (антиоксидантов);
5. назначение спазмолитиков, анальгетиков;
6. назначение нестероидных противовоспалительных препаратов;
7. коррекцию нейротрофических и микроциркуляторных расстройств;
8. местное лечение и лечебный массаж предстательной железы;
9. физиотерапевтические процедуры;
10. психокоррекцию;
11. санаторно-курортное лечение;

12. диспансерное наблюдение. [6, с. 98].

Естественно, для каждого пациента из указанной схемы индивидуально подбирается адекватный терапевтический комплекс, учитывающий состояние больного и особенности течения заболевания [2, с. 28]. А.Ф. Вознянов и И.И. Гопинченко (1997) объединяют лечебные мероприятия при указанной патологии в следующие группы:

1. общие организационные и лечебные мероприятия;
2. этиотропное лечение;
3. патогенетические лечебные мероприятия;
4. физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение;
5. устранение осложнений и коррекция общеболезненных состояний больного (в т.ч. сомато-психических и сексуальных расстройств).

Результаты, обсуждение и выводы. Лечение инфекционных форм простатита включает воздействие на возбудителя воспалительного процесса в железе. Нередко инфекционный агент проникает в простату через подлежащие мочеполовые органы: уретральный канал, семенные пузырьки, мочевой пузырь и т.п., которые могут являться потенциальными очагами инфекции и обуславливать возникновение простатита, а в последующем и рецидивов заболевания. Поэтому после уточнения этиологического и топического диагноза, комплекс мероприятий должен быть направлен на лечение воспаления не только в простате, но и в подлежащих урогениталиях [8, с. 92].

Нередко причиной воспалительного процесса является смешанная патогенная флора, поэтому предпочтение отдается препаратам широкого спектра действия и их комбинированному приему. При выборе антибиотика принимают во внимание степень его диффузии в придаточные половые железы. Современные препараты – полусинтетические тетрациклины, фторхинолоны, макролиды и др. – хорошо проникают и saniруют органы малого таза, даже при обычных способах введения. Однако, целесообразно назначать согласно данным антибиотикотерапию, согласно данным антибиотикограммы. При хроническом инфекционном простатите необходимо продолжительное лечение с учетом разовых и курсовых доз антибиотиков на фоне приема иммуномодулирующих препаратов. При торпидных уретропростатитах назначают инстилляции уретры растворами лекарственных средств (интерферона, хлорофиллипта и т.п.) [7, с. 201].

Ряд зарубежных авторов являются приверженцами внутриорганного введения антибиотиков и других медикаментов в предстательную железу [11, с. 755].

О.Л. Тиктинский (1990) считает, что данный метод лечения простатитов нельзя широко использовать из-за ряда возможных осложнений, а только в случаях неэффективности традиционной терапии. Наш опыт работы показал положительные результаты внутриорганной антибиотикотерапии под контролем УЗИ простатитов, осложненных абсцессом одной из долей предстательной железы.

Дискуссионный интерес представляют научные сообщения Д.Ю. Мировича и соавт. (2006) об эндолимфатическом введении антибиотиков при воспалительных мочеполовых заболеваниях у мужчин. Высокий терапевтический результат при этом объясняется рядом благоприятных анатомических предпосылок в органах малого таза [3, с. 107].

Однако продолжительная антибиотикотерапия не всегда приводит к полному излечению простатита и коррекции функциональных расстройств органа. Из осложнения можно указать развития иммунодефицитного состояния и дисбактериоза. Исчезновение патогенных микроорганизмов в очаге воспаления не всегда является критерием излечения простатита [5, с. 314].

В каждом конкретном случае лечение должно быть индивидуализированным и комплексным. Так с целью стимуляции репаративных процессов при упорном течении

заболевания широко используют солкосерил, биостимулирующие препараты – алоэ, спленин, витаминотерапию и др. Для предупреждения формирования рубцовой ткани назначают стекловидное тело, лидазу.

При наличии аутоиммунизации предпочтительно применять иммунодепрессанты.

Генитальные, экстрагенитальные и тазовые симпатолгии купируют анальгетиками (анальгин, баралгин), спазмолитическими средствами (папаверин, но-шпа), холиномиметиками (белоид, прозерин), комбинированными препаратами (хомвио-простан). При недостаточном лечебном эффекте рекомендуют новокаиновые блокады [7, с. 118].

В арсенале лечебных средств больным хроническим простатитом необходимо вводить препараты, нормализующие микроциркуляцию органов малого таза (эскузан, теоникал, танакан). В частности, флебодиа (диовенор) стабилизирует показатели гемодинамики, а также обладает вентонизирующим, антикоагулянтным и противовоспалительным выраженным действием.

Ряд авторов указывают на высокую эффективность использования протеолитических ферментов при лечении различных форм простатитов. В частности, стрептокиназа, трипсин, хемотрипсин повышают интенсивность обменных и репаративных процессов в очаге воспаления, лизис фиброзных образований [4, с. 28]. Болезненность манипуляций и возможные аллергические реакции ограничивают их использование, поэтому особый интерес вызывает препарат вобэнзим (комплекс энзимов), который вводится перорально и регулирует многие функции организма.

В комплексном лечении больных хроническим простатитом в последние годы успешно применяют пептидный биорегулятор простатилен. Подобно другим цитомедикам, при внутримышечном и местном назначении простатилен активизирует главные системы гомеостаза в органе [5, с. 91].

При простатитах с вторичной андрогенной недостаточностью рекомендуют растительные препараты верону, трибестан либо небольшие дозы анаболических и кортикостероидных гормонов [7, с. 32].

При упорном течении воспалительного процесса в предстательной железе, частых рецидивах заболевания антибиотикотерапию назначают вместе с нестероидными противовоспалительными препаратами (диклофенак, целебрекс) [3, с. 109].

Для освобождения ацинусов предстательной железы от измененного секрета больным предлагают местный пальцевой лечебный массаж простаты с троксевазиновым гелем, курс которого состоит из 10-15 сеансов через день либо 2 раза в неделю. Наличие конкрементов в железе является противопоказанием.

Среди факторов, способствующих развитию и поддержанию заболевания, важное место занимает нарушение режима половой жизни (продление полового акта, промискуитет, сексуальные фрустрации дизритмия и пр.). Регуляция половых контактов способствует общему хорошему самочувствию жизнерадостности и высокой работоспособности пациентов.

Наличие психоэмоциональных сдвигов является показанием к проведению психокоррекции, назначению препаратов с микроэлементами (нейровитан), растительного происхождения (хомвио-нервин), дневных транквилизаторов (афобазол) [2, с. 30].

Качественному и полноценному лечению больных различными формами простатитов и сопутствующих расстройств способствует использование широкого арсенала физиотерапевтических процедур (грязелечение, диатермия, индуктотерапия, ультразвук, электро- и фонофорез лекарственных средств, дарсонвализация и др.).

Для лечения конгестивного простатита и снижения потенции эффективным является применение зональной декомпрессии органов малого таза. В основе терапевтического эффекта лежат нормализация гемодинамических показателей, насыщение кислородом и медикаментозным действующим началом пораженных тканей [1, с. 21].

На I Болгаро-украинском конгрессе андрологов (2002) были доложены результаты многолетних исследования ИНВХ АМН Украины и НИИ дерматовенерологии АМН Украины, касающиеся применения низкоэнергетических лазеров (гелий-неонового, инфракрасного). Сравнительный анализ использования различных физиотерапевтических методов убедительно показал выраженное противовоспалительное, обезболивающее, иммунокорректирующее, репаративное действие монохроматичного низкоэнергетического лазерного облучения [10, с. 10]. Авторы предлагают разработанные контактные методы воздействия на предстательную железу с помощью трансуретральных и ректальных насадок, которые в отличие от дистанционной методики, значительно повышают лечебный противовоспалительный эффект. Также оригинальны схемы лазеро-рефлексотерапии при простатитах и сексуальных расстройствах.

Среди других реабилитационных мероприятий особое оздоровительное значение имеют санаторно-курортные условия и природные преобразовательные факторы: минеральные воды, бальнеолечение, грязелечение, психоэмоциональные разгрузки, диетический режим и пр., сочетание которых в известной мере способствует не только закреплению полученных терапевтических результатов, но и общему оздоровлению организма.

Для исключения экзогенного реинфицирования больных инфекционным простатитом необходимо обязательное обследование и санация половых партнеров [8, с. 119].

Диспансерное наблюдение подобных пациентов позволяет определить наиболее эффективный комплекс терапевтических мероприятий при лечении различных форм простатитов, а также своевременно назначить противорецидивные меры и коррекцию возможных сопутствующих нарушений.

Литература

1. Бабюк И.А. Зональная декомпрессия в комплексной терапии больных простатитом и эректильной дисфункцией //Репродуктивное здоровье семьи: проблемы и пути их решения.- К., 1997.
2. Бабюк И.А., Шамраев С.Н., Цветкова П.Д. и др. Натуропатические походы в коррекции сомато-психических расстройств при заболеваниях предстательной железы //Міжнар. психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал.- 2008.- Т. 2.-№2.
3. Бабюк И.А., Шамраев С.Н., Цветкова П.Д. и др. Синдромальное лечение хронического простатита и начальных стадий гиперплазии предстательной железы // Журн. дематовенерологии и косметології ім. М.О.Горсуева.- 2008.- №1-2.
4. Мазурова В.Г., Лиля А.М, Стерник Ю.И., Системная энзимотерапия.- М, 1996.
5. Руководство по андрологии / под ред. О. Л. Тиктинского.- Л.: Медицина, 1990.- 416с.
6. Сексология и андрология / Под ред. А.Ф. Возиянова и И.И. Горпинченко.- К.: Абрис, 1997.- 880с.
7. Ткачук В.Н., Горбачев А.Г., Агулянский Л.И., Хронический простатит.- Л.: Медицина, 1989.- 208с.
8. Цветков Д, Кацаров М., Цветкова П. Възпалителни заболявания на простатната жлеза и инфертилитет.- София: НФ «Андрология», 2006.- 136с.
9. Цветкова П., Илиева И., Клиничен интегритет при възпалителни заболявания на простатната жлеза // Urologiia.- 2001.- Т.7.- №3.
10. Babiuk I., Mavrov G. He-Ne lazerotherapy of men with chronic prostatitis //Сб. Резюмета 1 Българо-украински конгресс по андрология: Видин, България, 2002.
11. Baert L., Leonard A. Chronic bacterial prostatitis: 10 years of experience with local antibiotics //J. Urol.-1998.- Vol.140. - №4.

УДК 616.69-008.1:613.88

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ХОМВИО-ТЕНЗИНА НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У МУЖЧИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бабюк И.А., Фирсова Г.М., Побережная Н.В., Ракитянская Е.А.

Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького

Кафедра психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО

Аннотация. Приведены результаты исследования эффективности препарата Хомвио-тензин у мужчин, больных гипертонической болезнью I-II стадии, выявлено отсутствие побочных эффектов на половую функцию, улучшение качества жизни.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, эректильная функция, хомвио-тензин.

ELEVATION OF INFLUENCE OF HOMVIO-TENSIN ON MEN'S ERECTILE FUNCTION NATUROPATHIC TREATMENT OF CHRONIC HYPERTONIC DISEASE

Babiuk I.A., Firsova G.M., Poberejnaya N.V., Rakityanskaya E.A.

M. Gorkiy National Medical University, Donetsk

Department of Psychiatry, Psychotherapy, Medical Psychology and Narcology FIPE

Summary. The results of an investigation into efficiency of antihypertensive drug Homvio-tenzin use for men demonstrate its sufficient antihypertensive effect at men with 1-2 stage of morbus hypertonicus, absence of side effects on sexual function and improvement of quality of life of these patients.

Keywords: hypertonic disease, erectile function, Homvio-tenzin.

Актуальность. Артериальная гипертония (АГ) в настоящее время регистрируется всё чаще [2, с. 53]. Особенно подобная тенденция наблюдается в развитых странах; на это влияют различные неблагоприятные факторы:

- динамичный образ жизни современного человека;
- появление избыточной массы тела;
- психоэмоциональное перенапряжение;
- широкое распространение курения, злоупотребления алкоголем;
- приверженность к соленой пище.

Так, в Украине зарегистрировано около 8,5 млн. больных с АГ, что составляет около 21% взрослого населения страны [3, с. 280].

К тому же, если ранее АГ считалась заболеванием преимущественно пожилого возраста, то сейчас у молодых людей выявляются различные ее формы, причём в молодом возрасте более всего подверженными развитию АГ являются мужчины [5, с. 53]. Поэтому очень важным является вопрос длительной медикаментозной терапии таких пациентов [4, с. 57]. Как препараты первого ряда, эксперты ВОЗ рекомендуют использовать:

- диуретики;
- в-адреноблокаторы;
- антагонисты кальция;
- б-адреноблокаторы;
- ингибиторы АПФ;
- антагонисты рецепторов ангиотензина II;
- комбинированные лекарственные средства. [6, с.576].

Эректильная дисфункция – это неспособность возникновения и/или поддержания эрекции полового члена, адекватной для выполнения полового акта [1, с. 9]. В ходе Массачусетского исследования по изучению вопросов старения мужчины (MMAS, 1994) было установлено, что частота эректильной дисфункции (ЭД) среди мужчин-гипертоников, получающих лекарственную терапию, составляет более 15% [8, с. 822].

Среди гипотензивных средств наиболее достоверно ЭД вызывают диуретики (Chang S.W., 1991) и адrenoблокаторы (Smith E., 1996) [7, с. 8].

Цель работы – клиническое исследование эффективности и безопасности гомеопатического препарата Хомвио-тензин в лечении гипертонической болезни (ГБ) I-II стадий. Параллельно оценивалась влияние препарата на сексуальную функцию пациентов согласно стандартному опроснику оценки международного индекса.

Материалы и методы исследования. Препарат Хомвио-тензин производства «Хомвиора» (Др. Хагедорн Гмбх и Ко, Германия), который содержит:

- алкалоид резерпин (0,032 мг);
- экстракт раувольфии (0,032 мг);
- экстракт омелы белой (0,32 мг);
- боярышник.

Антигипертензивный эффект препарата обусловлен воздействием на кардиоваскулярный центр продолговатого мозга (омела белая); снижением общего периферического сосудистого сопротивления (раувольфия); снижением концентрации катехоламинов в ЦНС. Боярышник вызывает спазмолитический эффект и расширяет сосуды, уменьшает венозное давление и улучшает эластичность сосудистой стенки. Кроме того, для омелы белой и боярышника характерен небольшой гипотензивный эффект. Все растительные компоненты препарата – антиоксиданты. Мягкий седативный эффект Хомвио-тензина снижает чувство страха, депрессии, эмоционального напряжения за счёт непосредственного действия на ЦНС.

В исследовании приняли участие 20 пациентов в возрасте от 41 до 52 лет мужского пола, из них:

- 8 пациентов страдали АГ I стадии; антигипертензивной терапии не получали;
- 12 пациентов страдали АГ II стадии; из них 3 получали и АПФ (эналаприл в дозе 5 мг 2 раза в сутки).

Все пациенты были без каких-либо психических и органических нарушений половой функции.

Регистрировались демографические данные (возраст, масса тела). Артериальное давление (АД) измеряли стандартным методом. После трёх последовательных измерений АД определяли среднее давление на основании результатов, полученных при втором и третьем измерениях. Кроме того, на каждом визите производилась оценка АД с помощью международного опросника эректильной функции SSEF5 (по R.C.Rosen et al, 1997) и критериев качества копулятивного цикла [1, с. 8]. Критериями возможного исключения из исследования были:

- возникновение серьёзных побочных эффектов от приема препарата;
- отказ пациента от дальнейшего исследования.

Пациентов информировали, что целью исследования является определение эффективности Хомвио-тензина, как гипотензивного препарата, и его влияния на эректильную функцию. Препарат назначался в зависимости от исходного АД:

- при АД в пределах 145/85 - 159/89 мм рт. ст. Хомвио-тензин следовало принимать по 1 табл. утром и вечером;
- при АД в пределах 160/90 - 179/99 мм рт. ст. – 2 табл. утром и одна – вечером.

Пациенты, получавшие до исследования и АПФ, за первую неделю уменьшили его дозу вдвое и принимали его вместе с Хомвио-тензином, затем принимали только Хомвио-тензин. Срок лечения составил 4 недели с рекомендацией последующего приема препарата по 1 табл. 1-2 раза ежедневно в качестве поддерживающей дозы.

Результаты и обсуждение. За время проводимого исследования отмечалась хорошая переносимость Хомвио-тензина. Побочных эффектов на фоне лечения зарегистрировано не было. Субъективные жалобы на какие-либо нарушения со стороны органов и систем

отсутствовали. Кроме того, по результатам анализа опросников эректильной функции было выявлено положительное действие препарата на мужскую половую сферу в сравнении с предыдущим лечением гипертонии другими препаратами. На 21 день приема у 15 пациентов АД достигло целевых значений. Динамика АД при лечении Хомвио-тензином представлена в таблице.

Таблица.

Среднее АД в исследуемых группах пациентов до и после курса приема препарата Хомвио-тензин.

Стадия	Количество пациентов	Артериальное давление (мм. рт. ст)	
		До лечения	После курса лечения
1	8	150,7 ±2,9 / 88,7±2,9	134,0±4,2 / 9,7±2,7
2	12	165,6 ±4,3 / 88,3±5,6	131,8±5,2 / 83,2±2,9

Пациенты указывали на удовлетворительную эрекцию при половых контактах 1-2 раза в неделю, выраженное либидо и оргазм. При этом на фоне лечения «Хомвиотензом» отмечалась адекватная эрекция полового члена, в 7 случаях – утренние непродолжительные эрекции. Таким образом, приём препарата «Хомвио-тензин» существенно не влиял на показатели половой жизни у мужчин, что позволяет сделать вывод о нем, как о гипотензивном препарате выбора, не оказывающем негативного влияния на эректильную функцию в сравнении с другими синтетическими лекарственными средствами. Согласно еженедельному исследованию по опроснику оценки международного индекса ЭД, эректильная функция соответствовала показателям нормы, нарушений I, II, III степени при этом не определялось. Кроме того, на фоне приёма препарата «Хомвио-тензин» была отмечена тенденция смещения качества половой жизни в сторону позитивных показателей.

На основании проведенного исследования можно сделать предварительные **выводы**.

1. Препарат Хомвио-тензин показал хорошую переносимость у пациентов с АГ I-II стадии – за всё время исследования не выявлено побочных эффектов ни субъективных, ни объективных.

2. У пациентов с АГ III стадии препарат удачно сочетается с другими гипотензивными средствами.

3. В отличие от других гипотензивных препаратов, Хомвио-тензин существенно не влияет на качество половой жизни и состояние эректильной функции у мужчин.

4. Натуральный растительный препарат рекомендован для применения у пациентов с непереносимостью синтетических гипотензивных средств.

5. Препарат Хомвио-тензин может быть рекомендован в качестве моно- и комбинированной терапии для более широкого амбулаторного и стационарного использования при лечении больных с ГБ I, II и III стадии (в комбинации с другими гипотензивными средствами).

Литература

1. Бабюк И.А., Федотов В.П., Цветков Д., Родионов В.Г. Диагностика и лечение нарушений эрекции.- Донецк, 2003.- 40с.
2. Бритов А.Н., Быстрова М.М. Новые рекомендации ОНК по предупреждению, диагностике и лечению АГ (США): от JNC VI до JNC VII // Кардиология.- 2003.
3. Ватугин Н.Т., Бабюк И.А., Звягина Т.В. и др. Клинический опыт применения комбинированного препарата «Lozar-H» при АГ у мужчин и его влияния на эректильную функцию // Дерматология. Косметология. Сексопатология.- 2004.- № 3-4 (7).
4. Карпов Ю.А. Блокаторы ангиотензивных рецепторов: применение при АГ // Рус. Мед. журнал.- 2000.- № 13-14.

5. Нетяженко В.З., Варна О.Н. АГ: современные подходы к дифференцированному лечению // Doctor.- 2003.- № 3.
6. Collister J.P., Hendel M.D. Role of the Subforminal organ in the chronic Hipotensive response to losartan in normal rats // Hypertension.- 2003.-Vol.3, №41.
7. Grimm R.H., Grandits G.A., Prineas R.J. et al. Longterm effect on sexual function of 5 antihypertensive men and women. TOMHS //Hypertension.- 1997.- No 29.
8. Rosen R.S. et al. International interrogatory erectile function 5 // Urology.- 1997.-No 49.

УДК 616.89-008.19: 616-001.17

К ВОПРОСУ О КОРРЕКЦИИ СОМАТО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ТРАВМАТИЗАЦИИ И ОЖГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Бабюк И.А., *Фисталь Э.Я., Фирсова Г.М., Титиевский С.В.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

Аннотация. При специфическом для человека тяжёлом (психосоматогенном) стрессе, каковым является политравма и её сопутствующие проявления, в ответ на действие стрессора образуется состояние психоэмоционального напряжения, клиническим компонентом которого является тревожность, нарушение психоэмоциональной стабильности. Подобные больные с психическими нарушениями требуют комплексного лечения, которое также включает использование психотропных препаратов, психотерапию. Это повышает адаптационные возможности организма больного, что позитивно влияет на результаты реабилитации.

Ключевые слова: техногенные аварии, политравма, ожоги, психические расстройства, коррекция.

CORRECTION OF THE SOMATOPSYCHIC DISORDERS IN PATIENTS WITH TECHNOGENIC TRAUMATIZING AND BURN TRAUMA

Babiuk I.A., *Fistal E.Ya., Firsova G.M., Titiyevskiy S.V.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Psychiatry, Psychotherapy, Medical Psychology and Narcology FIPE
Institute of urgent and reconstruction surgery of V.K. Gusaka

Summary. The aim of was to study the mental disturbances in the time of burn trauma of different degree and elaboration of complex rehabilitation system of such patients. The authors had noticed that diagnostics and correction of the mental disturbances in time stimulate adaptation resources and promote to rapid recovery.

Keywords: technogenic accidents, burn trauma.

Актуальность. Ожоговый травматизм является социальной и медицинской проблемой современности. По данным ВОЗ, ожоги занимают третье, а в некоторых странах даже второе по частоте место среди прочих травм в мирное время. Рост частоты ожогов и летальности среди обожжённых отмечается во многих государствах, в том числе и экономически высоко развитых [5]. Так, в США ежегодно получают ожоги, требующие госпитализации, более 2 миллионов человек. Во всём мире ежегодно умирают от ожогов 60 тысяч человек [8]. В наибольшей мере это ощущается в промышленных регионах и проявляется ростом соматической и психической инвалидизации пострадавших. Согласно данным В.К. Гусака [2], в Донецкой области, составляющей 10% населения Украины, происходит более половины всех производственных травм и катастроф по стране. Поэтому изучение проблемы психических расстройств, вызванных воздействием негативных факторов при техногенных авариях, выдвигается в ряд первостепенных вопросов современной психиатрии.

Степень выраженности адаптационных механизмов организма зависит не только от тяжести термического поражения. В условиях постоянно действующих психогенных факторов, таких, как неблагоприятная экологическая ситуация, материально-бытовая

неустроенность, психоэмоциональное напряжение на производстве и в быту, отсутствие полноценного питания, производственные вредности и т.д., – всё это ведёт к тому, что системный срыв адаптации практически неизбежен. В научной литературе встречаются единичные работы, посвящённые изучению психоэмоциональных нарушений при ожоговой болезни [9]. Известно, что шоковые психотравмирующие факторы отличаются большей силой и внезапностью возникновения. Как правило, они связаны с угрозой жизни и благополучию и практически неизбежно вызывают те или иные психические нарушения. Наиболее тяжёлые и длительные последствия психотравмы возникают, по нашим данным, у пострадавших при массовых и групповых авариях, особенно закрытых и полузакрытых помещениях (взрывы метана и угольной пыли в шахте, пожары в автобусе, вагоне и др.). Следует отметить, что впоследствии психоэмоциональные расстройства негативно влияют на ход заболевания и травмы, осложняя течение восстановительного периода и нивелируя эффективность терапии.

Целью настоящей работы явилось улучшение психоэмоционального статуса больных с ожоговой травмой различной степени тяжести, находящихся на излечении в ожоговом центре – отделе термических поражений и пластической хирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака г. Донецка.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 54 пациента в возрасте от 23 до 56 лет с различной степенью выраженности и локализацией термических поражений, полученных в результате техногенных аварий. С каждым пациентом проводили предварительное клиническое интервью с целью изучения психиатрического статуса и сбора жалоб, при этом особое внимание уделялось ознакомлению с подлинной медицинской документацией и выявлению преморбидных особенностей личности. Изучение психоэмоционального статуса больных проводилось при помощи следующих методик: ВКБ, субтест из 8 цветов Люшера, тест оценки личностной и ситуативной (реактивной) тревожности Спилбергера-Ханина, DEPS, шкала депрессии Зунге в адаптации Т.И. Балашовой [6, с. 124].

Результаты исследования и их обсуждение. Клинические наблюдения позволили выделить в течении ожоговой болезни три периода, для каждого из которых были характерны как психотические, так и непсихотические расстройства, усложняющие клиническую картину заболевания и его течения, а также создающие дополнительные трудности для содержания больных, ухода за ними и проведения комплекса лечебных мероприятий:

1. Острый период (состоящий из двух этапов: непосредственно шока и острой ожоговой токсемии) – продолжительность периода колеблется от 10 до 14 суток. Для этого периода характерны аффективные и психопатоподобные расстройства, а также отдельные психотические включения. Реакция на шок у больных разнообразна. Она может выражаться в неадекватном поведении, моторном возбуждении, агрессии и аутоагрессии, критике и, наоборот, в состоянии «тихой паники» со ступором, растерянностью, апатией к происходящему. В период токсемии нарастают явления интоксикации, проявляющиеся утратой или нарушением сознания, высокой лихорадкой, сонливостью или возбуждением.

2. Период септикотоксемии – продолжительность периода зависит от сроков существования ожоговых ран и протекает сравнительно долго, до 2-3 месяцев. В этом периоде психопатологические нарушения исчерпываются непсихотическими расстройствами невротического уровня. Они обычно подразделяются на две группы: в одной из них астенические расстройства с вялодинамической депрессией, в другой – с тревожной депрессией. Определяющим «сквозным» синдромом у всех больных при этом является соматогенная астения. Этот синдром характеризуется повышенной раздражительностью, истощаемостью, гиперпатией и гиперестезией. Отмечаются

диссомнические расстройства: трудности засыпания, частые пробуждения, исчезновение чувства сна, реже – истинная бессонница. Кроме этого в период септикотоксемии возникают расстройства, получившие название «ожоговой» или «токсической энцефалопатии». У таких больных отчётливо страдают функции осмысления, внимания, появляется гневливость, в ряде случаев – глубокая апатия. Развиваются очаговые неврологические расстройства: парезы нервов по центральному типу, гипотония, анизорефлексия по гемитипу, а также патологические рефлексии, более отчётливо выраженные на стороне анизорефлексии [1, с. 371].

У обследованных пациентов выявлены депрессивные реакции на сочетание психогенных и ситуативных факторов, связанных с семантической значимостью прогноза, осознанием тяжести состояния, возможным изменением качества жизни. Клиническая картина депрессивных расстройств у изученных больных определялась синдромом тревожной и ипохондрической депрессии. На первом плане стояла гипотимия с тревогой, обострённым самонаблюдением, тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия. Аффективные проявления сочетались в таких случаях с соматовегетативными проявлениями, такими, как общая слабость, плохой сон, нарушение аппетита и т.д., а также алгиями, конверсионными расстройствами. Одной из облигатных составляющих депрессивных расстройств у изученных больных был содержательный комплекс, отражающий пессимистическую оценку тяжести своего состояния (ожоговых ран, потере сексуальной привлекательности, о ставшей невозможной реализации имевшихся ранее планов, возможному изменению качества жизни), тревожные опасения по поводу последствий соматического страдания. Обращает на себя внимание тот факт, что депрессивные расстройства как бы «окрашиваются» анозогнозией.

3. Период реконвалесценции – продолжительность этого периода от момента заживления ран также различна и связана с обратным развитием психопатологических нарушений, присущих ожоговой болезни.

Лечение ожоговой болезни включает широкий круг лечебных и профилактических мероприятий, требующих (особенно в выраженных случаях) участия не только комбустиологов, анестезиологов, невропатологов, но также психиатров и психологов. Спектр назначаемых больным препаратов разными специалистами широк, зачастую противоречив, и, как следствие, требует единой тактики в лечении психических расстройств, связанных с ожоговой травмой. Фармакотерапия предполагает использование широкого спектра психотропных средств – анксиолитиков, антидепрессантов, ноотропов, нейролептиков, а также гомеопатических препаратов и фитотерапии. Главным образом медикаментозная терапия психических расстройств проводится препаратами, выбор которых обусловлен клинической картиной выявленных расстройств, их тяжестью и генезом [3, с. 156].

Наиболее сложным в плане лечения больных с ожоговой травмой является острый период [4, с. 130], течение которого зачастую сопровождается состоянием психомоторного возбуждения (по нашим данным, в 84% случаев). В этом состоянии больные представляют серьёзную опасность как для себя, так и для окружающих, и поэтому нуждаются в неотложных терапевтических мероприятиях. К таким мероприятиям относят быструю транквилизацию, которая предполагает назначение через короткие интервалы варьируемых доз определённых антипсихотических препаратов до подавления состояния беспокойства и агрессивности. Мы наиболее часто использовали комбинацию нейролептика с препаратами бензодиазепинового ряда, в частности бутирофенонов с диазепамом, лоразепамом или клоназепамом. Препараты эти действуют синергически, что позволяет уменьшать дозировки их обоих, в особенности нейролептика. Эффект наступает быстро и часто бывает достаточно одной инъекции.

Во втором и третьем периоде ожоговой болезни (септикотоксемии и реконвалесценции) терапия становится более симптоматичной (то есть коррекции подвержены наиболее выраженные симптомокомплексы), в нашем случае это астено-депрессивный синдром с тревожно-фобическим компонентом.

При лечении тревожных депрессий используем антидепрессанты с преимущественно седативным действием (три- и гетероциклические антидепрессанты), нередко комбинируя их с транквилизаторами бензодиазепинового ряда или «поведенческими нейрорептиками».

Депрессии с вялостью и апатией лучше лечатся при назначении активирующих антидепрессантов (типа флуоксетина) в комбинации с малыми дозами антипсихотических нейрорептиков.

При психогенных депрессиях возможно применение фитоантидепрессанта зверобоя (деприм, гелариум, гиперфорат или аристофорат), при соматизированных – эглонила. При полиморфных депрессивных расстройствах хорошо себя зарекомендовали пиразидол, азафен, лудиомил, при депрессиях с агедонией – мелипрамин или лудиомил в комбинации с глицином и ноотропами; для нормализации сна в этом случае целесообразно применение транквилизаторов-гипнотиков, которые обладают выраженным снотворным эффектом.

В лечении основного синдрома необходимо стремиться к монотерапии, то есть тщательному подбору антидепрессанта с учётом клинической картины, так как медицинская помощь оказывается в учреждении общесоматической сети.

Психотерапевтическая работа также строится с учётом особенностей клинической картины и направлена в первую очередь на коррекцию неадекватной внутренней картины болезни и соответствующих поведенческих девиаций, а также на оптимизацию терапевтического альянса врач-пациент. Выбор конкретной психотерапевтической стратегии диктуется как индивидуально – личностными характеристиками пациента, так и особенностями внутренней картины болезни. Задача врача-психотерапевта – суметь внушить больному чувство контроля над ситуацией и сформировать у него способность справляться с ней. Показаны групповые и индивидуальные занятия по «технике саморегуляции» – то есть аутогенная тренировка, дыхательная и релаксационная лечебная гимнастика, различные техники нейролингвистического программирования [7]. Проводя дифференцированный диагностический скрининг и обучая пострадавших основам психогигиены и навыкам психической саморегуляции, удаётся успешно преодолеть анозогнозию психической дезадаптации.

Выводы. Таким образом, в ходе проводимого исследования нами была выявлена прямо пропорциональная зависимость между уровнем психоэмоциональных нарушений и объёмом термического поражения. При специфическом для человека сложном (психосоматогенном) стрессе, которым является собственно болезнь и сопутствующие ей проявления, в ответ на воздействие стрессора, формируется состояние психоэмоционального напряжения, клиническим компонентом которого являются личностная и ситуативная (реактивная) тревожность, нарушение эмоциональной стабильности. Ожоговые больные с психическими расстройствами нуждаются в комплексном лечении, обязательно включающим физиотерапию, приём психотропных препаратов, психотерапию. Своевременная диагностика и коррекция психоэмоциональных расстройств повышают адаптационные возможности организма, что способствует скорейшему выздоровлению.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие. - Москва: Медицина, 2000. - 496с.
2. Гусак В.К. Особенности ожогов при массовых шахтных авариях // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2000. - Том 1. - №1. - С. 3-6.
3. Депрессии и коморбидные расстройства / Под редакцией А.Б. Смулевича. - М.: Медицина, 1997. - 308с.
4. Краммер Дж., Гейне Б. Применение лекарств в психиатрии. - Амстердам-Киев: Ассоциация психиатров Украины, 1996. - 256с.
5. Повстяной М.С. Опікова служба України на сучасному етапі – проблеми і можливості їх вирішення // Шпитальна хірургія. - 1999. - №4. - С. 8-12.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. - Самара: ИД «БАХРАХ», 1998. - 672с.
7. Табачников С.И., Бабюк И.А., Черкасов В.Г. и др. Профилактика и коррекция посттравматических и социально-стрессовых психических расстройств // Вестник гигиены и эпидемиологии. - 1999. - Т 2. - №2 (приложение). - С. 156.
8. Хунафин С.Н., Дмитриев Д.М., Штабель А.В. и др. Динамика ожогового травматизма в республике Башкортостан за последнее десятилетие // Материалы научной конференции «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии», проводимой в рамках международного форума «Человек и травма». Часть 2. Термическая травма. - Нижний Новгород, 2001. - С. 27-28.
9. Черняк М.Д., Островский Н.В. Психовегетативные особенности у больных с термической травмой // Материалы научной конференции «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии», проводимой в рамках международного форума «Человек и травма». Часть 2. Термическая травма. - Нижний Новгород, 2001. - С. 231-232.

УДК 616.728.2-007.17+615.825.1

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Белкин А.Н., *Крюченко О.А., Ясько Г.В.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра физического воспитания
МОШ №50 г. Макеевки

Аннотация. Данная статья посвящена обзору эффективных методов лечения дисплазии тазобедренного сустава у детей с помощью средств физической реабилитации. Представлены основные аспекты применения физических упражнений, лечебного массажа и физиотерапевтических процедур.

Ключевые слова: дисплазия тазобедренного сустава, физическая реабилитация, физические упражнения, массаж, физиотерапевтические процедуры.

FEATURES OF PHYSICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH CONGENITAL HIP DYSPLASIA

Belkin A. N., *Kryuchenko O. A., Yasko G.V.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Physical Education
Secondary School №50, Makeevka

Summary. This article provides an overview of effective methods of treatment of hip dysplasia in children by means of physical rehabilitation. The main aspects of application of physical exercises, therapeutic massage and physiotherapy.

Keywords: hip dysplasia, physical rehabilitation, exercise, massage, physiotherapy.

Актуальность. Дисплазия тазобедренного сустава – неполноценность развития тазобедренного сочленения костей, наблюдающаяся при нарушениях его строения, в основном – вследствие неправильного расположения головки бедренной кости в вертлужной впадине.

При возникновении дисплазии происходит растягивание капсулы сустава, недоразвитие связочного аппарата, обретение вертлужной впадиной плоской эллипсоидной формы. Головка бедренной кости сохраняет нормальные очертания, но в некоторых случаях может претерпевать патологические изменения [3, с. 87].

Нарушения формирования тазобедренных суставов в настоящее время относятся к числу наиболее распространенных видов врожденной патологии опорно-двигательного аппарата у детей первого года жизни. Частота встречаемости дисплазии и врожденного вывиха бедра составляет около 2% от общего числа. В экологически неблагоприятных регионах заболеваемость у грудничков достигает 12%. Риск нарушения развития тазобедренного сустава выше среди детей, которые родились в ягодичном предлежании. Двустороннее поражение суставов – довольно редкое явление.

Доказано, что успех лечения дисплазии тазобедренного сустава обратно пропорционален возрасту больного ребенка. Раннее начало лечения приносит наиболее эффективные результаты. Если лечение врожденного вывиха бедра применяется в родильном доме, то у 97% детей удается получить отличные и хорошие результаты. Среди детей, начавших лечение после 3 месяцев и до 6 отличные результаты достигаются у 82%. Лечение, начатое во втором полугодии жизни, дает хорошие результаты только у 30% больных.

Продолжительность лечения также зависит от времени его начала. Она составляет 2-3 месяца при начале лечения в первые 3 месяца жизни, 10 месяцев при начале лечения в возрасте 3-6 месяцев, 19 месяцев при начале лечения в возрасте от 6-12 месяцев и более 20 лет при начале лечения в возрасте после 1 года. Таким образом, фактор времени оценивается, как решающий для успешного лечения дисплазии тазобедренного сустава. Прямая связь между временем начала лечения, его продолжительностью и исходом остро ставит вопрос о необходимости более раннего выявления патологии [1, с. 35].

Цель исследования. Рассмотреть наиболее эффективные средства физической реабилитации детей с врожденным вывихом бедра.

Проанализировав источники литературы, можно сделать вывод, что – врожденный вывих бедра серьезная патология, которая, если не проводить лечение, приводит к диспластическому артрозу — тяжелое заболевание тазобедренных суставов у взрослых, за которую дают инвалидность.

Средства реабилитации, используемые при врожденном вывихе бедра: лечение положением, физические упражнения и массаж, дополненные физиотерапевтическими процедурами.

Лечение положением – одно из первых и наиболее доступных средств, используется и осуществляется родителями: широкое пеленание; при ношении ребенка сумка – «кенгуру» (длительное использование нежелательно); в положении лежа на животе ноги ребенка с отведенными и согнутыми стопами должны быть вне матраца, в противном случае усиливается спазм мышц.

В реабилитации детей с врожденным вывихом бедра *лечебная физкультура* (ЛФК) является основным средством формирования здорового сустава и единственным средством поддержанием моторного развития ребенка.

Задачи ЛФК: профилактика и устранение контрактуры приводящих мышц бедра; формирование тазобедренных суставов, восстановление их форм, фиксация суставов в положении максимальной коррекции; укрепление мышц, производящих движение в тазобедренных суставах; развитие в полном объеме активных движений в тазобедренных суставах; коррекция вальгусного положения коленных и голеностопных суставов, возникающих при лечении с использованием шин. Лечебная физкультура должна проводиться регулярно, иначе она будет малоэффективна.

Физические упражнения бывают общеразвивающие и специальные; первые начинают использовать с начала жизни ребенка в качестве рефлекторных упражнений, а по мере его взросления – с учетом его психомоторного развития. Специальные упражнения способствуют улучшению трофических процессов в тазобедренных суставах, мышцах бедер и ягодиц. С учетом возраста ребенка применяются пассивные (до года) и активные упражнения (от 1 до 3 лет) [7, с. 454].

В первое время необходимо применять рефлекторные упражнения – это поглаживания конечностей, выкладывание на живот с разведением ног. Упражнения должны быть пассивные, основанные на безусловных рефлексах. Например, прикосание к стопам ножек с целью вызвать активные движения ногами и движения во всем теле. Широко применяются упражнения, когда при согнутых в коленях и тазобедренных суставах ногах производят внутренние вращения бедер таким образом, чтобы голени согнутых конечностей синхронно поворачивались наружу. Подобные комплексы упражнений проводят несколько раз в день.

С детьми старше 3 месяцев упражнения становятся более энергичными. Инструктор увеличивает их интенсивность в соответствии с локомоторными реакциями. Важно уметь комбинировать разные упражнения, которые в свою очередь изменяются в зависимости от вида ортопедической коррекции. Какой бы вид коррекции не был выбран, он не должен влиять на полный объем правильной физической нагрузки, получаемой ребенком. Продолжительность занятий 3-5 раз в день по 5-10 мин [4, с. 42].

К трехлетнему возрасту в тренировочный комплекс активно включаются общеразвивающие упражнения. Здесь особо важны упражнения, позволяющие вырабатывать навыки ползания, метания. Возможны включения в комплекс упражнений, развивающих навыки ходьбы, переходы в положение стоя. Здесь необходимо руководствоваться эффективностью лечения и рентгенологическими показаниями. ЛГ применяется не реже 3 раз в неделю по 20-25 мин.

На первом году жизни, как правило, физические упражнения сочетается с массажем. *Массаж* – это лечебный метод, сочетающий приемы механического и рефлекторного воздействия на ткани и органы, осуществляемые руками или специальными аппаратами. Массаж укрепляет мышцы, обеспечивает двигательную активность и физическое развитие ребенка.

При врожденном вывихе бедра обычно используют классический массаж с приемами поглаживания, растирания и легкого разминания мышц передней, задней и боковой поверхности бедер, мягким точечным массажем ягодичных мышц и вибрации.

При подборе лечебного комплекса для коррекции патологии специалист ориентируется на индивидуальное состояние малыша. Хорошо себя зарекомендовало применение следующих элементов: 1. положить грудничка на спинку. Погладить все тело. 2. перевернуть на животик. Сделать массаж с помощью поглаживаний, растираний ножек. 3. зафиксировать таз ребенка. Согнутые ножки крохи отводить поочередно в стороны (имитируя ползание). 4. погладить поясницу, спинку, попу, тазобедренную область, поверхность ножек. Сделать массаж этих зон с помощью растираний, поглаживаний, пощипываний, поколачиваний пальчиками. 5. перевернуть ребенка на животик. Очень мягко помассировать переднюю поверхность ног, несколько раз согнуть их в коленях и тазобедренных суставах. 6. поворачивать ноги в суставе, одной рукой его фиксируя, а другой – держа малыша за колено. Размять, растереть эту зону. 7. сделать нижними конечностями «велосипед». 8. подушечками пальцев выполнить массаж с помощью надавливающих точечных движений на тазобедренный сустав ребенка. Потрясти ножку, слегка отведя ее назад. 9. сделать упражнения для стоп на мяче: положить малыша животиком на него и, придерживая, слегка откатывать назад, чтобы ребенок периодически упирался ножками в

твердую поверхность. 10. массаж закончить поглаживаниями грудной клетки, а потом всего тела [2, с. 168].

Помимо вышеперечисленных методов дисплазия тазобедренных суставов у детей лечится с помощью *физиотерапевтических процедур*. Данный метод, конечно, является лишь дополнением к назначенному лечебному комплексу. Тем не менее, физиотерапия суставов при дисплазии весьма эффективна (табл.).

Таблица.

Физиотерапия при дисплазии тазобедренного сустава [5, с. 128].

Процедура	Описание	Применение
Электрофорез: с кальцием и фосфором; с йодом.	Лекарственное вещество вводится непосредственно через кожу в сустав при помощи слабого постоянного электрического тока. Кальций и фосфор способствуют укреплению, правильному формированию сустава.	процедура заключается в наложении на области сустава двух электродов, смоченных раствором лекарственных веществ; электрофорез можно проводить в условиях стационара, амбулаторно (в поликлинике) или на дому; Курс обычно включает 10 – 15 процедур.
Аппликации с озокеритом	Озокерит – это смесь парафинов, смол, сероводорода, углекислого газа, минеральных масел. В подогретом виде (примерно 50°C) обладает свойством улучшать кровообращение и питание тканей, ускорять восстановление.	При дисплазии тазобедренного сустава применяют озокерит, подогретый до 40-45°C. Делают аппликации: наносят на кожу кусок материи, пропитанной озокеритом, затем укрывают целлофаном и слоем ваты или чем-нибудь теплым.
Пресные теплые ванны	Теплая вода действует практически так же, как озокерит: она улучшает кровообращение, питание тканей и ускоряет восстановительные процессы.	Ребенок принимает теплые ванны по 8-10 минут при температуре 37°C.
УФО-терапия	Ультрафиолетовые лучи проникают в кожу на глубину 1 мм, стимулируя защитные силы, регенеративные процессы, улучшая кровообращение.	УФО-терапия проводится по схеме, которая подбирается индивидуально для каждого ребенка, в зависимости от возраста, общего состояния, сопутствующих заболеваний и других факторов.

Для решения поставленных задач в работе были использованы следующие **методы исследования**: анализ литературных источников; методы математической статистики.

При обработке результатов исследований использовались стандартные методы математической статистики и теории вероятностей. Предполагалось, что обрабатываемые данные имеют нормальное распределение. Статистические данные являются основой терапии, и отсюда исходят целевые указания. Они должны обобщить все действия, происходящие в течение дня, такие практические вещи, как сидение, продвижение вперед, одевание и раздевание. При этом инструкции всегда направлены на формирование новых функций или способностей.

Для проверки гипотез использовались следующие критерии: критерий Стьюдента для анализа достоверности различий в несвязанных и связанных выборках; для определения

физических возможностей детей-инвалидов ДЦП применялась статистическая обработка – критерий Вилкоксона.

Результаты и обсуждение. Дисплазия тазобедренного сустава в настоящее время является одним из наиболее встречаемых заболеваний среди новорожденных. Это заболевание не следует рассматривать исходя из одной причины, а как сочетание нескольких неблагоприятных факторов как перинатальном, так и в постнатальном периоде формирования тазобедренного сустава, приводящее к развитию патологии. Клинические симптомы у новорожденных часто бывают маловыраженными, и не всегда удается их определить.

Лечение дисплазии тазобедренного сустава должно быть ранним, систематическим, дифференцированным и комплексным. Необходимо соблюдать все правила лечения и профилактики, чтобы в последующем добиться желаемых результатов, также необходимо знать, что если лечение будет несвоевременным, то ребенок может стать инвалидом.

В данной работе были изучены средства физической реабилитации для лечения детей с дисплазией тазобедренного сустава. К ним относятся: массаж, ЛФК и физиотерапия. Данные процедуры оказывают общеукрепляющие и тонизирующие действие; улучшают обмен веществ, функцию мышц тазобедренного сустава и увеличивают подвижность в нем; влияют на функциональное состояние коры головного мозга, снижая или повышая общую возбудимость (в зависимости от техники массажа), усиливая ослабленные и оживляя утраченные рефлексы, усиливает рефлекторные связи коры головного мозга с мышцами, сосудами и внутренними органами; повышают эластичность мышечных волокон, их сократительную способность, тонус, силу, уменьшая явления гипотрофии; укрепляет сумочно-связочный аппарат суставов, увеличивая их подвижность. Лечебный массаж наряду с гимнастикой позволяют добиться стабилизации тазобедренного сустава, вправления вывиха, укрепления мышц, восстановления полного объема движений в суставе, гармонического физического развития малыша [6].

Выводы. Важно знать, что диагноз «дисплазия тазобедренного сустава» у ребенка – это не приговор, но и нельзя пускать данную проблему на самотек. Профилактические осмотры не должны пропускаться, поскольку, чем раньше будет диагностировано заболевание, тем успешнее будет лечение. Если лечение не начато в течение первого полугодия, дальнейшее лечение может растянуться на 4-6 лет, или до тех пор, пока не прекратится период роста. В некоторых случаях даже оперативное вмешательство не дает результата. Если дисплазия тазобедренного сустава диагностирована поздно, когда ребенок уже начал ходить, то рассчитывать на полное выздоровление вряд ли придется. Поэтому родителям следует заранее знать обо всех характерных симптомах дисплазии, чтобы при малейшем подозрении на болезнь необходимо незамедлительно обратиться к ортопеду.

Самый надежный способ избежать серьезных проблем и операций на тазобедренном суставе – своевременное выявление врожденной патологии и раннее начало безболезненного консервативного лечения. Возможность полного выздоровления ребенка напрямую связана со сроками выявления аномалии развития суставов. Своевременный осмотр детского ортопеда и УЗИ (при малейшем подозрении на патологию суставов) помогут подтвердить или исключить дисплазию. Не следует родителям бояться применения ортопедических средств для лечения: во-первых, они совершенно безболезненны, не доставляют страдания малышу и, во-вторых, ребенок легко к ним привыкает. Зато они могут помочь избавиться от болезни уже к году, и дитя будет свободно ходить.

Самое главное – не прерывать лечения. Иногда случается, что родители снимают шины, другие фиксирующие устройства, не проконсультировавшись с ортопедом. Ни в коем случае не следует этого делать, поскольку недолеченный врожденный вывих бедра

может привести к развитию диспластического коксартроза. Это тяжелое инвалидизирующее заболевание тазобедренных суставов, проявляющееся болями, нарушением походки, снижением объема движений в суставе. Лечение такого состояния может быть только оперативным.

Литература

1. Абакаров А.А. Обоснование шадящих методов лечения в системе медицинской реабилитации детей с врожденным вывихом бедра: автореф. дис. докт. мед. наук / А.А. Абакаров.- Куйбышев, 2007.- 35с.
2. Арбашина Н.А. Лечебный массаж для детей с нарушениями развития: практическое пособие / Н.А. Арбашина.- М.: Флинта, 2004.- 422с.
3. Косова И.А. Клинико-рентгенологические изменения крупных суставов при дисплазиях скелета: учеб. пособие / Косова И.А.- М., 2006.- 354с.
4. Кралина, С.Э. Лечение врожденного вывиха бедра у детей от 6 месяцев до 3 лет: автореф. дис. ... докт. мед. наук / С.Э. Кралина.- М., 2008.- 18с.
5. Мартынихин В.С. ЛФК и другие методы немедикоментозного воздействия при заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей и подростков: уч. пособ. / В.С. Мартынихин.- СПб.: Академия, 2008.- 128с.
6. Тер-Егизаров-Шептун Г.М. Принципы лечения детей с врожденным вывихом бедра / Г.М. Тер-Егизаров-Шептун // Ортопедия и травматология.- 2007.- №4.- С. 70-71.
7. Физическая реабилитация: учебник для студентов ВУЗов, обучающихся по Государственному образовательному стандарту 022500 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья» (Адаптивная физическая культура) / под общ. ред. проф. С.Н. Попова. 3-е изд.- Р.н/Д: Феникс, 2005.- 608с.

УДК 616.89-008.441.1-051:355.01 (1-212) (477.62)

ТРЕВОЖНАЯ РЕАКЦИЯ НА ВОЕННЫЕ СОБЫТИЯ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРОЛЕТАРСКОМ И БУДЕННОВСКОМ РАЙОНЕ г. ДОНЕЦКА

Гашкова Л.А., Лик-ван-джи Н.Е., Фирсова Г.М., Штутин И.А.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО*

Аннотация. Экспресс-диагностика проводилась по шкале Спилбергера-Ханина с целью определения уровня ситуативной тревожности в 3-х группах населения Пролетарского и Буденовского районов. В результате исследования выявлено, что в период военных действий ситуативная тревожность пролонгирована во времени, остается высокой с момента начала боевых действий и сохраняется на высоких цифрах на этапе выхода в так называемый «период затишья». Наиболее снизилась тревожность в группе, где обследуемые перенесли только психологическое воздействие военных действий: без ранений, утраты близких, потери имущества, нарушения социального функционирования. Исследование в данной области важно для разработки эффективных моделей реабилитации.

Ключевые слова: военный конфликт, психическое реагирование, тревожность, эмоции.

A DISTURBING REACTION TO WAR EVENTS BY PROLETARIAN AND BUDENNOVSKY DISTRICT OF DONETSK RESIDENTS

Gashkova L.A., Lik-wan-gy N.E., Firsova G.M., Shtutin I.A.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Psychiatry, Psychotherapy, Medical Psychology and Narcology FIPE*

Summary. Express diagnostics was performed according to the scale Spielberger-Hanin to determine the level of situational anxiety in three groups of the civilian population of Proletarskiy and Budenovskiy districts. The study showed that during the period of hostilities situational anxiety remains on a high level for prolonged time since the start of hostilities and persisted in high numbers at the stage of so-called "period of calm". The greatest reduction of the level of severity of situational anxiety had persons of the third group with only the psychological impact of military action, with no injuries, loss of loved ones, loss of property, impaired social functioning. A study of the mental sphere of the population of Donbass needs to continue to develop effective models of rehabilitation.

Keywords: military conflict, psychological responses, anxiety, emotions.

Актуальность. Реакция человека на любую психотравмирующую ситуацию касается границ между «нормальными» и «патологическими» проявлениями психической деятельности, то есть, физиологическим и патологическим видами стресса [1, с. 58]. При попадании в зону военных действий, когда есть реальная угроза жизни и здоровью, у человека формируется оценка ситуации как угрожающей и оценивается возможность противостоять ей [2, с. 41].

С момента начала военных действий в Донецкой области изменилось психическое здоровье населения, проживающего как в районах, приближенных к передовым позициям, так и в районах, отдаленных от ведения активных боевых действий.

Военный конфликт на Донбассе актуализировал рост психических нарушений у населения, в первую очередь тревожной направленности.

Тревожность как состояние, связанное с конкретной ситуацией-ситуативная тревожность – состояние субъекта в данный момент времени, которая характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью в данной конкретной обстановке [2, с. 125; 3, с. 5].

Анализ литературных данных показал, что объектом изучения тревожной реакции в военное и послевоенное время чаще выступают лица, непосредственно принимавшие участие в боевых действиях – военные [1, с. 30, 60, 68; 4, с. 13].

Тревожные ситуации не только нарушают социальное функционирование, но и являются следствием определенной социальной уязвимости, почти не воспринимаемой до тех пор, пока они не произойдут. Кроме того, они обнажают ранее существующие недостатки [2, с. 127; 5, с. 191].

Поэтому исследование уровня тревожности на психотравмирующую ситуацию – военные действия, у гражданского населения представляется нам весьма актуальным.

Целью исследования являлся анализ психического реагирования гражданского населения, проживающего в так называемой «зеленой» зоне Пролетарского и Буденовского районов, где регистрировались единичные боевые эпизоды, активность которых приходилась на июль 2014 года - февраль 2015 года. С марта 2015 года эти районы считаются относительно безопасными.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в два этапа, условно разделенные на два периода: первый – активные боевые действия (июль 2014 - февраль 2015 гг.) и второй – период «мнимого затишья» (с марта 2015г. по настоящее время). Выборка охватила 128 человек в каждом периоде, которые были распределены на 3 группы:

- 1) лица, непосредственно пострадали от боевых действий (психически, физически, социально) – 18 человек (14,1%) в первой выборке и 16 человек (12,5%) во второй;
- 2) лица, потерявшие близких и родных – 35 (27,3%) и 40 человек (31,2%) соответственно;
- 3) лица, получившие психологическую травму – 75 (58,6%) и 72 человека (56,3%) соответственно.

Для изучения психического реагирования на события, которые происходили, мы использовали известную методику оценки ситуативной тревожности (СТ) Спилбергера-Ханина.

Результаты и обсуждение. В структуре обследуемого населения, этих районов наибольший удельный вес занимает третья группа: лица, получившие психологическую травму. На их долю приходится 58,6% и 56,3% от числа обследуемых.

Анализ уровня психического реагирования населения на события показал, что ситуативная тревожность в период активных боевых действий была высокой у всех обследуемых (рис. 1). Наибольшие показатели наблюдались в первой группе – $69,7 \pm 3,1$, где люди непосредственно пострадали от военных действий – получили огнестрельные

ранения сами или такое произошло с другими лицами на их глазах и другие подобные события. Во второй группе этот показатель составил – $59,9 \pm 2,8$. Более низкий показатель в этой группе в сравнении с первой свидетельствует, скорее всего, не о «большей стойкости» этой группы граждан, а о начавшемся процессе более глубоких психических изменений, а именно – посттравматическом стрессовом расстройстве с формированием депрессивных радикалов. В третьей группе показатель уровня СТ был равен $53,2 \pm 2,7$, что также является высоким значением, однако такие данные ожидаемы и прогностически наиболее благоприятны.

Оценка уровня ситуативной тревожности в период «мнимого покоя» выявила тенденцию к сохранению высоких показателей у всех, кто принимал участие в данном обследовании. Однако в первой и второй группах выраженность тревожного реагирования на любые события у населения незначительно уменьшилась: в первой – $67,7 \pm 2,9$, во второй – $56,8 \pm 3,0$. Наибольшей редукции, как и ожидалось, подверглась выраженность тревоги на ситуацию у граждан из третьей группы ($45,6 \pm 2,8$), где обследуемые перенесли только психологическое воздействие военных действий, без ранений, утраты близких, потери имущества, нарушения социального функционирования (рис. 1).

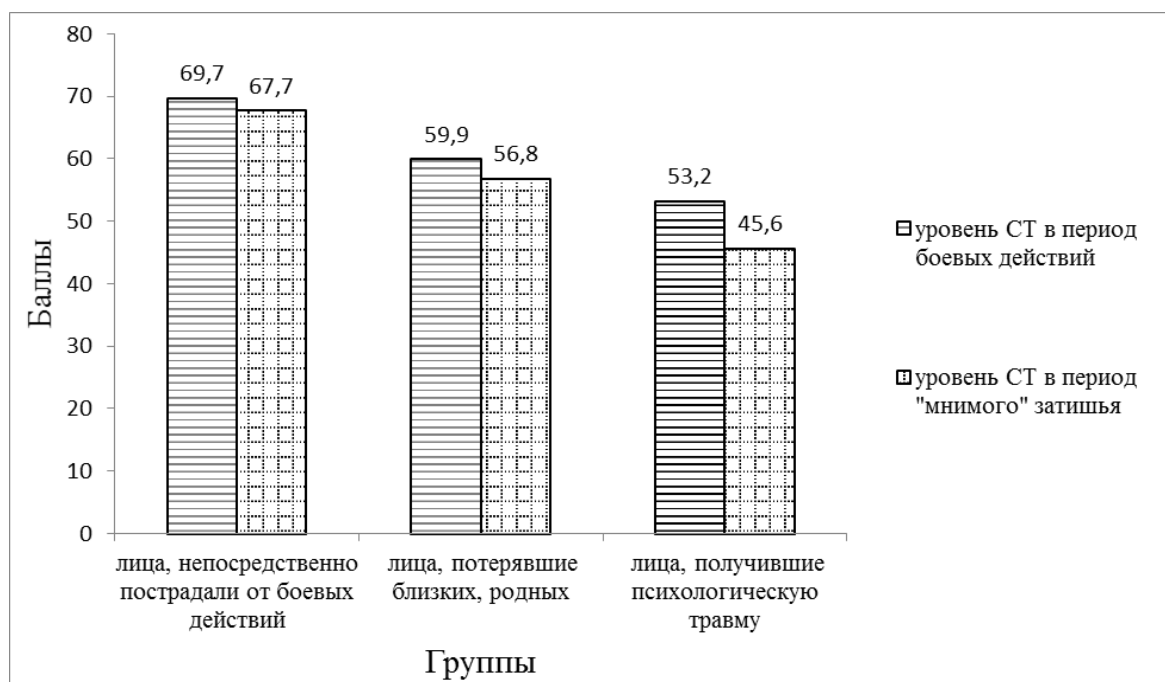


Рис. 1. Уровень ситуативной тревожности (СТ) в период активных боевых действий и в период «мнимого» затишья у населения Пролетарского и Буденовского районов г. Донецка в группах по шкале Спилбергера-Ханина (в баллах).

Выводы. Наиболее высокий уровень ситуативной тревожности ассоциируется с восприятием интенсивной угрозы жизни, низкой контролируемостью ситуации, непредсказуемостью, неопределенностью, тяжелой утратой, возможностью повторения психотравмирующей ситуации, а также информационной блокадой. Психические реакции на психотравмирующую ситуацию имеет прогнозируемую структуру и течение во времени. В мирное время ситуативная тревожность возникает в ответ на стрессовые воздействия и, как правило, такая тревога обычно кратковременна и заканчивается с началом ожидаемого события или при его завершении. В период военных действий ситуативная тревожность пролонгирована во времени.

Исследование показало, что ситуативная тревожность остается высокой с момента начала боевых действий и сохраняется на высоких цифрах на этапе выхода из времени активных боевых действий, в так называемый «период затишья». Последствия военной травмы сохраняются очень долго, возобновляясь из-за новых переживаний, которые напоминают человеку о прошлой травмирующей ситуации. Даже обычные жизненные события могут вызывать тревогу и напоминать о разрушенном доме или гибели родственников, близких людей. Мы считаем, что исследование по изучению психической сферы населения Донбасса необходимо продолжать для разработки эффективных моделей реабилитации.

Литература

1. Симоненко В.Б., Магаева С.В., Фисун А.Я. Психосоматический фактор в исходах экстремальных ситуаций 2-е изд. перераб. и доп.- М.: Издательство БИНОМ, 2014.- 180с.
2. Субботина Л.Ю. Психологическая защита и стресс / Л.Ю. Субботина.- Х.: «Гуманитарный центр», 2013.- 300с.
3. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин.- Л.: ЛНИИФК, 1976.- 18с.
4. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов.- М.: Практ. медицина, 2011.- 432с.
5. Розов В.И. Психология экстремальных ситуаций: адаптивность к стрессу и психологическое обеспечение: научно-практическое пособие / В.И. Розов.- К.: КНТ; Саммит-Книга, 2012.- 480с.

УДК 615.15 – 002 – 022.6+615.281

МОНОТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М. Горького
Кафедра акушерства и гинекологии*

Аннотация. Данная статья посвящена обзору эффективности препарата «Вагинорм-С» в монотерапии бактериального вагиноза. Доказано, что высокая клиническая эффективность препарата, короткий курс лечения, удобство применения, отсутствие каких – либо побочных эффектов и системного воздействия позволяют считать этот препарат перспективным в лечении бактериального вагиноза у пациенток репродуктивного возраста.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, репродуктивный возраст, микрофлора влагалища, монотерапия.

MONOTHERAPY BACTERIAL VAGINOSIS IN PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE

Dankyna I.A., Dankyna V.V., Chistyakov A.A.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of obstetrics and gynecology*

Summary. This article reviews the effectiveness of the drug "Vaginorm – C" in the monotherapy of bacterial vaginosis. It is proved that the clinical efficacy of the drug, a short course of treatment, ease of use, the absence of any side effects and systemic exposure suggest this drug promising in the treatment of bacterial vaginosis in female patients of reproductive age.

Keywords: bacterial vaginosis, reproductive age, the vaginal microflora, monotherapy.

Актуальность. Бактериальный вагиноз – это инфекционно-воспалительное заболевание, вследствие дисбаланса микрофлоры влагалища и снижения кислотности среды. Бактериальный вагиноз является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний половых органов у женщин репродуктивного возраста. Суть его – в нарушении микрофлоры влагалища. Распространённость бактериального вагиноза в различных популяциях женщин разных странах составляет от 15 до 80% и более [3, с. 6].

В норме во влагалище у женщины обитает так называемая нормальная микрофлора, которая состоит из лактобактерий (90%), бифидобактерий (чуть меньше 10%) и так

называемых «ключевых клеток влагалища» (менее 1%). К последним относятся гарднерелла, мобилункус, грибы рода кандиды, лептотрикс и некоторые другие бактерии. Нормальная микрофлора находится в постоянном равновесии между собой и с окружающей средой, не допуская изменения соотношения возбудителей, живущих в норме во влагалище. Вся эта картина активно поддерживается иммунной системой вагинальной стенки. Иммунитет не оказывает никакого действия на естественных обитателей влагалища, но ведет себя агрессивно по отношению к любой другой инфекции. При нарушении микрофлоры изменяется равновесие между бактериями – нормальными обитателями влагалища. При этом снижается количество лакто- и бифидобактерий и увеличивается количество какого – то другого возбудителя. Этим другим возбудителем может быть одна условно – патогенных бактерий влагалища (тогда развиваются гарднереллез, кандидоз и т.д.), одна из половых инфекций (трихомониаз, хламидиоз) или любой другой возбудитель инфекции (кишечная палочка, протей, стрептококки, стафилококки и т.д.) [1, с. 117].

Одним из ключевых звеньев патогенеза бактериального вагиноза является повышение рН влагалищной жидкости. Длительное время считалось и считается, что данный показатель определяется метаболической активностью резидентных штаммов лактобактерий. Тем не менее, установлено, что влагалищный эпителий обладает, подобно эпителию почечных канальцев, карбоангидразной активностью. Особенность данного фермента заключается в его способности регулировать концентрацию водородных ионов и осмолярность влагалищной жидкости. Доказано, что биогенные амины, короткоцепочечные жирные кислоты, специфические метаболиты ассоциированных с БВ строгих анаэробных микроорганизмов обладают цитотоксическим действием и нарушают регуляторную активность эпителия влагалища. Возможно по этой причине использование микробных трансплантатов, особенно при длительном течении заболевания, далеко не всегда достигает желаемого результата – восстановления пула нормальной микрофлоры [2, с. 23].

На сегодняшний день общепризнан двухэтапный метод лечения бактериального вагиноза. Его принцип – создание оптимальных физиологических условий влагалищной среды и восстановление микробиоценоза. Первый этап заключается в местном или системном использовании антибактериальных препаратов – производных 5-нитроимидазола или клиндамицина. Примечательно, что к данным средствам чувствительны практически все ассоциированные с баквагинозом микроорганизмы. Второй этап подразумевает использование трансплантации ацидофильных микроорганизмов – представителей нормальной микрофлоры влагалища (бактериальных биологических препаратов). При проведении комплексной этиотропной и патогенетической терапии бактериального вагиноза положительного результата достигают в 90%.

В настоящее время для монотерапии бактериального вагиноза используется препарат «Вагинорм-С». Влагалищные таблетки содержат аскорбиновую кислоту и моногидрат лактозы. Аскорбиновая кислота снижает рН влагалища, ингибирует рост бактерий и способствует восстановлению и поддержанию нормальных показателей рН и флоры влагалища (*Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus gasseri*). Особенность препарата заключается в том, что он способен поддерживать физиологические значения рН влагалищной жидкости (3,8–4,2) в течение 24 ч.

Цель исследования. Изучить эффективность препарата «Вагинорм-С» при его использовании в качестве монотерапии бактериального вагиноза.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 45 пациенток в возрасте от 18 до 39 лет, которым в результате обследования был поставлен диагноз «бактериальный вагиноз». В исследование не включали женщин с

диагностированной микстинфекцией. Пациентки были объединены в две группы. Градация проводилась на основании показателей рН влагалищной жидкости. В 1-й группе показатели кислотности соответствовали значениям 4,7–5,0; во 2-й – 5,3–6,1. Все пациентки 2-й группы предъявляли жалобы на характерные жидкие гомогенные выделения из влагалища; женщины, включенные в 1-ю группу, жалоб не предъявляли. Диагноз «БВ» был определен на основании результатов микроскопии влагалищного мазка. Обе группы были сопоставимы по основным демографическим показателям. Пациенток обследовали в момент обращения в лечебное учреждение, в первые 3 дня после курса терапии и после очередной менструации (через 14–30 дней). Клиническое и гинекологическое обследование пациенток проводили согласно стандартным схемам и методикам диагностики БВ.

Определение кислотности влагалища производили при помощи тест-полосок. Микроскопическая диагностика осуществлялась путем исследования влагалищного мазка. При обнаружении 20% и более ключевых клеток и характерного полиморфного коккобациллярного пейзажа выставлялся диагноз – бактериальный вагиноз. Микроскопически споры и псевдомицелий грибов выявлены не были. Для диагностики скрытых инфекций использовался метод полимеразной цепной реакции. Аминовый тест учитывался согласно степени выраженности. В симптомокомплексе бактериального вагиноза ведущее место занимают патологические бели, которые имеют характерный запах гнилой рыбы. Важным является то, что органолептически этот запах не всегда определяется. Если во 2-й группе обследованных одной из основных жалоб – наличие неприятного запаха – было у всех больных, то в 1-й группе этот показатель в максимальной степени выраженности отмечался только у 3 пациенток. Для оптимизации диагностики используется аминовый тест – появление или усиление запаха после добавления к содержимому влагалища 10% раствора щелочи. При микроскопии влагалищного мазка диагностическим признаком является наличие «ключевых клеток» – характерных комплексов, ассоциированных с баквагинозом микроорганизмов и клеток эпителия. В 1-й группе диапазон показателя был от 23 до 86%; во 2-й – от 76 до 100%. У пациенток 2-й группы в мазке отмечалось превалирование характерного микробного морфотипа. Следует отметить, что у пациенток 1-й группы в той или иной степени выраженности определялась и микрофлора, морфологически сходная с лактобактериями. Важным этапом в микроскопической оценке влагалищного мазка является учет количества лейкоцитов. При классической форме бактериального вагиноза лейкореи нет, поскольку ассоциированные с БВ микроорганизмы входят в состав микробного пейзажа влагалища в норме. Развитие симптомокомплекса данного заболевания определяется их гиперколонизацией. Причинами лейкоцитарной реакции при БВ являются эндоцервициты хламидийной и вирусной этиологии, хроническая трихомонадная инвазия, грибы, патогенные бактерии. Диагностика вышеуказанных возбудителей важна. Определяется это тем, что при подавлении гиперколонизированных анаэробных микроорганизмов создаются условия для обострения латентных инфекций, возбудители которых получают доступ к источникам питания – гликогену эпителиальных клеток. После обследования пациенткам в виде монотерапии вагинально назначали препарат «Вагинорм-С» по 1 таблетке 1 раз в день курсом 6 дней.

Результаты исследования. Следует отметить, что на 2–3-й день лечения 7 пациенток 1-й группы и 5 пациенток 2-й группы отметили возникновение жжения во влагалище и характерные творожистые выделения. При микроскопическом исследовании были обнаружены псевдомицелий и споры грибов на фоне воспалительного типа мазка. Соответственно, в указанной группе больных исследуемый препарат отменялся, назначался курс антимикотиков, а пациентки исключались из исследования. Надо отметить, что манифестация кандидоза не является реакцией на использование именно

препарата «Вагинорм-С». Подобные проявления могут возникнуть при использовании лекарственных препаратов других групп, это надо учитывать в разработке терапевтической тактики. Все оставшиеся в исследовании пациентки 2-й группы отмечали положительную динамику с позиций основных клинических симптомов. После проведенной терапии проводилось исследование аминового теста и микроскопия влагалищных мазков. Из результатов видно, что отмечается нормализация показателей аминового теста. Выраженным тест остался только у 1 пациентки 2-й группы. Микроскопическое исследование влагалищного мазка показало отсутствие признаков воспаления. В 80,0 и 72,7% случаев соответственно группам результаты микроскопии были оценены как нормоценоз или переходный тип биоценоза. У 2 пациенток 1-й группы и 3 пациенток 2-й группы мазок был оценен как соответствующий баквагиноз, однако имела место положительная динамика микробного морфотипа. Проводилась катamnестическая оценка результатов лечения. К сожалению, по не зависящим от нас причинам на контрольное обследование явились не все пациентки. Из представленных результатов видно, что и через 3–4 недели после проведенного лечения сохраняются положительные результаты. Тем не менее, пациенткам с тенденцией к рецидиву заболевания нами было рекомендовано повторное использование курса влагалищных таблеток «Вагинорм-С».

Выводы. Препарат «Вагинорм-С» является эффективным этиопатогенетическим лекарственным средством монотерапии бактериального вагиноза. Высокая клиническая эффективность препарата (98,3%), короткий курс лечения, удобство применения, отсутствие каких-либо побочных эффектов и системного воздействия позволяют считать этот препарат перспективным в лечении бактериального вагиноза у пациенток репродуктивного возраста.

Литература

1. Кисина В.И., Забиров К.И. Урогенитальные инфекции у женщин: клиника, диагностика, лечение. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2005.- 280с.
2. Коршунов В.М., Володин Н.Н. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбиозах.- М.: Медицина, 2007.- 150с.
3. Цвелев Ю.В. и др. Анаэробная инфекция в акушерско-гинекологической практике.- СПб: Питер, 2005.- 313с.

УДК 616.334/.342-002.44/.45.616.334-009.873

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ ГЕМИПИЛОРЕКТОМИЯ С ПИЛОРОПЛАСТИКОЙ И ВАГОТОМИЕЙ ПРИ ПРОБОДНЫХ И КРОВОТОЧАЩИХ ЯЗВАХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Дудин А.М., Хацко В.В., Кузьменко А.Е., *Нестеров Н.А.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна, *ДоКТМО*

Аннотация. В ДОКТМО за последние 25 лет гемипилорэктомия с иссечением язвы, поперечной пилоропластикой и комбинированной ваготомией выполнена 522 больным с прободными и кровоточащими язвами пилородуоденальной зоны. Мужчин было 449 (86 %), женщин – 73 (14 %), в возрасте от 18 до 76 лет. В связи с перфорацией язвы оперировано 410 (78,5 %) пациентов, по поводу язвенного кровотечения – 112 (21,5 %). Хороший эффект получен от разработанных в клинике «Способа пилоропластики» (патент Украины № 71143 А от 15.11.2004) и «Способа формирования антрального жома» (патент Украины № 67596 А от 15.06.2004). Послеоперационная летальность при перфорации язвы составила 7 (1,8 %), при язвенном кровотечении 11 (4,2 %). Таким образом, гемипилорэктомия с иссечением язвы и поперечной пилоропластикой в сочетании с комбинированной ваготомией является оптимальным органосохраняющим вмешательством при перфоративных и кровоточащих язвах пилородуоденальной зоны.

Ключевые слова: язвенная болезнь, гемипилорэктомия, пилоропластика, ваготомия.

**IMPROVED HEMIPYLOREKTOMIAE WITH A TRANSVERSAL PYLOROPLASTYC
AND VAGISECTION AT PERFORATED
AND BLEEDING ULCER PYLOROPLASTY OF THE CANAL**

Dudin A.M., Khatsko V.V., Kuzmenko A.E., *Nesterov N.A.

M. Gorkiy National Medical University, Donetsk

Department of Surgery named by K.T. Ovnatanyan

**Donetsk Regional Territorial Medical Association (DRTMA)*

Summary. In DRTMA for the last 25 of hemipylorotomiae with excision of ulcer, transversal pyloroplasty and combined vagotomy 522 is executed to the patients with the perforated and bleeding ulcers of pyloroduodenum zone. Men there was 449 (86 %), women – 73 (14 %), in age from 18 to 76. In connection with the perforation of ulcer 410 (78.5 %) patients are operated, concerning the ulcerous bleeding – 112 (21.5 %). A good effect is got from worked out in the clinic of «Method of pyloroplasty» (patent of Ukraine № 71143 and from 15.11.2004y.) and «Method of forming of антрального bagasse» (patent of Ukraine № 67596 and from 15.06.2004y.). Postoperative lethality during the perforation of ulcer was 7 (1.8 %), at the ulcerous bleeding 11 (4.2 %). Thus, hemipylorotomiae with excision of ulcer and transversal pyloroplasty in combination with combined vagotomy is optimal safeorgan's by intervention at perforated and bleeding ulcers of pyloroduodenum zone.

Keywords: ulcerous illness, hemipylorotomiae, pyloroplasty, vagotomy.

Актуальность. К язвам пилородуоденальной зоны относят язвы, располагающиеся в области привратника, а также в пределах 2 см проксимальнее его и в пределах луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК). Язвы этой локализации составляют примерно 40 % общего числа гастродуоденальных язв и характеризуются упорным рецидивирующим течением с частым развитием таких осложнений, как перфорация, кровотечение и стеноз выходного отдела желудка [1; 2; 3, с. 194; 5, с. 290].

Ушивание прободной язвы является паллиативным вмешательством, после которого у 48-85 % больных возникает рецидив заболевания, часто с явлениями стенозирования, а у 20-27 % из них – повторная перфорация [2; 4].

Оптимальными вмешательствами при осложненных язвах пилорического канала, как и при луковичных язвах, следует считать органосохраняющие операции с ваготомией [4].

При выполнении пилоропластики по Финнею благодаря протяженному U-образному разрезу создаются необходимые условия для манипуляций с язвой желудочно-дуоденального перехода, которая иссекается в пределах неизмененных тканей [5; с. 290]. Недостатком операции является необходимость мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру.

Цель работы – улучшение результатов хирургического лечения больных с прободными и кровоточащими язвами пилородуоденальной зоны.

Материал и методы. В ДоКТМО за последние 25 лет гемипилорэктомия с иссечением язвы, поперечной пилоропластикой и комбинированной ваготомией выполнена 522 больным с прободными и кровоточащими язвами пилородуоденальной зоны. Мужчин было 449 (86 %), женщин – 73 (14 %), в возрасте от 18 до 76 лет. В связи с перфорацией язвы оперировано 410 (78,5 %) пациентов, по поводу язвенного кровотечения – 112 (21,5 %). При перфорации язвы местный перитонит установлен у 199, распространенный – у 211 больных.

Срочные операции выполняли больным в течение первых суток с момента поступления (чаще в ближайшие 12-18 часов) при наличии прогностически неблагоприятной эндоскопической картины. Основными методами обследования больных в предоперационном периоде были: фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), обзорный рентгеновский снимок брюшной полости для выявления пневмоперитонеума, при необходимости выполнялась пневмогастрография, pH-метрия. Всем больным в предоперационном периоде выполнялись клинические анализы крови, коагулограмма. В

послеоперационном периоде основными методами обследования больных были: ФЭГДС и рентгенконтрастное исследование желудка и двенадцатиперстной кишки.

Результаты и обсуждение. При перфорации язвы операцию начинали с временного ушивания перфоративного отверстия, затем осуществляли санацию брюшной полости. Далее выполняли комбинированную ваготомию – переднюю селективную проксимальную серозно-мышечную (секреторные ветви переднего блуждающего нерва пересекали по ходу разреза серозного и мышечного слоев стенки тела и кардиофундального отдела желудка) и заднюю стволовую. После этого иссекали переднюю полуокружность привратника вместе с язвой и осуществляли ревизию задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Образовавшееся отверстие ушивали непрерывным слизисто-подслизистым швом Ревердена рассасывающимся шовным материалом (викрил, дексон) атравматической иглой (патент Украины № 36230А от 01.06.2000), второй ряд – отдельными серозно-мышечными швами также атравматической иглой.

При язвенном кровотечении последовательность операции была иной. Вначале иссекали переднюю полуокружность привратника вместе с кровоточащей язвой или частью ее, если язва располагалась на переднебоковой стенке пилорического канала, луковицы двенадцатиперстной кишки. Затем осуществляли гемостаз, ревизию задней стенки привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки, после чего выполняли поперечную пилороластику и комбинированную ваготомию. Хороший эффект получен от разработанных в клинике «Способа пилороластики» (патент Украины № 71143 А от 15.11.2004) и «Способа формирования антрального жома» (патент Украины № 67596 А от 15.06.2004). Послеоперационная летальность при перфорации язвы составила 7 (1,8 %), при язвенном кровотечении 11 (4,2 %).

Отдаленные результаты после использования описанного способа операций прослежены в сроки от 1 года до 10 лет у 128 оперированных. Группу сравнения составили 37 человек, которым была выполнена гастродуоденостомия по Финнею в сочетании с комбинированной ваготомией.

При эндоскопическом исследовании в послеоперационном периоде признаки умеренно выраженного катарального эзофагита выявлены у 4,2 % обследованных основной группы. У подавляющего большинства из них слизистая оболочка желудка была розовой, блестящей, со складками средней высоты, хорошо расправляющимися воздухом.

Полное смыкание привратника отмечено у 102 (79,7 %) из 128 обследованных. Дуоденогастральный рефлюкс был выражен незначительно и лишь несколько возрастал в ответ на раздувание желудка воздухом. У 11(8,6 %) человек выявлены признаки катарального антрум-гастрита.

Воспалительные изменения в области пилороластики, как правило, отсутствовали, у части больных сохранялась умеренная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Демпинг-синдром и диарея легкой степени выявлены у 4 (3,1 %) обследованных.

При рентгенологическом исследовании в послеоперационном периоде время начальной эвакуации контрастного вещества из желудка составило в среднем $3,4 \pm 0,5$ мин. Характерным было порционное поступление контрастной массы в двенадцатиперстную кишку. После гастродуоденостомии по Финнею, катаральный рефлюкс-эзофагит выявлен у 3(4,7 %) из 37 обследованных. Дуоденогастральный рефлюкс с явлениями антрум-гастрита различной степени выраженности отмечен у 14 пациентов контрольной группы, при этом ни у одного из них не обнаружено полного смыкания желудочно-дуоденального соустья. Значительно чаще, чем после поперечной пилороластики, наблюдались диарея и демпинг-синдром легкой степени.

Выводы. Таким образом, гемипилорэктомия с иссечением язвы и поперечной пилоропластикой в сочетании с комбинированной ваготомией является оптимальным

органосохраняющим вмешательством при перфоративных и кровоточащих язвах пилородуоденальной зоны. Она сопровождается низкой послеоперационной летальностью и хорошими функциональными результатами.

Литература

1. Горбунов В.Н. Гемипилорэктомия с поперечной пилоропластикой и ваготомией при прободных и кровоточащих язвах пилорического канала / В.Н.Горбунов, В.В. Баркалин, Е.В.Столярчук // Хирургия.- 2007, № 6.- С. 18-21.
2. Курыгин А.А. Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв/ А.А. Курыгин, С.И. Перегудов // Хирургия.- 1999, № 6.- С. 15-19.
3. Панцырев Ю.М. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах / Ю.М. Панцырев, А.А. Гринберг, Ю.М. Панцырев // М.: Медицина.- 1999.- 237с.
4. Петров В.И. Передняя серомиотомия желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением или перфорацией / В.И. Петров, А.П. Сытник, В.Н. Горбунов // Хирургия.- 2008, № 9.- С. 18-21.
5. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, В.Ф. Саенко.- К.: Медицина.- 1997.- 486с.

УДК 616.181.151-018.74:616.45-001.1-036.12:616.839.1

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Луцкий И.С., *Лютикова Л.В.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра детской и общей неврологии ФИПО
Дорожная клиническая больница станции Донецк

Аннотация. На модели машинистов магистральных локомотивов изучены этапы формирования эндотелиальной дисфункции (ЭД) на воздействие хронического психоэмоционального стресса. Показано, что реакция стрессорной системы характеризуется этапностью: стадией активации, адаптации и дезадаптации. Признаки формирования эндотелиальной дисфункции выявлены в начале действия стрессогенных стимулов. Полученные данные позволяют предположить, что в первые 15-17 лет действия стрессогенных факторов основную роль в формировании ЭД оказывает активация симпатoadренальной системы. В дальнейшем в этот процесс включается ренин-ангиотензин-альдостероновая система, что подтверждается ростом содержания ангиотензина II.

Ключевые слова: психоэмоциональный стресс, эндотелиальная дисфункция, гормоны стресса.

THE ROLE OF CHRONIC PSYCHO-EMOTIONAL STRESS OF FORMATION OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION

Lutsky I.S., *Liutykova L.V.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Dept. of Pediatric and General Neurology FIPE
Hospital Road Station Donetsk

Summary. On the model of the main drivers of locomotives studied the stages of formation of endothelial dysfunction (ED), the effect of chronic psycho-emotional stress. It is shown that the reaction of the stress system is characterized one by one stages: the activation phase, adaptation and maladjustment. Signs of formation of endothelial dysfunction identified at the start of stressful stimuli. The findings suggest that in the first 15-17 years of the stressors major role in the formation of ED provides activation of the sympathoadrenal system. In the future, this process involves the renin-angiotensin-aldosterone system, as evidenced by the increase in the content of angiotensin II.

Keywords: psycho-emotional stress, endothelial dysfunction, stress hormones.

Актуальность. Стресс по Г.Селье, как «общеадаптационный синдром», является ответной реакцией организма на различные по качеству, но достаточные по силе,

раздражители. Основным его проявлением выступает активация высших звеньев нейрогормональных систем, в том числе симпатoadреналовой (САС), гипоталамо-нейрогипофизарной и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГНС) систем [1]. Длительная активация стресс-реализующих механизмов часто приводит к появлению отрицательного, повреждающего компонента стресс-реакции. Хроническим оказывается возбуждение адренергической и гипофизарно-адреналовых систем, составляющих основу стресс-реакции. Вследствие необычайно длительного и интенсивного воздействия высоких концентраций катехоламинов и других гормонов стресса происходит формирование различных стрессорных повреждений, составляющих основу так называемых стрессорных заболеваний [2].

Эндотелиальной дисфункции (ЭД) отводят одну из решающих позиций в возникновении и течении сосудистой патологии, в том числе, цереброваскулярной [3]. В сосудах головного мозга расстройства функции клеток эндотелия сопровождается нарушением сосудорасширяющих ответов, и как следствие, снижением мозгового кровотока. Это приводит к серьезным последствиям в деятельности структур мозга [5]. Известные в настоящее время патогенетические механизмы формирования ЭД сводятся к следующим процессам: развитию окислительного стресса (возникающего в результате нарушения баланса между продукцией активных форм кислорода, свободных радикалов и механизмами антиоксидантной защиты), негативному воздействию ангиотензина II типа (АТ II) и воспалению в стенках сосудов [8, 12]. Следует отметить, что в сосудах мозга производство свободных форм кислорода значительно выше, чем в других сосудах тела, что придает этому механизму развития ЭД особое значение [6]. Важнейшее значение в патогенетических механизмах повреждения эндотелия сосудов отводится АТ II. Сосуды мозга особенно чувствительны к АТ II, и большая часть его негативного влияния опосредуется через рецепторы АТ I типа [9]. Воздействие АТ II сопровождается разнообразными эффектами, которые включают вазоконстрикцию, активацию окислительного стресса и воспаления, увеличение проницаемости сосудов мозга, изменение структуры сосудистой стенки [4].

Механизмы, приводящие к возникновению ЭД при хроническом психоэмоциональном напряжении (ХПЭН), остаются недостаточно изученными. В этой связи целью работы явилось изучение процессов, вызывающих повреждение эндотелия сосудов при воздействии длительного психоэмоционального напряжения.

Материалы и методы. В качестве модели воздействия ХПЭН обследовали 160 машинистов магистральных локомотивов и их помощников (ММЛ), так как согласно определению Международной организации труда, работа машиниста локомотива признана одной из наиболее стрессогенных. Подверженность воздействию факторам стресса оценивали с использованием шкалы психологического стресса PSM-25 (Lemure L. et al., 1990). В исследование включали ММЛ с показателями психологической напряженности выше среднего (больше 100 баллов). ММЛ составили основной объект наблюдения (ОН) и были распределены на 5 групп в зависимости от возраста и стажа работы (СР), который фактически являлся показателем длительности воздействия ХПЭН. 1-ю группу (гр.) составили 30 ММЛ после окончания техникума, возраст $19,3 \pm 0,9$ года, СР – до 1 года; 2-я гр. – 39 ММЛ, возраст $27,3 \pm 1,3$, СР – 5-7 лет; 3-я гр. – 31 ММЛ, возраст $37,3 \pm 1,1$, СР-14-17 лет; 4-я гр. – 30 ММЛ, возраст $47,0 \pm 1,1$, СР – 21-24 года; 5-я гр. – 30 ММЛ, возраст $56,5 \pm 1,0$, СР – 30-34 года. В качестве контрольного контингента (КК) обследовали 100 практически здоровых мужчин-добровольцев, работа которых и образ жизни не связаны с влиянием стрессогенных факторов (электрики, грузчики, инженеры). Они имели низкие показатели психологической напряженности (менее 100 баллов). Обследованные КК были распределены аналогично возрастным параметрам ОН. 1-я гр. – 20 человек, возраст $19,6 \pm 0,9$, 2-я гр. – 20 человек, возраст $26,4 \pm 0,8$, 3-я гр. – 20 человек,

возраст $34,5 \pm 1,2$, 4-я гр. – 20 человек, возраст $45,1 \pm 1,0$, 5-я гр. – 20 человек, возраст $55,3 \pm 1,1$.

Функциональное состояние нейро-гормональных систем оценивали по содержанию в крови кортикотропин-рилизинг гормона (КРГ), адренкортикотропного гормона (АКТГ), ангиотензина II (АТ II), кортизола (Кр) и кортикостерона (Кс) методом иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью наборов фирмы DSL (США) и DRG (ФРГ), степень ЭД оценивали по содержанию в крови эндотелина 1 (ЭТ-1) также методом ИФА с помощью набора фирмы DSL (США).

Статистическую обработку полученной информации проводили с помощью пакета прикладных программ "Statistica – 7.0" компании StatSoft. Для оценки межгрупповой разницы применяли непараметрические методы статистики: для двух независимых групп использовали критерий Манна-Уитни, для нескольких независимых групп – критерий Фридмана ANOVA и Кендал. Разница считалась значимой, если уровень погрешности не превышал 5% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Воздействие ХПЭН сопровождается этапной реакцией центральных и периферических звеньев стрессорной системы. Начало действия стрессогенных факторов характеризуется активацией стрессорных систем (СС), что сопровождается ростом продукции гормонов центрального и периферического звеньев ГГНС (табл. 1). Длительность указанного периода составляет 2-3 года и аналогична реакциям, возникающих при воздействии «острого» стресса [10]. В это время в гр.1 ОН регистрируется статистически значимое увеличение продукции КТРГ, АКТГ, а также гормонов коры надпочечников – Кр, Кс в сравнении с гр.1 КК (табл. 2). Второй период, или период резистентности к действию стрессоров, формируется через 5-7 лет от начала воздействия стрессогенов. Этот период характеризуется снижением содержания АКТГ, Кр и Кс в гр.2 ОН, значения которых приближаются к показателям гр.2 КК. Однако, следует подчеркнуть, что в этот период сохраняется активность гипоталамических структур в продукции КТРГ в ответ на продолжающееся действие стрессорных факторов. Это может свидетельствовать о том, что КТРГ участвует не только в стимуляции продукции АКТГ эозинофильными клетками передней доли гипофиза, а обладает более широким спектром действия, в частности, влияет на трофические функции нейронов, когнитивные процессы [7, 11].

Третий период, наступающий через 14-17 лет воздействия ХПЭН, сопровождается повторной активацией центрального и периферического звеньев стрессорной системы, при этом, несмотря на медленное снижение содержания КТРГ ($p > 0,05$) в гр.3 ОН, уровни АКТГ у ММЛ в 2 раза превышали значения в гр.3 КК ($p < 0,05$), что свидетельствует о подключении к реакции на стрессогенные стимулы других структур мозга, возможно, с образованием очагов устойчивой патологической детерминанты, поддерживающей и усиливающей эффекты стрессогенных стимулов через лимбические структуры, ядра гипофиза и гипоталамуса.

В процессе исследования в качестве маркера ЭД определяли содержание ЭТ-1, который является общепризнанным показателем нарушения функции эндотелия сосудов [8]. Как видно из таблицы 2, уже в гр. 1 ОН отмечается рост содержания ЭТ-1 на 23% в сравнении с гр. 1 у КК, однако, это увеличение является статистически не значимым. В тоже время сам факт увеличения содержания ЭТ-1 свидетельствует о запуске механизмов формирования ЭД.

Таблица 1.

Содержание стрессорных гормонов у ММЛ (ОН) и у контрольного контингента (КК).

Показатель	Группы
------------	--------

		1-я	2-я	3-я	4-я	5-я
КРГ, пмоль/ л	ОН	1,325±0,175*	1,304±0,020*	1,117±0,018	0,961±0,019	0,849±0,010
	КК	0,870±0,015	0,882±0,014	0,910±0,016	0,914±0,017	0,922±0,017
АКТГ, пмоль/ л	ОН	41,2±4,3*	25,3±3,6	53,5±6,0*	47,9±5,6*	59,7±6,4*
	КК	26,6±2,7	26,4±1,8	26,4±1,6	29,3±2,5	27,4±2,1
Кр, нмоль/ л	ОН	433,3±39,8*	355,4±26,7	431,7±30,8*	474,6±33,5*	434,9±30,2*
	КК	343,0±24,0	362,3±28,7	363,1±27,5	334,7±25,8	357,5±28,3
Кс, нмоль/ л	ОН	17,04±0,98*	14,84±0,83	18,15±0,85*	20,37±1,12*	21,26±1,09*
	КК	13,38±0,55	15,49±0,84	14,14±0,61	14,61±0,49	14,62±0,38

* – $p < 0,05$; в сравнении с соответствующей группой контрольного контингента.

В периоде адаптации, несмотря на снижение активности центральных звеньев СС (отсутствие статистически значимых различий в содержании АКТГ между ОН и КК), продолжается рост уровня ЭТ-1 в крови, и, хотя этот процесс не достигает уровня статистической значимости, содержание ЭТ-1 в гр. 2 ОН на 25% выше, чем в соответствующей группе КК (табл. 2).

Таблица 2.

Содержание ЭТ-1 в группах ММЛ (ОН) и в группах сравнения (ГС).

Показатель		Группы				
		1-я	2-я	3-я	4-я	5-я
ЭТ-1, фмоль/л	ОН	7,76±1,61	8,46±1,69	12,76±2,24**	8,55±1,89**	10,92±2,07**
	ГС	6,30±0,91	6,74±0,91	6,81±0,71	6,61±0,71	6,61±0,71
АТ II, пг/мл	ОН	13,87±7,7	12,93±7,75	15,59±7,43	27,48±7,74*	30,60±7,89**
	ГС	14,05±0,93	14,08±0,93	13,46±0,94	14,22±0,88*	13,76±0,85**

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$ в сравнении с соответствующей группой сравнения.

В дальнейшем, начиная с гр. 3 ОН, увеличение содержания ЭТ-1 достигает статистической значимости ($p < 0,01$). Эта тенденция сохраняется в гр.4 и гр.5 ММЛ. В этот же период (гр.3 ОН) прослеживается рост уровней АТ II в сыворотке крови (таб. 2), как признак активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Статистическую значимость этот процесс получает в гр.4 и гр.5 ОН в сравнении с аналогичными группами КК. Учитывая значение АТ II в формировании ЭД, логично предположить, что в этот период именно АТ II определяет развитие и течение процесса ЭД в условиях воздействия ХПЭН [4, 9].

Выводы. Реакция стрессорной системы находится в зависимости от длительности воздействия психоэмоционального напряжения: период активации сменяется резистентностью к хроническому влиянию стрессоров, вслед за которой наступает стадия повторной активации (дезадаптации) с высоким содержанием стрессорных гормонов как центральных, так и периферических звеньев СС.

ЭД является одним из патогенетических механизмов реагирования организма на воздействие ХПЭН. Первые признаки развития ЭД обнаруживаются уже в начальном периоде воздействия стрессогенных факторов. Вероятно, на начальных этапах воздействия ХПЭН определенную роль на нарушение функции эндотелиальных клеток

оказывает активация САС, что подтверждается ростом содержания в крови гормонов коры надпочечников (Кр и Кс). В периоде дезадаптации (после 15-17 лет действия ХПЭН) основную роль в течении ЭД приобретает РААС, доказательством этому служит увеличение продукции АГТ II.

Полученные данные позволяют глубже понять патологические процессы, протекающие в сосудистой системе при длительном воздействии стрессогенных факторов, что позволит более рационально подходить к вопросам профилактики и проводить патогенетически обусловленные лечебные и профилактические мероприятия у лиц, подверженных хроническому влиянию психоэмоционального напряжения.

Литература

1. Пшенникова М.Л. Феномен стресса. Эмоциональный стресс и его роль в патологии / М.Л. Пшенникова // Патология, физиология и экспериментальная терапия.- 2000.- № 3.- С. 20-26.
2. Роль психологического стресса в развитии эссенциальной артериальной гипертензии / А.В. Шабалин, Е.Н. Гуляева, С.В. Мышкин, О.В. и др. // Бюллетень СО РАМН.- 2004.- № 4 (114).- С. 1-6.
3. Танащян М.М. Состояние функции эндотелия у больных с ишемическим инсультом при различной степени атеросклеротического поражения сонных артерий / М.М. Танащян, В.Г. Суслина, В.Г. Ионова и др. // Неврологический вестник.- 2007.- Т. XXXIX, вып. 1.- С. 12-16.
4. Benigni A. Angiotensin II revisited: new roles in inflammation, immunology and aging / A. Benigni, P. Cassis, G. Remuzzi // EMBO Mol. Med.- 2010.- Vol. 2.- P. 247-257.
5. Cerebrovascular dysfunction and microcirculation rarefaction precede white matter lesions in a mouse genetic model of cerebral ischemic small vessel disease / M. Monet-Lepretre, C. Gosele, C. Baron-Menguy et al. // J. Clin. Invest.- 2010.- Vol. 120- P. 433-445.
6. Chrissobolis S. The role of oxidative stress and NADPH oxidase in cerebrovascular disease / S. Chrissobolis, F.M. Faraci // Trends Mol. Med.- 2008.- Vol. 14.- P. 495-502.
7. Corticotropin-releasing hormone exerts direct effects on neuronal progenitor cells: implications for neuroprotection / Y. Koutmani, P.K. Politis, M. Elkouris et al. // Mol. Psychiatry.- 2013.- Vol.18, N3.- P.300-307.
8. Faraci F.M. Vascular protection: superoxide dismutase isoforms in the vessel wall / F.M. Faraci, S.P. Didion // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.- 2004.- Vol. 24.- P. 1367-1373.
9. MacKenzie A. Endothelium-derived vasoactive agents, AT1 receptors and inflammation // Pharmacol. Ther.- 2011.- Vol. 131.- N 2.- P. 187-203.
10. McEwen B.S. Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain // Physiol. Rev.- 2007.- Vol. 87, N 3.- P. 873-904.
11. Silberman Y. A corticotropin releasing factor pathway for ethanol regulation of the ventral tegmental area in the bed nucleus of the stria terminalis / Y. Silberman, R.T. Matthews, D.G. Winder // J. Neurosci.- 2013.- Vol. 33, N 3.- P. 950-960.
12. Wassman S. Modulation of oxidant and antioxidant enzyme expression and function in vascular cells / S. Wassman, K. Wassmann, G. Nickenig // Hypertension.- 2004.- Vol. 44.- P. 381-386.

УДК 616.831-005-06:616-001+615.825

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДАПТАЦИОННОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Поважная Е.С., Лыков А.А., Терещенко И.В.,
Зубенко И.В., Пеклун И.В., Томачинская Л.П.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра Медицинской Реабилитации, ЛФК и Нетрадиционной Медицины*

Аннотация. Реабилитационная программа посттравматической дисциркуляторной энцефалопатии с использованием методов кинезотерапии зависит от исходного состояния вегетативной нервной системы пациентов. Основные изменения у пациентов чаще наблюдаются в психоэмоциональной сфере при ДЭП I ст., или же связаны с явлениями сосудистой дистонии, с симптомами поражения ствола и мозжечка мозга при ДЭП II ст. и определяются состоянием вегетативного тонуса. На основании полученных данных проводился отбор больных, и строилась программа реабилитации. При симпатикотонии использовали седативные, релаксационные, антиспастические методы кинезотерапии. На фоне парасимпатикотонии и депрессии назначали стимулирующие методики воздействия.

Ключевые слова: посттравматическая энцефалопатия, кинезотерапия.

**ADAPTATIVE KINESITHERAPY EFFECTIVENESS
OF POST-TRAUMATIC DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY**

Povazhnaya E.S., Lykov A.A., Tereschenko I.V., Zubenko I.V., Peklun I.V., Tomachinskaya L.P.

M. Gorky National Medical University, Donetsk

Department of Medical Rehabilitation, Exercise Therapy and Alternative Medicine

Summary. The rehabilitation program of post-traumatic discirculatory encephalopathy using kinesitherapy methods depends on the initial state of the vegetative nervous system of patients. The main impairments of psycho-emotional sphere are more often observed in patients with discirculatory encephalopathy I stage. Vascular dystonia or symptoms of brain stem and cerebellum disorders are more often observed in patients with discirculatory encephalopathy II stage and are associated with condition of the vegetative tonus. Initial data allowed to perform the selection of patients and prescribe the rehabilitation program. Sedative and antispastic kinesitherapy used in patients with sympathicotonia. Stimulating treatment exercises are applied in patients with parasympathicotonia and depression.

Keyword: post-traumatic discirculatory encephalopathy, kinesitherapy.

Актуальность. Сосудистые заболевания являются наиболее распространенными, относительно рано возникающими проявлениями перенесенной черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Их лечение осложняется различными последствиями ЧМТ (рубцово-спаечными процессами, ликвородинамическими нарушениями, изменениями в психической сфере и т.д.). Большую по численности группу составляют больные с посттравматической энцефалопатией (по данным некоторых авторов до 50-60%) [1]. В клинической картине у этих больных чаще преобладают нарушения в психоэмоциональной сфере и изменения сосудистого тонуса. Их выраженность и направленность существенно зависят от баланса вегетативной нервной системы (ВНС). Наблюдается либо активация возбуждения, либо, напротив, усиление процессов торможения. В первом случае дисбаланс вегетативной нервной регуляции приводит к развитию симпатикотонии и формированию дисневротического синдрома по возбуждающему типу. Во втором – парасимпатикотонии и формированию дисневротического синдрома с преобладанием тормозных процессов [2, с. 240; 3, с. 357].

Эффективность кинезотерапии, как и любых других методов реабилитации, существенно зависит от правильного подбора методов и методик лечения в зависимости от исходного состояния пациента. Так называемая «универсальность» процедур, отсутствие четких критериев отбора больных приводит к незначительным положительным результатам лечения. Выбор методик ЛФК в большей степени должен определяться преобладающим патогенетическим синдромом заболевания, с учетом дисбаланса вегетативной нервной системы.

Цель работы состояла в изучении эффективности лечения и определении критериев отбора больных посттравматической ДЭП для проведения адаптационной кинезотерапии.

Материалы и методы. В основную группу (1-я группа) были включены 36 больных с последствиями ЧМТ, с развитием ДЭП I-II ст. Контрольную группу составили 10 пациентов (2-я группа), которым назначена только традиционная медикаментозная терапия. В группы были включены лица в возрасте от 18 до 45 лет. ЧМТ у больных основной группы была получена в результате боевых действий. Диагноз ДЭП установлен в стационаре. Больным проведены ЭКГ, доплерография шейных сосудов, МРТ головного мозга. Вегетативную регуляцию исследовали с помощью ортостатической пробы и тестирования с использованием коэффициента вегетативного равновесия А.М. Вейна. Для объективизации результатов лечения оценивали качество жизни по опроснику SF-36 Medical Outcomes Study Short Form. Опросник анализирует физические и психоэмоциональные компоненты качества жизни (физическую, психоэмоциональную активность, роль физических и эмоциональных проблем, психическое здоровье,

жизнедеятельность, боль, общее здоровье). Компоненты оцениваются в баллах (от 0 до 100). По уровню симпато-парасимпатического баланса все пациенты были поделены на две подгруппы: 1а (2а) – пациенты с преобладанием симпатической нервной системы, 1б (2б) – с преобладанием парасимпатической нервной системы. В зависимости от исходного вегетативного тонуса была назначена адаптационная кинезотерапия. В первом случае использовалась седативная, релаксационная, антиспастическая направленность средств и методов физической реабилитации. Во втором - стимулирующие методики воздействия.

Результаты и обсуждение. Исследование вегетативного тонуса у пациентов до начала лечения позволило разделить их на две подгруппы: преобладание симпатической (67%) или парасимпатической (33%) нервной системы. Больные, у которых было определено равновесие вегетативного тонуса, не участвовали в исследовании.

Изучение качества жизни больных ДЭП, по опроснику SF-36, обнаружило значительное снижение таких показателей, как социальная активность (в 1,6-1,7 раза у пациентов с преобладанием симпатической нервной системой и в 1,8-1,9 раза при парасимпатикотонии), эмоциональные проблемы (в среднем в 1,7-1,8 раза без статистически значимых изменений показателя в подгруппах), психическое здоровье (в 1,2-1,3 раза и 1,3-1,4 раза соответственно в 1-й и 2-й подгруппах) и общее здоровье (в 1,5 и 1,9 раза соответственно).

Больным с симпатикотонией были свойственны темпераментность, вспыльчивость, изменчивость настроения, склонность к истерическим реакциям, рассеянность, беспокойный поверхностный сон, различные невротические состояния. Они часто жаловались на чувство жара, ощущение сердцебиения.

Больным с преобладанием тормозных процессов присущи были нерешительность, пугливость, ощущение «комка» в горле, апатичность, скудность эмоций, склонность к депрессиям, головокружения, повышенная утомляемость, малая выносливость, снижение работоспособности, нарушения памяти, расстройства сна (утренняя заторможенность, трудность засыпания, сонливость).

Адаптационная кинезотерапия дисциркуляторного синдрома была направлена на восстановление баланса процессов возбуждения и торможения в ЦНС, нормализацию динамического моторно-висцерального стереотипа, устранение стрессовых проявлений, нормализацию тонуса сосудистой стенки, улучшение психологического и эмоционального статуса больного.

При ДЭП на фоне симпатикотонии показана седативная, релаксационная, антиспастическая направленность средств и методов физической реабилитации. Предпочтение, особенно в начале курса кинезотерапии, отдавали лечебной гимнастике и самостоятельным занятиям, индивидуальному способу проведения процедур. Показаны лечебная дозированная ходьба (60-80-100 шагов в минуту), прогулки на свежем воздухе. Во втором периоде – добавлялся терренкур с незначительным углом подъемов и спусков, элементы спортивно-прикладных упражнений и игр (лыжи, плавание), экскурсии. С целью снижения мышечного тонуса и активности симпатического звена ВНС вводились специальные упражнения в произвольном расслаблении отдельных сегментов тела (мышц ног, рук, туловища, воротниковой зоны, шеи, затылочной области) в и.п. сидя и лежа; всей мускулатуры в и.п. лежа (релаксирующая позиционная терапия). Дыхание полное, равномерное, спокойное и глубокое, задержки дыхания не допустимы. Все движения выполнялись плавно, без рывков в сочетании со спокойным дыханием.

На фоне парасимпатикотонии и депрессии использовали стимулирующие методики воздействия с активацией зон симпатической нервной системы. Для усиления симпатических влияний и тонизации ЦНС в схему занятия включали специальные упражнения, преимущественно изотонического характера для всех мышечных групп в и.п. стоя, сидя и лежа, простую и усложненную ходьбу в среднем и быстром темпе.

Использовались упражнения с преодолением тяжести тела (приседания, смешанные висы, мягкие выпады), упражнения с отягощением и волевым напряжением и сопротивлением. Формирование новой локомоторной доминанты в ЦНС, перебивающей депрессивный очаг, проводили с помощью общеразвивающих физических упражнений на координацию, внимание, с предметами и на снарядах, механоаппаратах. Исключались физические упражнения с углубленным, учащенным дыханием и его задержкой. Темп средний и быстрый. Количество повторений упражнений 10-20 и больше. Продолжительность занятия 20-35 минут.

В результате проведенной терапии показатели качества жизни у больных основных групп выросли на 20-40 баллов, в то время как в контрольной группе – 10-20 баллов в среднем. Положительная направленность изменений была более выражена в подгруппе с симпатикотонией. Наряду с положительной динамикой клинических показателей отметили достоверный рост резко сниженных показателей социальной активности, психического здоровья и общего здоровья. Менее значимые изменения наблюдались во 1-й б группе у больных с парасимпатикотонией. В основных группах отмечены также положительные сдвиги показателей РЭГ, ЭЭГ.

Особое различие показателей в сравнении с контрольной группой имелось по социальным и эмоциональным проблемам, что связано, по-видимому, с восстановлением равновесия процессов возбуждения-торможения и нормализацией симпато-парасимпатического баланса.

Выводы. Таким образом, использование методик адаптационной кинезотерапии у больных посттравматической дисциркуляторной энцефалопатией значительно улучшает психоэмоциональную и социальную активность пациентов, оказывают мощное психотерапевтическое действие на фоне нормализации симпато-парасимпатического баланса. При симпатикотонии использовали седативные, релаксационные, антиспастические методы кинезотерапии. На фоне парасимпатикотонии и депрессии назначали стимулирующие методики воздействия. Критерием отбора больных для адаптационной кинезотерапии может являться коэффициент вегетативного равновесия А.М. Вейна.

Литература

1. Воробушкова М.В. Жданова Л.А. Принципы реабилитации детей с минимальной мозговой дисфункцией // Реабилитология. - М., 2004. - С. 142-145.
2. Медицинская реабилитация артериальной гипертензии: Руководство для студентов и врачей. - Донецк: «Каштан», 2009. - 464с.
3. Медицинская реабилитация в спорте: Рук-во для врачей и студентов. - Донецк: "Каштан", 2011. - 620с.

УДК:618.833.54-002-031.63-08-039.34-082.4

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Поважная Е.С., Зубенко И.В., Терещенко И.В., Пеклун И.В., Лыкова Л.А.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра Медицинской Реабилитации, ЛФК и Нетрадиционной Медицины*

Аннотация. Проведен анализ комплексного лечения больных пояснично-крестцовой радикулопатией, обоснована его патогенетическая направленность на стационарном этапе лечения. Показана высокая эффективность двухэтапной системы реабилитации с использованием физических факторов, аппаратных видов массажа и современных методик кинезотерапии.

Ключевые слова: пояснично-крестцовая радикулопатия, реабилитация, физические факторы, кинезотерапия.

COMPLEX REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH LUMBAR RADICULOPATHY AT IN-PATIENT TREATMENT STAGE

Povazhnaya E., Zubenko I., Tereschenko I., Peklun I., Likova L.

*M. Gorky National Medical University, Donetsk
Department of Medical Rehabilitation, Exercise Therapy and Alternative Medicine*

Summary. An analysis of complex treatment of patients with lumbosacral radiculopathy is performed. Pathogenesis line of the treatment is substantiated. High efficiency of two-stage rehabilitation program using the physical factors, device type of the massage and modern methods of kinesitherapy is shown.

Keywords: lumbosacral radiculopathy, rehabilitation, physical agents, kinesitherapy.

Актуальность. Заболевания позвоночника на сегодняшний день имеют широкое распространение, и с каждым годом, несмотря на успехи фармакотерапии, количество больных, страдающих остеохондрозом, увеличивается. Согласно данным медицинской статистики у 65-80% взрослого населения выявлен остеохондроз разной степени тяжести [1, с. 18; 6]. Болеют лица наиболее трудоспособного возраста от 20 до 60 лет, чаще всего – от 30 до 50 лет и, при отсутствии раннего и адекватного лечения, хроническое заболевание прогрессирует и может закончиться инвалидностью [3, с. 136; 5]. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника – самый распространенный вид остеохондроза, так как на поясничный отдел приходится основная нагрузка собственного веса тела, а также переносимых тяжестей на фоне изменения обменных процессов; сосудистых, двигательных, мышечных и др. нарушений. У пациентов отмечается выраженный болевой синдром, значительные двигательные расстройства, дисбаланс мышечного тонуса, нарушения кровоснабжения в пораженной области, развитие серьезных дегенеративно – дистрофических изменений в позвоночно-двигательном сегменте [2, с. 156; 3, с. 148; 4]. Все это влияет на качество жизни больных, их работоспособность и требует проведения возможно ранней коррекции данного патологического состояния.

По данным клинических исследований дискогенная радикулопатия поясничного отдела позвоночника является одной из наиболее частых причин болей в спине. Эффективность проводимой фармакотерапии невысокая, побочные действия и аллергические реакции при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов, анальгетиков, спазмолитиков не позволяют провести его в полном объеме. Это делает необходимым более широкого использования физических факторов лечения. Патогенетически обоснованным является двухэтапная система реабилитации, где

противовоспалительное, противоотечное, анальгезирующее действие физических факторов с элементами декомпрессии поясничного отдела позвоночника на первом этапе лечения будет дополняться метаболической терапией и кинезотерапией второго этапа восстановления.

Целью данного исследования было повышение эффективности лечения пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией, находящихся в стационаре, на основе разработанной двухэтапной реабилитационной программы.

Материалы и методы. В исследование были включены 68 пациентов в возрасте от 30 до 60 лет, 43 мужчины (62,7 %) и 25 женщин (37,3 %), с диагнозом остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника, острым и подострым болевым синдромом, корешковым и/или мышечно-тоническим синдромами. Боль на момент первичного обследования составляла не менее 4 см по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) [1, с. 174]. Всем больным проводилось неврологическое обследование, диагноз был подтвержден данными МРТ, где выявлялись явления остеохондроза и спондилеза пояснично-крестцового отдела позвоночника, протрузии или грыжи межпозвонковых дисков от 3 до 8 мм. Все исследуемые были разделены на две группы: пациенты 1-й группы получали традиционное медикаментозное лечение – 33 человека, во 2-ю группу были включены больные, получавшие комплексное медикаментозное и немедикаментозное лечение (35 человек). У больных 2-й группы первый этап реабилитации был представлен следующими процедурами: СМТ-форезом комбинации новокаина, анальгина, димексида от аппарата «Амплипульс-4» на поясничный отдел позвоночника, местная продольная методика, выпрямленный режим, III и IV PP, 25-50% глубина модуляции, 2-3 сек посылка импульсов, 100-70 Гц, ежедневно, 8 процедур; низкочастотной магнитотерапией от аппарата «BTL-09», индуктор соленоид, 15 программа, 15-20 минут, ежедневно, 8 процедур; вакуум-массажем поясничного отдела позвоночника от аппарата «BTL-12», тракционной терапией на аппарате «TRACкомпьютер» (Германия). Выполнялось горизонтальное «сухое» вытяжение поясничного отдела позвоночника по интермиттирующей методике, нагрузка подбиралась индивидуально с учетом веса пациента, ежедневно, курсом 8 процедур. На втором этапе назначались пелоидотерапия и баночный массаж на поясничную область; лечебная физкультура с использованием корригирующих гимнастических упражнений, элементов аутоэкстензии и выполнением малоамплитудных упражнений на наклонной плоскости [6], курсом 10 процедур.

Для контроля уровня боли использовалась 4-х-составная Визуальная Аналоговая Шкала (ВАШ). Перед началом лечения больные отмечали интенсивность боли на момент заполнения шкалы, среднюю интенсивность боли, минимальную и максимальную боль. Тестом для оценки нарушений жизнедеятельности при болях в спине выступал опросник Роланда – Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности». Изменения объема движений (повороты туловища и наклон вперед) оценивались по пятибалльной шкале: 0 баллов – средненормальный объем движений, 1 балл – ограничения объема движений до 25% от нормального, 2 балла – 25-49%, 3 балла – 50-74%, 4 балла – 75-100% до невозможности выполнения движения [1, с. 233]. Пациенты заполняли ВАШ и опросник до начала лечения и спустя 18 дней. Результаты обрабатывались с помощью одно- и многофакторного дисперсионного анализа (статистические программы «BIOSTAT», «Stadia.6.1/prof»).

Результаты и обсуждение. Исходно у всех пациентов 1-й и 2-й групп отмечался болевой синдром от средней степени интенсивности до выраженной боли по первой и второй шкале и опроснику Роланда-Морриса (6 и более фиксированных вопросов). Боль чаще носила иррадиирующий характер, проводилась в ногу, ягодичную область, тазобедренные суставы, усиливалась при движении, кашле, чихании. При объективном

обследовании положительный симптом Ласега отмечался у 84,8% пациентов 1-й группы и 82,9% исследуемых 2-й группы. Нарушения объема движений в пределах 2 баллов в 1-й группе наблюдалось у 9 больных (27,3%), 3-х баллов – у 19 пациентов (57,6%), 4-х баллов – у 4 больных (15,1 %). Соответственно во 2-й группе эти цифры были следующими: 2 балла – 7 человек (20,0 %), 3 балла – 22 пациента (66,7%), 4 балла – 6 человек (13,3%). Динамика показателей представлена в таблице.

Таблица.

Динамика болевого синдрома у пациентов 1-й и 2-й групп.

Метод исследования	Показатель	До лечения, баллы		После лечения, баллы	
		1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
ВАШ	Шкала 1, см	6,87±0,56	7,02±0,48	5,76±0,59	1,87±0,36*
	Шкала 2, см	6,23±0,45	6,19±0,51	4,84±0,67	1,94±0,44*
	Шкала 3, см	3,11±0,69	2,93±0,55	2,27±0,78	0,68±0,63*
	Шкала 4, см	8,41±0,57	8,50±0,71	6,58±0,62	2,75±0,51*
Опросник Роланда-Морриса	Сумма баллов	13,21±0,72	12,87±0,83	5,79±0,53*	2,78±0,67*

Примечание: * - $p < 0,05$ – достоверность сравнения показателей с исходными (до лечения).

В процессе лечения у больных 1-й группы наблюдалось незначительное снижение боли, в основном до уровня «средней интенсивности» и «выше среднего», сохранялся высокий максимальный показатель боли (на уровне «выраженной» и «сильной»), достоверно не изменились болевые ощущения по третьей шкале, по сравнению с исходными, что свидетельствует о неустойчивой неполной стабилизации процесса. Эффективность лечения у пациентов, получавших дополнительно физиотерапевтические процедуры, массаж и ЛФК, была более высокой через 18 дней: болевой синдром снизился в 3,6 раза на момент повторного осмотра после проведения комплексного лечения. Средний показатель боли по второй шкале уменьшился у пациентов 2-й группы и сохранялся на уровне «слабо выраженной» или «чувства дискомфорта». Выявлена значительная разница показателей минимальной и максимальной боли на фоне проводимой реабилитационной программы. Достоверно значение боли по третьей и четвертой шкале снизилось только во 2-й группе в 4,3 и 3,1 раза соответственно. Отмечалось улучшение качества жизни по показателям жизнедеятельности в обеих группах. Лучшие результаты получены у больных, получавших комплексное лечение: количество баллов снизилось с 12,87±0,83 до 2,78±0,67, в сравнении с 1-й группой, где снижение жизнедеятельности оставалось на уровне 5-6 баллов, что соответствует выраженным изменениям. Во всех группах наблюдалось улучшение объема движений после лечения: изменения были незначительными пациентов 1-й группы: 0 баллов - у 2 человека (6,1%), 1 балл – у 4 человек (12,1%), 2 балла – у 16 человек (48,5%) и 3 балла сохранялось у 11 человек (33,3%). Во 2-й группе увеличение объема движений было более выраженным: 0 баллов – у 7 пациентов (20,0%), 1 балл – у 18 больных (51,4%), 2 балла – у 10 человек (28,6%), изменений в 3-4 балла не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, этапная реабилитационная программа с использованием физических факторов и современных методик массажа и кинезотерапии способствовала значительному улучшению состояния пациентов с уменьшением и прекращением болевого синдрома, восстановлением объема движений за счет улучшения кровоснабжения пораженного участка, улучшения обменных процессов, снятия мышечного спазма. Данную программу можно рекомендовать у пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией на стационарном этапе лечения.

Литература

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации.- М.: Антидор, 2002.- 440с.
2. Болевые синдромы в неврологической практике /Под ред. В.Ф. Голубева.- 3-е изд., перераб. и допол.- М.: МЕД пресс-информ, 2010.- 366с.
3. Епифанов В.А., Епифонов А.В. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника.- М.: МЕДпресс-информ, 2008.- 384с.
4. Воробьева О. Радикулярные боли: клиника, диагностика и принципы лечения // Врач.- 2011.- № 5.- С. 11-16.
5. Бирюков А.А. Методика и техника классического русского массажа // Физкультура в профил., лечении и реабилит.- 2008.- № 1 (24).- С. 20-22.
6. Баяндина Е.И., Кульченко И.А., Катюкова Л.Д. Лечение больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с использованием комплекса малоамплитудных упражнений на наклонной плоскости // Медицинская реабилитация, физиотерапия и курортология.- 2009.- № 3.- С. 32-35.

УДК 616.21:616.995.1

ДИРОФИЛЯРИОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ОТОЛАРИНГОЛОГА

Степанова М.Г., *Степанов А.И.

Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького

Кафедра Медицинской Биологии

**КРБ г. Макеевка*

Аннотация. Данная статья посвящена описанию особенностей биологии гельминта дирофилярии, как возбудителя подкожного дирофиляриоза у человека. Рассмотрен клинический случай локализации дирофилярии в глотке. Паразитирование гельминта в глотке сопровождается формированием опухолей, приводящих к воспалительным процессам и дальнейшему абсцедированию. Извлечение гельминта возможно только хирургическим путем. Тщательный сбор анамнеза, знание биологии паразита и проведение дополнительных методов исследования позволяет предположить дирофиляриоз как нозологическую единицу в практике отоларинголога.

Ключевые слова: дирофиляриоз, перитонзиллярный абсцесс, глотка, гельминты.

DIROFILARIOSIS IN MEDICAL PRACTICE OF THE OTOLARYNGOLOGIST

Stepanova M.G, Stepanov A.I.

M. Gorky National Medical University, Donetsk

Department of Medical Biology

**CRH of Makeevka city*

Summary. This article reviews the description of biological characteristics of helminthes dirofilaria as an agent causing hypodermic dirofilariosis of a human. The case of localization of dirofilariosis in pharynx is considered. Parasitizing of helminthes in pharynx is accompanied by formation of tumors causing further inflammatory process and abscessing. Helminthes can be removed only surgically. Careful collecting of anamnesis, the knowledge of biology of parasite and additional researching methods suggest dirofilariosis as nosological unit in otolaryngological practice.

Keywords: dirofilariosis, peritonsillar abscess, pharynx, helminthes.

Актуальность. К трансмиссивным не тропическим гельминтозам, встречающимся в умеренных широтах, относится дирофиляриоз. Возбудителем дирофиляриоза являются нематоды из рода *Dirofilaria*, подрода *Nochtiella*, вид *D. repens* (возбудитель подкожного дирофиляриоза) и подрода *Dirofilaria*, вид *D. immitis* (возбудитель легочного дирофиляриоза). Жизненные циклы обоих видов сходны, отличия определяются локализацией в организме окончательного хозяина. Окончательными хозяевами являются собаки, кошки (реже), промежуточными хозяевами и одновременно специфическими переносчиками комары родов *Culex*, *Anopheles*, *Aedes* [1, с. 521; 2, с. 232]. Передача возбудителя происходит при укусе комара. Личинки микрофилярии, которых в большом количестве отрождают половозрелые нематоды, из периферической крови больного

животного попадают в организм комара, где линяют и превращаются в инвазионных личинок, передающихся при укусе зараженного комара следующему хозяину. Человек для диروفиларий является хозяином спорадическим, поскольку в его организме гельминт не достигает половой зрелости и не завершает свой жизненный цикл. В связи с этим, микрофилярии в крови человека не обнаруживаются и анализ крови не является показательным для диагностики данного гельминтоза.

У человека чаще паразитирует *D. Repens* [2, с. 232]. Гельминт локализуется под кожей, слизистыми оболочками, подкожной жировой клетчатке, образуя опухоли. Согласно исследованиям, наиболее часто диروفиларий обнаруживают в конъюнктиве глаза и области век, реже – в молочных железах, половых органах, во рту, верхних и нижних конечностях, лице, шеи и туловище [1, с. 522; 4; 5].

С момента попадания личинки в организм до образования опухоли, в которой находится гельминт, проходит не менее 1 месяца. В это время больные жалуются на зуд и локальное покраснение кожи, а также движение паразита под кожей, что отмечается в 10% случаев [1, с. 522]. Затем паразит образует тонкостенную капсулу и формируется болезненная опухоль. Такие опухолевидные образования могут развиваться с формированием абсцессов и лимфаденита. Отсутствие специфических клинических проявлений затрудняет диагностику, вследствие чего обнаружение гельминта происходит случайно при вскрытии опухоли.

Регистрация случаев подкожного диروفилариоза позволяет анализировать динамику этого паразитоза. В последние годы наблюдается увеличение частоты встречаемости этого гельминтоза в Донецком регионе. Так, если в начале 90-х годов прошлого столетия наблюдались единичные случаи диروفилариоза (по данным областной СЭС), то за последние несколько лет эта цифра выросла до десятка и более в год. Основными причинами роста заболеваемости является изменение экологических условий и рост численности комаров, увеличение численности бродячих собак, социальные факторы, способствующие передаче инвазии на протяжении всего года подвальными популяциями комаров [3; 6].

Учитывая все вышеописанное, в практике врача любой специальности в нашем регионе могут встретиться больные диروفилариозом.

Целью исследования было определить клинические особенности диروفилариоза в отоларингологической патологии.

Результаты и их обсуждение. Проведен анализ спорадического случая больного отоларингологического отделения КРБ г. Макеевки с диагнозом «Левосторонний перитонзиллит» в заключении «Левосторонний перитонзиллярный абсцесс. Диروفилариоз левой перитонзиллярной области». До оперативного вмешательства диагноз «диروفилариоз» не предполагался. Приводим клиническое наблюдение.

Больная П., 35 лет, проживающая в г. Макеевка, обратилась в ЛОР КРБ г. Макеевки с жалобами на боль в глотке, преимущественно в левой ее половине, дискомфорт при глотании, повышение температуры тела до 37,3 °С.

Из анамнеза болезни известно, что вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение двух дней. Ранее аналогичных жалоб в анамнезе не отмечает. Ангинами часто не болела. Не лечилась, за медицинской помощью не обращалась. Связывает начало заболевания с накануне перенесенной вирусной инфекцией.

По результатам осмотра больная госпитализирована в ЛОР отделение для детального обследования и лечения.

При поступлении: риноскопия – слизистая полости носа розовая, в общих носовых ходах чисто, носовое дыхание не затруднено. Фарингоскопия – определяется воспалительная инфильтрация левой перитонзиллярной области, гиперемия и отек слизистой передней небной (небно-глочной) дужки, пальпация шпателем данной

области вызывает боль. Правая перитонзиллярная область и задние отделы глотки без признаков воспаления. Небные миндалины I-II степени, спаяны с дужками частично, слева в лакунах гнойно-казеозное содержимое, справа – чисто, глотание не затруднено, умеренно болезненное. Полость рта санирована. Тризм жевательной мускулатуры не выражен. При пальпации определяется увеличение лимфоузлов в переднебоковой поверхности шеи и подчелюстной области слева. Ларингоскопия – без особенностей. Учитывая жалобы, данные анамнеза и объективного исследования ЛОР органов выставлен предварительный диагноз «Левосторонний перитонзиллярный абсцесс».

В условиях ЛОР отделения под местной анестезией произведено вскрытие полости абсцесса. При осмотре операционной полости визуализировался белесоватый тяж длиной 10 см, в диаметре около 1 мм, предположительно гельминт. После извлечения паразита получено 5 мл жидкого гноя из полости.

Гельминт отправлен на идентификацию в лабораторию и определен как незрелая самка *Dirofilaria repens* (лабораторное исследование № 5\93 от 15.03.16.).

В первые сутки после операции состояние больной объективно улучшилось. Температура тела нормализовалась, боль в горле значительно уменьшилась, в полости абсцесса сохранялось скудное гнойное отделяемое, глотание не затруднено, менее болезненное. На момент выписки слизистая левой перитонзиллярной области сохраняла незначительную гиперемию, отек и инфильтрация мягких тканей отсутствовали, полость абсцесса облитерировалась, глотание не затруднено, безболезненное. При пальпации переднебоковой поверхности шеи и подчелюстной области слева увеличение лимфоузлов не определялось. Другие ЛОР органы – без патологии.

В связи с извлеченным во время операции гельминтом, больная была проконсультирована у окулиста. Патологии не выявлено.

В процессе опроса больной также было выяснено, что в местности, где она проживает и работает, наблюдается большая численность комаров, особенно в весенне-летний период, обитают бездомные собаки и кошки, многие жители содержат собак. Таким образом, создаются все условия для формирования эпидемического очага дирофиляриоза.

Учитывая ответ лабораторного исследования по идентификации паразита, был выставлен заключительный диагноз: «Левосторонний перитонзиллярный абсцесс. Дирофиляриоз левой перитонзиллярной области».

Вывод. Обнаружение дирофилярий у жителей Донецкого региона доказывает формирование стойких синантропных очагов: собака-комар-человек и собака.

Формирование дирофиляриозных опухолей в области глотки приводит к воспалительным заболеваниям и абсцессам. Извлечение гельминта возможно только хирургическим путем. Тщательный сбор анамнеза, знание биологии паразита и проведение дополнительных методов исследования позволяет предположить дирофиляриоз как еще одну нозологическую единицу в практике отоларинголога.

Литература

1. Лысенко А.Я., Владимирова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж. Клиническая паразитология: Руководство.- Женева: ВОЗ, 2002.- 752с.
2. Токмалаев А.К., Кожевникова Г.М. Клиническая паразитология. Протозоозы и гельминтозы.- М.: Медицинское информационное агентство, 2010.- 432с.
3. Бодня К.І. Дирофіляріоз в Україні/ К.І. Бодня// Інфекційні хвороби.- К., 2006.- № 2.- С. 76-82.
4. Журило И.П. Дирофиляриоз в практике детского хирурга / И.П. Журило, В.К. Литовка, К.В. Латышов и др. // Хірургія дитячого віку.- VII (4).- 2012.- С. 83-86.
5. Кравченко С.Б. Редкое клиническое наблюдение дирофиляриоза челюстно-лицевой локализации / С.Б. Кравченко, О.В. Рыбалов, В.К. Ву // Укр. стомат. Альманах.- 2010.- №3.- С. 77-78.
6. Беседина Е.И. О роли санитарно-просветительной работы в организации эпиднадзора за дирофиляриозом / Е.И. Беседина, В.А. Мельник, М.И. Супрун, Ф.В. Супрун // Питання експериментальної та клініч. медицини.- Вип. 15, Т. 1.- 2011.- С. 160-162.

УДК 612.013 – 021.4:616.366 – 002

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЕ

Хацко В.В., Брахми Ноамен Бен Амара, Фоминов В.М., Пархоменко А.В.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна*

Аннотация. Проведен сравнительный анализ результатов комплексного изучения качества жизни у 114 пациентов с хроническим бескаменным холециститом, оперированных по показаниям в клинике за последние 7 лет. Женщин было 67 (59,1%), мужчин – 47 (40,9%) в возрасте $43,0 \pm 6,7$ года. После частичной резекции печени изучены результаты качества жизни у 32 чел. (20 женщин и 12 мужчин). Качество жизни исследовалось с помощью Ноттингемского профиля здоровья. В отдалённом периоде (через 1-5 лет) после холецистэктомии или частичных резекций печени достоверно ($p < 0,05-0,001$) снижены показатели качества жизни: у пациентов I гр. – на 37,3%, во II гр. – на 62,9%. Для повышения качества жизни следует строго соблюдать врачебные рекомендации, своевременно оперироваться, после операции проходить необходимые реабилитационные мероприятия.

Ключевые слова: холецистит, очаговые образования печени, операции, качество жизни.

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER SURGERY AT HEPATOBILIARY SYSTEM

Khatsko V.V., Brakhmi Noamen Ben Amara, Fominov V.M., Parkhomenko A.V.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Surgery named by K.T. Ovnatanyan*

Summary. The results of a comprehensive study of the quality of life in 114 patients with chronic calculous cholecystitis operated by indications in the clinic for the last 7 years. Women were 67 (59.1%), men - 47 (40.9%) aged 43.0 ± 6.7 years. After partial resection of the liver studied the results of the quality of life in 32 people (20 women and 12 men). Quality of life was studied using the Nottingham Health Profile. Thus, in a remote period (after 1-5 years) after the cholecystectomy and partial resection of the liver was significantly ($p < 0.05-0.001$) reduced quality of life: patients of 1st gr. – 37.3%, in the 2nd gr. – by 62.9%. To improve the quality of life must be strictly followed medical advice in a timely manner to be operated after the operation to pass the necessary rehabilitation measures.

Keywords: cholecystitis, formations local of liver, operations, quality of life.

Актуальность. Острый или хронический калькулёзный холецистит наблюдается у каждого десятого жителя планеты, а холедохолитиаз – в 5-20% случаев. Прогрессивно увеличивается количество операций на печени и жёлчевыводящих путях, в том числе с использованием новых технологий. Операции на жёлчном пузыре и протоках занимают 1 место среди операций на органах брюшной полости [2, с. 5; 1]. Понятие «качество жизни» (КЖ) приобрело широкую распространённость в течение последнего десятилетия [3, с. 18; 4]. Исследование КЖ в хирургии позволяет достоверно определить преимущества того или иного метода лечения, исходя не только из количественных, но и из качественных характеристик его результатов. Часто исследование качества жизни является конечным этапом оценки эффективности способа хирургического лечения.

Цель работы – оценить КЖ больных с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) и доброкачественными образованиями печени через 1-5 лет после лапароскопической и традиционной холецистэктомии и после частичной резекции печени.

Материалы и методы. Проанализированы результаты комплексного изучения КЖ у 114 пациентов с ХБХ, оперированных в клинике за последние 7 лет. Женщин было 67 (59,1%), мужчин – 47 (40,9%) в возрасте $43,0 \pm 6,7$ года. После частичной резекции печени по поводу непаразитарной кисты и гемангиомы изучены результаты качества жизни у 32 чел. (20 женщин и 12 мужчин).

Больные с ХБХ распределены на 2 группы. I-ю (основную) группу составили 80 чел., которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) и которые лечились по усовершенствованной нами методике. Во II-ю (контрольную) группу вошли 34 больных, которым сделана традиционная (лапаротомная) холецистэктомия (ТХЭ) и которые получали стандартную терапию. По всем параметрам обе группы были однородными. Качество жизни исследовалось с помощью Ноттингемского профиля здоровья.

Результаты и обсуждение. Уровень КЖ оперированных ранее пациентов приближается к уровню КЖ здоровых людей при хороших отдалённых результатах у 62,7% I гр. и у 37,1% II гр. Трудоспособность у таких пациентов была сохранена в полном объёме. Они не нуждались в дополнительном приёме лекарственных препаратов и не придерживались строгой диеты. В этой группе не отмечено ни одного рецидива. После усовершенствованного нами лечения вероятность достижения оптимальных показателей КЖ максимальна.

В 31,3% случаев I гр. и в 49,1% II гр. С удовлетворительными отдалёнными результатами выявлено снижение на 27-38% показателей КЖ по 5 параметрам. Пациенты отмечали периодически возникающий на фоне погрешностей в диете или физической нагрузки болевой синдром. Они периодически прибегали к медикаментозной терапии и нуждались в соблюдении диеты. Таким пациентам показаны профилактические противорецидивные мероприятия. Аналогичные данные получены и после частичной резекции печени.

При плохих отдалённых результатах (2 чел. I гр. и 7 – II гр.) уровень КЖ на 37-85 баллов ниже, чем у здоровых людей. Пациенты предъявляли жалобы на рецидивирующий без видимой причины болевой синдром, придерживались строгой диеты и периодически нуждались в госпитализации в стационар для курса консервативной терапии. Трудоспособность была стойко утрачена на протяжении длительного времени, 2 чел. получили группу инвалидности. Все они продолжают проходить необходимые реабилитационные мероприятия (лечебное питание, физиотерапевтические процедуры и др.).

Выводы. Таким образом, через 1-5 лет после холецистэктомии или частичной резекции печени достоверно ($p < 0,05-0,001$) снижены показатели КЖ: у пациентов I гр. – на 37,3%, во II гр. – на 62,9%. Для повышения КЖ следует строго соблюдать врачебные рекомендации, своевременно оперироваться, после операции проходить необходимые реабилитационные мероприятия.

Литература

1. Воробьёв Г.И. Оценка качества жизни оперированных больных / Г.И. Воробьёв, Э.А. Степанова // Колопроктология.- 2006. - № 3. - С. 45-51.
2. Майстренко Н.А. Холедохолия / Н.А. Майстренко, В.В. Стукало.- СПб: ЭЛБИ-СПб, 2000.- 288с.
3. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова.- СПб.: Нева, 2002.- 320с.
4. Плотникова Е.Ю. Качество жизни и приверженность к лечению больных хроническим бескаменным холециститом и жёлчекаменной болезнью / Е.Ю. Плотникова, В.Н. Золотухина, С.А. Максимов, Ф.Ю. Мухарьямов // Вестн. Нац. Медико-хирург. центра им. Н.И.Пирогова.- 2011.- Т. 6, № 3.- С. 71-75.

УДК 616.36-089.168.1:615.874

РОЛЬ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕЧЕНИ И ЖЁЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ

Хацко В.В., Войтюк В.Н., Брахми Ноамен Бен Амара, Фоминов В.М.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна*

Аннотация. Показано значение лечебного питания после операций на печени и жёлчевыводящих путях. Такое питание даёт возможность целенаправленно провести коррекцию нарушений обмена веществ в организме после операции. Энтеральное питание позволяет укрепить иммунную систему, а также возместить высокие затраты пищевых веществ, необходимых при восстановлении организма после операции. Лечебное питание повышает жизненный тонус после операций на печени или жёлчевыводящих путях, ускоряет процесс заживления ран, существенно повышает устойчивость иммунитета к воздействию различных инфекций. Лечебное питание должно проходить под строгим врачебным контролем.

Ключевые слова: лечебное питание, операции, печень, жёлчевыводящие пути.

THE ROLE OF CLINICAL NUTRITION AFTER SURGERY ON THE LIVER WAYS AND BILE DUCTS

Khatsko V.V., Voytyuk V.N., Brahmi Noamen Ben Amara, Fominov V.M.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Surgery named by K.T. Ovnatanyan*

Summary. The importance of nutritional therapy after surgery on the liver and bile ducts. Such power allows purposefully carry out the correction of metabolic disorders in the body after surgery. Enteral nutrition helps to strengthen the immune system, as well as to compensate the high cost of food substances necessary for the restoration of the body after surgery. Therapeutic food increases vitality after operations on the liver or bile ducts ways, accelerates the healing process, significantly increases the stability of immunity to the effects of various infections. Clinical nutrition should be done under strict medical supervision.

Keywords: nutritional therapy, surgery, liver, bile ducts.

Актуальность. Энергетический обмен повышается после любых операций, происходит переход на полное или частичное эндогенное питание, что приводит к быстрому истощению резервов углеводов, жиров, к потере белков. Эти явления значительно ухудшают течение процессов регенерации, приводят к развитию послеоперационных осложнений [1, с. 10; 2, с. 8].

Целью работы явилось уточнение значения лечебного питания после операций на печени и жёлчевыводящих путях в комплексной терапии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты применения лечебного питания после частичной резекции печени по поводу непаразитарной кисты или гемангиомы (32 чел.) и после лапароскопической холецистэктомии (104 чел.). Среди больных было 89 женщин и 47 мужчин в возрасте 19-78 лет. Применены методы обследования: клинико-лабораторные, ультразвуковой, ФГДС, статистические.

Результаты и обсуждение. После частичной резекции печени в раннем послеоперационном периоде парентеральное питание проводилось в течение 4-6 дней. Следующие 4-5 дней занимал переход к естественному питанию. Такое сочетание энтерального питания с парентеральным предотвращало метаболический голод. Через 7-10 дней после операции назначали диету № 5ш (щадящий вариант) или диету № 5а. Через 3-4 недели пациент переходил на диету № 5 (на амбулаторном этапе лечения), включающую в меню рыбные и мясные паровые тефтели и котлеты, хлеб, протёртые каши, овощные и фруктовые пюре.

После холецистэктомии в 1-й день – голод. Через 36-48 часов – вода без газа, несладкий чай, несладкий кисель из сухофруктов, нежирный кефир в объёме 1-1,5 л в течение суток

(по 100-150 мл на один приём через каждые 3 часа). На 2-4-й день – диета №1а. В этих диетах после холецистэктомии использовали только слизистые супы, яйца в виде паровых белковых омлетов. На 8-10-й день после операции назначали диету № 5а, протёртый вариант, затем – переход на не протёртый вариант диеты № 5а. Такую диету соблюдали в течение 1,5-2 месяца после холецистэктомии. При непереносимости этой диеты включали диету № 5щ (щадящая) на 1-1,5 месяца (кроме пациентов с пониженной массой тела).

Принцип химического и механического щажения пищеварительной системы должен соблюдаться в течение 1,5-2 месяцев восстановительного лечения после холецистэктомии, иначе сформируется хроническое течение энтеральной недостаточности, как одна из форм постхолецистэктомического синдрома.

После восстановления физиологических функций организма назначали индивидуализированную диету № 5 на 1,5-2 года. Особое внимание обращали на переносимость продуктов, содержащих животные жиры, некоторые овощи и соки, сладкие блюда, яйца и блюда из них, молоко. При непереносимости продуктов диету пересматривали. В дальнейшем пациентам назначали диету № 15.

Наши исследования показали, что у пациентов после операций на печени или жёлчевыводящих путях строгое соблюдение диеты в комплексном лечении позволило снизить количество послеоперационных осложнений на 4,2%, получить хорошие и удовлетворительные отдалённые результаты в 96,5% случаев.

Выводы. В клинике лечебное питание является одним из самых важных условий выздоровления человека после операций на печени или жёлчевыводящих путях. Строгое соблюдение сроков перехода с одной диеты на другую, на фоне комплексного лечения, позволяет усилить эффект от терапии, привести к норме процессы, проходящие в организме, снизить побочные эффекты от принимаемых препаратов, избежать тяжёлых послеоперационных осложнений и постепенно справиться с самим заболеванием.

Литература

1. Гурвич М.М. Лечебное питание. Полный справочник / М.М. Гурвич, Ю.Н. Лященко.- М.: ЭКСМО, 2009.- 801с.
2. Бах Б. Лечебное питание по Певзнеру / Б. Бах.- М., 2006.- 64с.

УДК 616.37-002-036.11

СОВРЕМЕННОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Межаков С.В., Греджев Ф.А., Пархоменко А.В.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна*

Аннотация. Проанализирован опыт лечения 562 больных с острым панкреатитом (368 мужчин, и 194 женщины в возрасте от 18 до 67 лет). Лечебная тактика совершенствовалась и сегодня базируется на профилактике инфицирования панкреонекроза и на миниинвазивной хирургии. В комплексе терапии в последние годы применяются соматостатин и октрестатин. Препараты показали свою эффективность в лечении больных с отечным панкреатитом и неинфицированным панкреонекрозом, а также в лечении больных с наружными панкреатическими свищами. Послеоперационная летальность у больных с панкреатитом снижена до 4,7%.

Ключевые слова: острый панкреатит, комплексное лечение.

MODERN COMPLEX OF TREATMENT ACUTE PANCREATITIS

Khatsko V.V., Kuzmenko A.E., Mezhaikov S.V., Gredzhev F.A., Parchomenko A.V.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Surgery named by K.T. Ovnatanyan*

Summary. The experience of treatment 562 patients with acute pancreatitis (368 men, and 194 women in the age of from 18 till 67 years). Medical tactics was improved and today-bases on prophylaxis infected of a pancreatonecrosis and on miniinvasive of surgery. In a complex of therapy last years are applied a somatostatin and oktrestatin. The drugs have shown the efficacy in treatment of the patients with hydroptic pancreatitis and noninfected by a pancreatonecrosis, and also in treatment of the patients with outside pancreatic fistulas. The postoperative lethality at the patients with pancreatitis is reduced to 4.7%.

Keywords: acute pancreatitis, complex treatment.

Актуальность. В настоящее время больные острым панкреатитом оставляют 5-10 % от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15-20% наблюдений развитие острого панкреатита имеет деструктивный характер. Общая летальность при данном заболевании колеблется от 4,5 до 15%, при деструктивных формах летальность составляет 24-60 %, а послеоперационная достигает 70% и выше и не имеет тенденции к снижению [2; 3; 4; 5]. За прошедшие 15 лет достигнуты значительные успехи в понимании природы острого панкреатита [1; 5]. Значительно улучшились методы визуализации поджелудочной железы [3]. Таким образом, стало возможно классифицировать тяжесть болезни и оценивать развитие панкреатита в режиме реального времени [4]. Это позволило проводить объективную оценку различных новых подходов, разработанных с целью существенного сокращения смертности при этом заболевании [5].

В последние годы изменилась тактика лечения ОП в связи с улучшением диагностики, методов интенсивной и малоинвазивной терапии, развитием знаний о центральной роли панкреатической инфекции [2; 3; 5].

Цель работы – улучшить результаты лечения больных ОП путем совершенствования диагностической и лечебной тактики.

Материалы и методы исследования. В клинике обобщен опыт лечения больных ОП с учетом международной классификации, предложенной в 1992 г. в Атланте (M.Thumshirin et.al., 1994, G.G. Tsitos et al., 1999), стандартов диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы и рекомендаций Международной Панкреатологической Ассоциации. За 10 последних лет лечились 562 больных с ОП. Мужчин было 368, женщин – 194 в возрасте от 18 до 67 лет. ОП легкой степени тяжести диагностирован у 143 (25%) больных, тяжелой степени – у 76 (14%), стерильный панкреонекроз – у 69 (12%), инфицированный панкреонекроз – у 177 (31%), острая киста (панкреатит с формированием псевдокисты) – 48 (8,5%), панкреатогенный абсцесс – у 49 (9,5%). Диагноз устанавливался в течение 24-48 часов с момента поступления больного. Оперировано 357 (63,5%) больных, умерло после операции – 17 (4,7%).

Пациентам производили клинический анализ и биохимические анализы крови, энзимологические исследования крови, общий анализ мочи, обзорную рентгенографию органов брюшной полости и грудной клетки, фиброэзофагогастродуоденоскопию, УЗИ, КТ или МРТ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны и забрюшинного пространства. Оценка степени тяжести острого панкреатита определяли по прогностическим критериям J. Ranson.

Результаты и обсуждение. Заболевания внепеченочных желчных путей -164 (29%) случая явились основным этиологическим фактором в развитии ОП, алкогольная (алиментарная) причина панкреатита была у 26% больных. В 17% наблюдений этиологический фактор развития ОП в ходе обследования установить не удалось. Наиболее тяжелые формы панкреатита наблюдались при остром алкогольном, билиарном и идиопатическом панкреатитах.

У всех 562 больных проведена объективная оценка тяжести ОП по J.Ranson, при этом было зарегистрировано от 0 до 7 критериев. У 143 (25,5%) пациентов степень тяжести панкреатита была оценена как легкая (критерии Ranson – 0-3), тяжелый ОП был у 76 (13,5%) больных (6 и более критериев Ranson). Чем больше критериев Ranson

зарегистрировано, тем выше вероятность неблагоприятного течения заболевания вплоть до фазы гнойных осложнений и летального исхода.

Легкий и среднетяжелый ОП (143 больных) не являлся показанием для оперативного лечения, за исключением острого билиарного панкреатита.

Пациентам с диагнозом «ОП легкой и среднетяжелой ст.» проводилась стандартная (базисная) консервативная терапия: анальгетики, внутривенная инфузионная терапия. При остром лекарственном, гастрогенном и идиопатическом панкреатитах базисная терапия дополнялась применением препарата Нексиум (компания AstraZeneca, Великобритания, ингибитор H^+/K^+ -АТФазы). Нексиум применяли в форме в/в инфузии 40 мг в сутки, в течение 5-10 дней с переходом на таблетированную форму. При остром билиарном панкреатите больным проводилась консервативная терапия, оперативное лечение выполнялось в течение 24 часов. Операцией выбора при данной форме панкреатита являлась лапароскопическая холецистэктомия и дренирование общего желчного протока. При наличии холедохолитиаза выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, а позже – лапароскопическая холецистэктомия.

Больные с ОП тяжелой степени имели высокий риск смерти от сердечно-сосудистой или легочной недостаточности, что требовало проведения интенсивной консервативной терапии. Отсроченное хирургическое вмешательство проводилось на третьей или четвертой неделе после начала заболевания, что считается оптимальным для обеспечения необходимых условий для некрсеквестрэктомии. Это уменьшает риск кровотечения, минимизирует связанную с оперативным вмешательством потерю здоровой ткани, которая ведет к эндокринной и экзокринной панкреатической недостаточности.

Несмотря на то, что эффективность таких антисекреторных препаратов как октреотид была опровергнута в больших исследованиях [4], мы применяли препарат Октреотид (компания Фармсинтез, Россия) при остром тяжелом панкреатите и стерильном панкреонекрозе (критерии Ranson – 6 и более), в случаях алкогольного, идиопатического, посттравматического и послеоперационного панкреатитов в дозе 100 мкг 3 раза в сутки п/к в течение 5-7 дней. При остром тяжелом панкреатите и стерильном панкреонекрозе больным проводилась профилактическая антибиотикотерапия. Применение антибиотика группы карбапенемов Меронема (компания AstraZeneca, Великобритания) в дозе 500 мг 3 раза в сутки в течение 10-14 суток позволило предотвратить инфицирование панкреонекроза.

Диагноз острого инфицированного панкреонекроза был установлен у 177 больных на основании клинической картины (наличие сепсиса, критерии Ranson – 9 и более) и выявленного при сонографии (КТ, МРТ) панкреатического или перипанкреатического некроза с наличием газа в пределах поджелудочной железы, забрюшинного пространства. Все больные с инфицированным панкреонекрозом, независимо от этиопатогенетических форм, были оперированы. Выполнено 207 операций (однократно оперировано 152 больных, дважды – 20, трижды – 5): вскрытие и дренирование абсцесса поджелудочной железы, некрсеквестрэктомия, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны – 177, этапная некрэктомия – 14, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны, флегмоны поясничной области, передней брюшной стенки – 5, илеостомия – 7, антрумпликация, гастроэнтеростомия по Вельфлеру – 4.

Антибактериальная терапия у 104 больных проводилась в виде экстракорпорального введения Меронема 1 г в сутки в течение 8 дней, затем в/в 500 мг 3 раза в сутки в течение 10-14 дней. Умерли 12 чел. (все оперированные). Причинами смерти явились: аррозивное кровотечение – 3, прогрессирующая забрюшинная флегмона, сепсис – 3, желудочно-кишечное кровотечение – 3, полиорганная (печеночно-почечная, сердечно-сосудистая) недостаточность – 3.

Острая киста поджелудочной железы выявлена у 48 пациентов, из них у 54% выявлены билиарный и алкогольный этиологические факторы. Всем проводилась стандартная (базисная) консервативная терапия, оперировано 28 (58%) больных. Операцией выбора являлось перкутанное дренирование кисты под сонографическим контролем, которое произведено 17 (35%) пациентам. Показаниями для выполнения чрескожного дренирования явились: диаметр кисты более 8-10 см, сдавление смежных органов с нарушением их функций, инфицирование кисты. Всем больным с билиарной этиологией выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Вскрытие и дренирование кисты выполнено у 11 больных, видеоассистированное ее дренирование – у 3.

Панкреатогенный абсцесс выявлен у 49 больных. Больным проводилась стандартная (базисная) консервативная и антибактериальная терапия после дренирования абсцесса под сонографическим контролем.

Выводы. Таким образом, определение этиопатогенетической формы ОП на основании оценки данных клинического, лабораторного и инструментального обследования является основополагающим моментом в выборе метода лечения. Показанием к хирургическому лечению являются ОП билиарной этиологии и инфицированный панкреонекроз с клиническими признаками сепсиса. При остром легком, среднетяжелом панкреатите хирургическое лечение не показано. Этим больным должна проводиться комплексная консервативная терапия, направленная на разрыв цепи патогенеза заболевания. Пациентам со стерильным панкреонекрозом показано консервативное лечение, а оперативное - в отдельных случаях. Профилактическое использование антибиотиков группы карбапенемов снижает частоту развития инфекции и позволило уменьшить послеоперационную летальность до 4,7% (за последние 5 лет).

Литература

1. Бобров О.Е. Мифы и реальности панкреатологии: целесообразно ли использование антибиотиков в лечении больных острым панкреатитом? / О.Е. Бобров // Укр. журнал хірургії.- 2008.- № 3.- С. 3-14.
2. Кондратенко П.Г. Октрестатин в комплексном лечении больных с острым панкреатитом / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова // Укр. журнал хірургії.- 2008.- № 2.- С. 105-108.
3. Кондратюк О.П. Тактичні підходи до лікування деструктивних форм гострого панкреатиту з використанням мініінвазивних технологій та ендоскопічних втручань / О.П. Кондратюк // Укр. журнал хірургії.- 2010.- № 2.- С. 139-142.
4. Теслюк І.І. Гострий панкреатит. Проблеми діагностики та лікування / І.І. Теслюк, В.В. Сулік, В.К. Сулік // Хірургія України.- 2010.- № 3.- С. 116-121.
5. Carroll J.K. Acute pancreatitis: diagnosis, prognosis and treatment / J.K. Carroll, V. Herrick, T. Gipson, S.P. Lee // Am. Fam. Physician. - 2007.- № 10.- P. 1513-1520.

УДК 616.37-006.2-089.819

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шаталов А.Д., Кузьменко А.Е., Греджев Ф.А., Шаталов С.А.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна*

Аннотация. В работе проведен анализ эффективности методов лечения псевдокист поджелудочной железы – аспирация и дренирование под ультразвуковым и КТ-контролем, дренирование под контролем лапароскопии, оперативное лечение (наружное и внутреннее дренирование). Оценены показания и противопоказания к применению указанных методов, возможные осложнения. Разработан алгоритм выбора оптимальной тактики лечения при псевдокистах поджелудочной железы. Сделаны выводы о необходимости осуществления индивидуального выбора метода лечения с учетом размеров и расположения кист, особенностей течения заболевания, соматического состояния и индивидуальных особенностей больного.

Ключевые слова: оперативная тактика, псевдокисты поджелудочной железы.

OPERATIONAL TACTICS IN PSEUDOCYSTS PANCREAS

Shatalov A.D., Kuzmenko A.E., Gredzhev F.A., Shatalov S.A.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Surgery named by K.T. Ovnatanyan*

Summary. Authors analyzed the efficacy of surgical tactics used in management of pancreas pseudocysts – aspiration and drainage under ultrasonic- and computer tomography control, drainage under the control of a laparoscopy, operative treatment (external and internal drainage). The indications and contraindications for above-mentioned methods application as well as possible complications are estimated. The proposed algorithm of optimum tactics choice was developed to treat pseudocysts of a pancreas. Basing on the results obtained it was determined the necessity to carry out the choice of individual treating method according to dimensions and localization of cysts, features of a disease flow, somatic state and individual peculiarities of the patient.

Keywords: operational tactics, pancreatic pseudocyst.

Актуальность. На современном этапе существует несколько подходов к лечению псевдокист поджелудочной железы (ППЖ) [1; 2; 3; 4, с. 129]. Наиболее распространенными из них являются: оперативное лечение [4, с. 130], аспирация и дренирование под контролем лучевых методов визуализации (УЗИ, КТ) [3; 5, с. 169] дренирование под контролем лапароскопии [5, с. 177]. Однако до настоящего времени отсутствуют четкие критерии выбора оптимальной лечебной тактики в зависимости от локализации и размеров псевдокист, соматического состояния больного.

Цель работы – разработка алгоритма выбора оптимального метода (или методов) лечения ППЖ.

Материалы и методы. За последние 6 лет проведено лечение 92 пациентов (58 мужчин, 34 женщины) в возрасте 17-68 лет, с ППЖ диаметром 4-21 см. Выполнено 48 чрескожных пункционных вмешательств (27 аспираций, 21 дренирование) под контролем лучевых методов визуализации (39 – УЗ- контроль, 9 – КТ-контроль), 5 – дренирование под контролем лапароскопии, 39 – лапаротомное оперативное лечение (наружное и внутреннее дренирование). Лечение проводилось на фоне противопанкреатической и антибактериальной терапии по общепринятым схемам.

Для контроля чрескожных пункционных вмешательств использовался УЗ-сканер с приставкой для цветного доплеровского картирования (ЦДК) с конвексным датчиком 3.5-5 МГц, либо компьютерный томограф. Вмешательства проводились под местной анестезией, при беспокойном поведении больного (5 пациентов) – нейролептанальгезией. Траектория доступа избиралась, исходя из безопасного акустического окна, с учетом данных ЦДК. Положение больного зависело от доступа: внебрюшинном доступе – положение больного лежа на животе; при чересбрюшинном доступе – положение лежа на спине или правом боку; при чересбрюшинном транспеченочном или трансжелудочном доступе – положение лежа на спине.

Аспирацию выполняли полыми иглами 12-18 G. Дренирование по Сельдингеру выполняли катетерами диаметром 7-9 Fr типа «свиной хвостик». Длительность стояния дренажа составила 7-90 суток.

Дренирование под контролем лапароскопии выполняли под эндотрахеальным наркозом. После наложения пневмоперитонеума в брюшную полость вводили лапароскоп, выполняли ревизию брюшной полости. При отсутствии спаечного процесса обеспечивали доступ к поджелудочной железе, раскрывая сальниковую сумку. Псевдокисту пунктировали полрой иглой 16 G, аспирировали жидкостный компонент и устанавливали в полость псевдокисты полихлорвиниловый дренаж, наружную часть дренажа фиксировали на коже лигатурой. Длительность стояния дренажа в зависимости от сроков опорожнения псевдокисты составляла 7-90 суток.

Оперативное лечение выполнялось 39 пациентам. Характер операций при кистах поджелудочной железы: наружное дренирование – 21 (53,8%), цистоэнтероанастомоз по

Ру – 2 (5,2%), цистоэнтероанастомоз с межкишечным анастомозом и “заглушкой” по А.А. Шалимову - 7 (17,9%), цистэктомия – 2 (5,2%), резекция хвостовой части поджелудочной железы, спленэктомия – 7 (17,9%). У 14 (35,9%) больных дренирование псевдокист сочеталось с операциями на желчных путях, (холецистэктомия – 5, холедохостомия – 3, холедоходуоденостомия – 6). Динамический контроль результатов лечения проводился эхографически на протяжении 24 месяцев.

Результаты и обсуждение. Если нет перитонита, при наличии безопасной траектории доступа оптимальным методом лечения, как правило, является УЗ- или КТ-контролируемая аспирация или дренирование, уровень успеха (отсутствие рецидива либо рецидивная псевдокиста менее 2 см в диаметре) которых составил соответственно 88,9% и 91,5%. Эхографическая и компьютерно-томографическая картина ППЖ во всех случаях была патогномоничной для данной патологии.

Простая одномоментная аспирация иглой показана при наличии псевдокисты диаметром менее 7 см., дренирование – при псевдокистах больших размеров. Также возможно дренирование в остром периоде панкреатита при наличии выпота в сальниковой сумке, что существенно облегчает течение заболевания.

Противопоказаниями к чрескожной пункции являются: отсутствие безопасного доступа, выраженные коагулопатии; асцит; клаустрофобия (при КТ-контроле).

При крупных псевдокистах (более 10 см) без специальных профилактических манипуляций процент рецидива достаточно высок – до 24% [3]. В данном случае перспективным является внедрение метода их склерозирования.

По нашему мнению, при выборе метода контроля пункционного вмешательства следует отдать предпочтение эхографии по следующим причинам: возможность контроля в реальном масштабе времени, отсутствие лучевых нагрузок, меньшая длительность и, как следствие, большая безопасность пункции, доступность и относительная дешевизна оборудования. ЦДК обеспечивает снижение уровня осложнений, связанных с нарушением целостности кровеносных сосудов по ходу пункционного канала, за счет их визуализации в цвете. Также доплерографически возможно оценить адекватность аспирации и функционирования дренажа путем визуализации тока кистозного содержимого. Бесспорное преимущество КТ в контроле пункции псевдокист тела или хвоста поджелудочной железы по причине их четкой (в отличие от УЗИ) визуализации при положении больного лежа на животе, а также при крупных псевдокистах, не визуализируемых полностью при УЗИ.

Для улучшения визуализации возможно контрастирование полости псевдокисты через дренаж. При отсутствии безопасного чрескожного доступа целесообразно выполнение дренирования ППЖ под контролем лапароскопии. Ограничением для применения метода является наличие спаечного процесса в брюшной полости, затрудняющего визуализацию железы, а также тяжелое состояние больного, наличие сопутствующих заболеваний.

Лапаротомные операции при ППЖ являются технически сложными, требуют длительной госпитализации, имеют широкий спектр противопоказаний. По нашему мнению, к ним следует прибегать только при наличии перитонита (у 17-43,6%) пациентов либо невозможности малоинвазивного лечения, при отсутствии безопасного доступа для пункционных вмешательств и наличии спаечного процесса, препятствующего лапароскопическому дренированию (у 6 - 15,4% чел.). Также оперативное лечение показано в случаях упорного рецидивирования псевдокисты после малоинвазивного лечения по причине связи псевдокисты с вирусунговым протоком – (14, 35,9%) либо при гнойном содержимом ППЖ (2, 5,1%).

Наиболее удобным видом внутреннего дренирования мы считаем Y-образный цистоэнтероанастомоз, дающий хорошие отдаленные результаты. Цистэктомия –

наиболее радикальный метод лечения, но он может быть применен лишь при небольших псевдокистах.

Из осложнений при пункционных вмешательствах отмечены кратковременные болевые и температурные реакции. У 2 (9,5%) пациентов имело место выпадение дренажа; дренаж был установлен повторно. У 4 (19,0%) наблюдалось подтекание кистозного содержимого, которое было устранено при проведении противопанкреатической терапии. Перитонита и нагноения по ходу пункционного канала не было. У 2 больных после наружного дренирования сформировался стойкий панкреатический свищ. При повторной операции выполнена продольная панкреатоеюностомия.

Выводы. Лечебно-диагностическая тактика лечения псевдокист поджелудочной железы осуществляется с учетом их размеров и расположения, особенностей течения заболевания, соматического состояния и индивидуальных особенностей больного. Оптимальным методом лечения псевдокист поджелудочной железы является их чрескожная пункционная аспирация или дренирование под контролем УЗИ или КТ. При отсутствии чрескожного доступа к псевдокисте поджелудочной железы предпочтительным способом ее лечения является дренирование под лапароскопическим контролем. Традиционное открытое оперативное лечение псевдокист поджелудочной железы показано при перитоните, гнойном содержимом кист, отсутствии доступа для малоинвазивного лечения, при хронически рецидивирующих кистах.

Литература

1. Бабий Я.С. Чрескожные вмешательства под контролем УЗИ и КТ в диагностике и лечении заболеваний поджелудочной железы / Я.С.Бабий, Н.В. Момот, А.Д.Зубов, Е.А.Савченко // Променева діагностика, променева терапія: Зб. наук. робіт АРУ.- Київ, 2000.- Вип.8.- С. 120-123.
2. Курыгин А.А. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы / А.А. Курыгин, А.Д. Смирнов, С.И. Перегудов // Хирургия.- 1998.- №3.- С. 10-13.
3. Ничитайло М.Е. Диагностика, прогнозирование течения деструктивного панкреатита и лечение его осложнений путем чрескожных эхоконтролируемых вмешательств / М.Е. Ничитайло, Д. Ю. Машковский, Н.Д. Вокошенкова // Анналы хирургической гепатологии.- 2002.- Т.7.- № 1.- С. 217-218.
4. Шалимов А.А. Хронический панкреатит / А.А.Шалимов, В.В. Грубник, Д. Горовиц, А.И. Зайчук, А.И. Ткаченко.- Киев: Здоровье, 2000.- 166с.
5. Шалимов С.А. Острый панкреатит и его осложнения / С.А. Шалимов, А.Т. Радзиховский, М.Е. Ничитайло.- Киев: Наукова думка, 1990.- 272с.

УДК 616.748.54-018.38_002+615.38

ПРИМЕНЕНИЕ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТЕНДОПАТИЕЙ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ

Штугин А.А., Попов С.В., Штугин И.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,

НИИ травматологии и ортопедии, кафедра травматологии, ортопедии и ХЭС

Аннотация. Проанализированы результаты лечения 17 пациентов (11 мужчин, 6 женщин) в возрасте от 28 до 59 лет (средний 38,7±3,4) с хронической ахиллотендопатией инъекционным введением обогащенной тромбоцитами плазмы. Установлено снижение интенсивности болевого синдрома с 47,9±9,3 мм до 21,7±6,4 мм (по аналоговой шкале боли) через 4 недели и до 17,6±6,1мм через 24 недели (p<0,05). Сонографически установлено улучшение структуры сухожилия через 12 недель. Перитендинальное введение обогащенной тромбоцитами плазмы является безопасным методом и оказывает стимулирующее влияние на течение регенераторных процессов в сухожилии и его синовиальной оболочке.

Ключевые слова: тендопатия Ахиллова сухожилия, обогащенная тромбоцитами плазма.

APPLICATION OF PLATELET RICH PLASMA IN THE REHABILITATION OF PATIENTS

WITH ACHILLES TENDINOPATHY

Shtutin A.A., Popov S.V., Shtutin I.A.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk**Institute of Traumatology and Orthopedics, Department of Traumatology, Orthopedics and SES*

Summary. Results of platelet-rich plasma injection therapy (PRP) of 17 patients (11 men, 6 women) aged 28 to 59 years (mean 38.7±3.4) with chronic Achilles tendinopathy are represented. A reduction in pain intensity from 47.9±9.3 mm to 21.7±6.4 mm (VAS) at 4 weeks and up to 17.6±6.1 mm at 24 weeks ($p<0.05$) was found. The data of sonography found improvement of tendon structure in 12 weeks. PRP injection therapy is a safe method with stimulating effect on the course of regenerative processes in the tendon and peritendinous tissue.

Keywords: tendinopathy Achilles tendon, platelet-rich plasma.

Актуальность. Проблема лечения больных с тендопатиями традиционно остается в центре внимания ортопедов, специалистов по спортивной медицине и реабилитации [4]. Это связано как с распространенностью патологии, так и с частотой развития рецидивов и осложнений при применении традиционных методов. Тендопатия Ахиллова сухожилия является самым частым вариантом поражения сухожилий нижней конечности [4]. В патогенезе ахиллопатии главная роль отводится хронической перегрузке и микротравматизации, приводящим к развитию дистрофических изменений в толще сухожилия и вторичному воспалению синовиального влагалища. Наиболее тяжелым осложнением считается подкожный разрыв Ахиллова сухожилия, что требует хирургического лечения, а в ряде случаев становится причиной утраты трудоспособности. Традиционное лечение ахиллопатии включает продолжительную иммобилизацию, применение нестероидных противовоспалительных средств и физиотерапии. Следует подчеркнуть, что указанные мероприятия не оказывают влияния на процессы спонтанной регенерации собственно сухожилия, а лишь способствуют подавлению вторичной воспалительной реакции. Вследствие этого сохраняется постоянный риск развития рецидива заболевания после возобновления физической нагрузки.

Патогенетически обоснованным представляется применение методов, направленных на восстановление структуры сухожилия, направленную стимуляцию регенераторных процессов. Одним из вероятных путей решения данной задачи является применение эндогенных факторов роста [1, 2]. В числе возможных источников получения последних рассматривается обогащенная тромбоцитами плазма (ОТП) (Platelet Rich Plasma – PRP), содержащая высокие концентрации тромбоцитарных факторов роста (PDGF, TGF, IGF, VEGF, EGF, bFGF), которые играют существенную роль в процессах регенерации [1, 2]. К настоящему времени ОТП применяется в различных областях регенеративной медицины для стимуляции восстановительных процессов при повреждениях кожи и мышц [2], костной и хрящевой тканей [2, 3], связочного и сухожильного аппарата [4]. Считается, что ОТП стимулирует клеточную пролиферацию и дифференцировку, синтез коллагена, неангиогенез и хемотаксис, обладает значительной противовоспалительной активностью [1, 2]. Вместе с тем анализ литературных данных по применению ОТП для лечения тендопатий дает противоречивые результаты, что требует проведения дальнейших исследований.

Целью данного исследования являлась оценка эффективности применения ОТП в реабилитации больных с тендопатией Ахиллова сухожилия.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 17 пациентов обоего пола (11 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 28 до 59 лет (средний возраст 38,7±3,4), страдающих тендопатией Ахиллова сухожилия. Правосторонние поражения имели место у 10 больных, левосторонние – 7. Длительность клинических проявлений до включения в исследование колебалась от 9 до 28 недель (средняя – 5,8±1,2 недели). Начало заболевания 9 пациентов связывали с повышенными спортивными нагрузками. У 11 пациентов клиническая картина носила рецидивный характер. На протяжении предшествующего

периода все пациенты получали стандартную противовоспалительную терапию и физиотерапевтическое лечение без существенного клинического улучшения.

Комплекс клинико-инструментального обследования пациентов наряду со стандартными методами клинической диагностики включал использование визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ – VAS) и сонографии с помощью ультразвукового сканера SonoScape 2.0 Pro линейным датчиком высокой плотности L743 (SonoScape Co., Ltd., China). Оценка клинико-инструментальных данных осуществлялась в динамике через 4, 12, 24 недели после введения ОТП. Полученные результаты обрабатывали методами биостатистики с помощью программы Statistica 6.0.

Методика приготовления и введения ОТП. Применение ОТП для данного исследования было одобрено комиссией по биоэтике и осуществлялось после получения информированного согласия пациентов. Забор крови, ее центрифугирование и забор плазмы из среднего слоя центрифугата по стандартной методике выполняли в стерильных условиях в день выполнения процедуры с использованием центрифуги “Elmi” (Латвия) – 8 мин при 1800 оборотах. Активацию тромбоцитов осуществляли с помощью добавления к плазме 10% раствора глюконата кальция непосредственно перед процедурой. Инъекции 1,5 мл ОТП производили паратендинально под ультразвуковым контролем под малым давлением во избежание компрессионного повреждения структур.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина у всех пациентов носила типичный характер и характеризовалась наличием болевого синдрома, ограничением активного подошвенного сгибания стопы при сохраненном объеме пассивных движений, умеренным локальным отеком, ограничением весовой нагрузки на конечность.

Выраженность болевого синдрома и динамика его изменений представляется наиболее существенным клиническим признаком эффективности проводимой терапии. Сравнительная оценка данного показателя представлена в таблице.

Анализ представленных величин показывает наличие статистически достоверного значительного снижения интенсивности болевого синдрома после введения ОТП в ранние (до 12 недель) и средние (от 12 до 24 недель) сроки.

Таблица.

Показатели интенсивности болевого синдрома у больных ахиллотендопатией при лечении ОТП.

Этап оценки	Интенсивность боли по ВАШ (в мм)	Достоверность различий от доинтервенционного уровня
До начала лечения	47,9±9,3	–
Через 4 недели	21,7±6,4	P<0,05
Через 12 недель	19,2±5,8	P<0,05
Через 24 недели	17,6±6,1	P<0,05

Вместе с тем обращает на себя внимание отсутствие статистически значимых различий в уровне показателя ВАШ в различные сроки после инъекции ОТП, что может свидетельствовать об отсутствии его продленного противовоспалительного действия.

Анализ сонографической семиотики ахиллотендопатии показал, что наиболее значимыми признаками являлись утолщение сухожилия, гетерогенность его структуры, наличие жидкостных включений в толще сухожилия, утолщение синовиальной оболочки сухожилия (паратенона). В то же время нами не было установлено достоверной взаимосвязи между клиническим диагнозом ахиллотендопатии и наличием признаков ахиллобурсита, а также изменениями структуры пяточной кости.

Анализируя динамику сонографической семиотики, следует отметить, что спустя 4 недели от момента введения ОТП было выявлено уменьшение толщины паратенона и

уменьшение гетерогенности сухожильной структуры, также определялось снижение числа жидкостных включений. К 24 неделям от момента введения ОТП сонографические данные свидетельствовали о существенном улучшении внутренней структуры сухожилия и купировании воспалительных изменений в паратеноне. Следует отметить, что небольшое число наблюдений и сложность количественной оценки сонографических признаков накладывают объективные ограничения на возможность статистического анализа представленных данных. Вместе с тем выявляется отчетливая тенденция, свидетельствующая в пользу наличия положительной динамики регенераторных процессов в Ахилловом сухожилии под влиянием ОТП.

Клиническая оценка исходов лечения показала положительный результат у всех пациентов исследуемой группы. Боль при обычных физиологических нагрузках была купирована у всех больных. Из 9 пациентов, занимающихся профессиональным спортом, к регулярному тренировочно-соревновательному режиму вернулись 8. Значимых побочных эффектов и осложнений терапии ОТП в процессе исследования выявлено не было.

Выводы.

1 Перитендинальное введение обогащенной тромбоцитами плазмы является безопасным методом и оказывает стимулирующее влияние на течение регенераторных процессов в сухожилии и его синовиальной оболочке.

2. При перитендинальном введении обогащенной тромбоцитами плазмы болевой синдром регрессирует в течение ближайших 4 недель, что позволяет восстановить общую и спортивную трудоспособность.

3. Положительные эффекты обогащенной тромбоцитами плазмы наиболее отчетливо проявляются в ранние сроки после введения, однако в более отдаленном периоде имеют тенденцию к угасанию.

Литература

1. El Backly RM A platelet-rich plasma-based membrane as a periosteal substitute with enhanced osteogenic and angiogenic properties: a new concept for bone repair / Backly RM, Zaky SH, Muraglia A et al. // Tissue Eng Part A. 2013 Jan; 19(1-2): 152-165.

2. Khoshbin A The efficacy of platelet-rich plasma in the treatment of symptomatic knee osteoarthritis: a systematic review with quantitative synthesis / Khoshbin A, Leroux T, Wasserstein D et al. // Arthroscopy. 2013 Dec; 29(12): 2037-2048.

3. Kilincoglu V Short term results comparison of intraarticular platelet-rich plasma (prp) and hyaluronic acid (ha) applications in early stage of knee osteoarthritis / Kilincoglu V, Yeter A, Servet E et al.// Int J Clin Exp Med. 2015 Oct 15; 8(10): 18807-18812.

4. Tsikopoulos K The clinical impact of platelet-rich plasma on tendinopathy compared to placebo or dry needling injections: A meta-analysis/ Tsikopoulos K, Tsikopoulos I, Simeonidis E et al.// Phys Ther Sport. 2016 Jan; 17: 87-94.

УДК 616.75+616.748.55]+615.825.6

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОДОШВЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Штутин А.А., Попов С.В., Штутин И.А.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
НИИ травматологии и ортопедии, кафедра травматологии, ортопедии и ХЭС*

Аннотация. Проанализированы материалы лечения 54 пациентов в возрасте от 38 до 73 лет (средний возраст – 44,3±4,2). Мужчин 21, женщин – 33. Индекс массы тела был повышен у 90,74% (33,6±6,4; 20,1-62,9). Длительная статическая нагрузка имела место у 77,8%, ограничение разгибания стопы у 68,52%, снижение подошвенного индекса у 62,97% (27±2,3). Интенсивность болевого синдрома по ВАШ до начала лечения 64,3±26,4 мм (23,2-76,8). После трех сеансов ЭУВТ показатель ВАШ 21,7±12,4 мм (9,4-39,7) (p<0,5); через 3 месяца – 18,6±9,4 мм (5,3-32,1) (p<0,5); через 9 месяцев – 22,2±10,7 мм (8,1-35,9) (p<0,5). Положительный результат достигнут у 51 пациента (94,4%), через 9 месяцев – у 47 пациентов (87,04%). Фокусированная ЭУВТ является высоко эффективным методом, обеспечивающим устранение болевого синдрома как в ранние, так и отдаленные сроки.

Ключевые слова: хронический подошвенный болевой синдром, экстракорпоральная ударно-волновая терапия.

EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE THERAPY FOR THE REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH CHRONIC PAINFUL PLANTAR SYNDROME

Shtutin A.A., Popov S.V., Shtutin I.A

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Institute of Traumatology and Orthopedics, Department of Traumatology, Orthopedics and SES*

Summary. The purpose of the study was assessment of the effectiveness of ESWT for the treatment of CPF. 54 patients (men – 21, women – 33) with age of 38 to 73 (average age 44.3±4.2) were included. The heightened BMI had 90.74% (33.6±6.4; 20.1-62.9); prolonged static load – 77.8%, the foot extension limitation – 68.52%; decrease of plantar index – 62.97% (27.0±2.3). The rate of VAS before intervention was 64.3±26.4 mm (23.2-76.8); through 3 ESWT sessions – 21.7±12.4 mm (9.4-39.7) (p<0.5); through 3 months – 18.6±9.4 mm (5.3-32.1) (p<0.5); through 9 months – 22.2±10.7 mm (8.1-35.9) (p<0.5). The positive results were achieved in 51 cases (94.4%) after ESWT and through 9 months – 47 patients (87.04%). ESWT is high effective method for the treatment of CPF and pain elimination.

Keywords: chronic painful plantar syndrome, extracorporeal shock wave therapy.

Актуальность. Хронический подошвенный болевой синдром встречается у 10-12% больных с заболеваниями стоп, а в старшей возрастной группе частота его выявления достигает 32% [1, 2, 3]. Существующие традиционные методы консервативного лечения, включающие медикаментозную терапию нестероидными противовоспалительными средствами, разгрузку стопы специальными вкладышами, ночное шинирование, физиотерапию, специальные программы упражнений, направленных на растяжение подошвенного апоневроза, не всегда позволяют добиться положительного результата [1, 4, 5]. Оперативные же вмешательства по поводу данной патологии также не гарантируют стойкого излечения [5, 6].

Метод экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ) рассматривается рядом исследователей в качестве одного из наиболее эффективных средств реабилитации больных страдающих хроническим подошвенным болевым синдромом [2, 7]. Вместе с тем ряд исследователей указывают на недостаточную эффективность ЭУВТ и высокий уровень рецидива заболевания в различные отдаленные сроки [8].

Целью данного исследования являлась оценка эффективности фокусированной экстракорпоральной ударно-волновой терапии в лечении хронического подошвенного болевого синдрома.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 54 пациента. Мужчин было 21 (38,89%), женщин – 33 (61,11%). Средний возраст $44,3 \pm 4,2$ года (от 38 до 73 лет). Давность заболевания варьировала от 3 месяцев до 7 лет, составляя в среднем $10,6 \pm 2,4$ месяца. Правостороннее поражение имело место в 18 (33,33%) случаях, левостороннее – 17 (31,48%), двустороннее – 19 (35,19%). Все пациенты до включения в исследование получали традиционное консервативное лечение на протяжении не менее 3 месяцев.

Экстракорпоральная фокусированная ударно-волновая терапия проводилась аппаратом «PIEZOWAVE» (производства «Richard Wolf», Германия) в режиме работы 6-10 уровня (2000 импульсов с плотностью потока энергии $0,2$ мДж мм²). Сеансы выполнялись 1 раз в неделю, их количество варьировало от 3 до 5 в зависимости от достигаемого клинического эффекта. В случаях двустороннего поражения вначале проводили лечение на стороне более выраженного болевого синдрома, а затем спустя 3-4 недели назначали ЭУВТ на контрлатеральную конечность.

Рентгенологическое исследование выполнялось на цифровом рентгеновском комплексе Viromatic G100RF (Италия) для исключения костно-суставной патологии, определения наличия пяточного экзостоза («шпоры»), выявления деформаций свода стопы. Перед включением в исследование и по окончании курса ЭКУВТ производилось сонографическое обследование с помощью ультразвукового сканера SonoScape 2.0 Pro линейным датчиком высокой плотности L743 (SonoScape Co., Ltd., China) по стандартной методике. При обследовании оценивали структурные характеристики подошвенной фасции и окружающих мягких тканей в зоне костной фиксации и на 2 см дистальнее. Обследование производили на симметричных участках обеих стоп.

В отдельных случаях для детального анализа анатомических особенностей процесса использовали магнитно-резонансную томографию (MP томограф Signa Excite HD 1,5T, GE, USA). Оценка интенсивности болевого синдрома проводилась по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ – VAS) до начала терапии, перед проведением каждого последующего сеанса, по окончании курса и через 3, 6 и 9 месяцев после окончания курса ударно-волновой терапии. Полученные результаты обрабатывали методами биостатистики с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Было установлено, что повышение массы тела имело место у 90,74% пациентов. При этом средний показатель ИМТ составил $33,6 \pm 6,4$ ($20,1$ - $62,9$) кг/м². Длительность работы в положении стоя (статическая нагрузка) составила в среднем $4,8 \pm 3,6$ ($3,2$ - $6,4$) часа в сутки. Ограничение разгибания стопы менее 20° имело место у 68,52% больных. Снижение подошвенного индекса менее 29 (средний $27 \pm 2,3$) выявлено у 63% пациентов и ассоциировалось с повышением массы тела. В то же время длительные динамические нагрузки, в том числе и спортивные, встречались лишь у 15% больных.

Анализ частоты выявления факторов риска хронического подошвенного фасциита показывает, что наиболее значимыми выявились повышение массы тела и наличие профессиональных продленных статических перегрузок, ассоциируемых с развитием статического продольного плоскостопия, что коррелирует с литературы данными [3,4,9].

Утренняя и стартовая болезненность была выявлена у 49 (90,74%) больных (таблица).

Интенсивность болевого синдрома по ВАШ составила $64,3 \pm 26,4$ мм ($23,2$ - $76,8$). Вечерний и ночной болевой синдром отмечался у 43 (79,63%) пациентов и характеризовался несколько меньшей интенсивностью – показатель ВАШ $57,1 \pm 27,4$ мм ($21,3$ - $61,4$).

Таблица.

Показатели интенсивности боли у больных хроническим подошвенным болевым синдромом при применении экстракорпоральной фокусированной ударно-волновой терапии.

Этап оценки	Интенсивность боли по ВАШ (в мм)	Достоверность отличия от прединтервенционного показателя
До начала лечения	64,3±26,4	–
После 1-го сеанса	58,2±27,5	p>0,05
После 2-го сеанса	44,3±24,6	p>0,05
После 3-го сеанса	21,7±12,4	p<0,05
Через 3 месяца	18,6±9,4	p<0,05
Через 6 месяцев	19,3±9,2	p<0,05
Через 9 месяцев	22,2±10,7	p<0,05

Анализ динамики болевого синдрома (Табл.) показывает, что тенденция к снижению интенсивности боли отмечается уже после проведения первой и более заметно второй процедуры, хотя эти различия не носят статистически достоверного характера. В отдельных случаях было отмечено усиление боли после проведения первого сеанса ЭУВТ. После трех сеансов и на протяжении всего последующего периода наблюдений отмечено достоверное снижение интенсивности боли. И хотя к 9 месяцам после лечения средний показатель по ВАШ несколько повышается, его уровень остается достоверно более низким по сравнению с доинтервенционным и достоверно не отличается от показателей в период окончания лечения, а также спустя 3 и 6 месяцев. Полученные данные свидетельствуют об эффективности ЭУВТ как в раннем, так и отдаленном периоде наблюдения.

Клиническая оценка показала достижение положительного ближайшего результата у 51 (94,44%) пациента. Каких-либо осложнений при проведении ЭУВТ нами выявлено не было. В сроки 9 месяцев результат расценивали как положительный у 47 (87,04%) больных. В 7 случаях имело место возобновление болевого синдрома, хотя его интенсивность оказалась ниже доинтервенционного уровня. Оценка полученных результатов свидетельствует об их соответствии большинству опубликованных литературных данных и подтверждает высокий уровень клинической эффективности фокусированной ЭУВТ в реабилитации больных хроническим подошвенным болевым синдромом.

Выводы.

1. Наиболее значимыми предикторами развития хронического подошвенного болевого синдрома являются повышение массы тела и длительные статические нагрузки, которые ассоциируются с продольным плоскостопием и ограничением разгибания стопы.

2. Показанием к применению фокусированной ЭУВТ при хроническом подошвенном болевом синдроме является неэффективность традиционного консервативного лечения в течение 3 месяцев и более.

3. Фокусированная ЭУВТ является высоко эффективным и безопасным методом, обеспечивающим устранение болевого синдрома как в ранние, так и отдаленные сроки.

Литература

1. Agyekum EK Heel pain: A systematic review / Agyekum EK, Ma K // Chin J Traumatol. 2015 Jun 1; 18 (3): 164-169.
2. Aqil A Extracorporeal shock wave therapy is effective in treating chronic plantar fasciitis: a meta-analysis of RCTs / Aqil A, Siddiqui MR, Solan M et al. // Clin Orthop Relat Res. 2013 Nov; 471 (11): 3645-3652.

3. Chew KT Comparison of autologous conditioned plasma injection, extracorporeal shockwave therapy, and conventional treatment for plantar fasciitis: a randomized trial / Chew KT, Leong D, Lin CY, et al. // PM R. 2013 Dec; 5 (12): 1035-1043.

4. DiGiovanni BF Preferred management of recalcitrant plantar fasciitis among orthopaedic foot and ankle surgeons / DiGiovanni BF, Moore AM, Zlotnicki JP, Pinney SJ. // Foot Ankle Int. 2012 Jun; 33 (6): 507-512.

5. Fallat LM A retrospective comparison of percutaneous plantar fasciotomy and open plantar fasciotomy with heel spur resection / Fallat LM, Cox JT, Chahal R et al. // J Foot Ankle Surg. 2013 May-Jun; 52 (3): 288-290.

6. Gollwitzer H Extracorporeal shock wave therapy for chronic painful heel syndrome: a prospective, double blind, randomized trial assessing the efficacy of a new electromagnetic shock wave device / Gollwitzer H, Diehl P, von Korff A et al. // J Foot Ankle Surg. 2007 Sep-Oct; 46 (5): 348-357.

7. Schmitz C Efficacy and safety of extracorporeal shock wave therapy for orthopedic conditions: a systematic review on studies listed in the PEDro database / Schmitz C, Császár NB, Milz S. et al. // Br. Med. Bull. 2015 Dec; 116 (1): 115-138.

8. Storheim K MA Extracorporeal shock wave therapy (ESWT) and radial extracorporeal shock wave therapy (rESWT) in chronic musculoskeletal pain / Storheim K, Gjersing L, Bølstad K, Risberg MA // Tidsskr Nor Laegeforen. 2010 Dec 2; 130 (23): 2360-2364.

9. van Leeuwen KD Higher body mass index is associated with plantar fasciopathy / 'plantar fasciitis': systematic review and meta-analysis of various clinical and imaging risk factors / van Leeuwen KD, Rogers J, Winzenberg T, van Middelkoop M // Br J Sports Med. 2015 Dec 7: 123-134.

УДК 616.366-002-036.12-079-089.15

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БЕСКАМЕННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ (литературный обзор)

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Брахми Ноамен Бен Амара, Пархоменко А.В., Фоминов В.М.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна*

Аннотация. В статье определены диагностические критерии, определяющие показания к оперативному лечению этого распространённого заболевания. Наиболее эффективными методами диагностики хронического холецистита являются магнитно-резонансная холангиография, ультразвуковое исследование и фракционное хроматическое дуоденальное зондирование. Общая точность сонографии в диагностике этой патологии составляет 50-75%. Эти исследования помогают уточнить критерии для показаний к оперативному лечению хронического бескаменного холецистита (деформация жёлчного пузыря; перихолецистит; «шеечный» холецистит; «отключённый» жёлчный пузырь; отсутствие его сокращения после введения холецистокинина; аномалии пузыря; неэффективность консервативного лечения при длительности заболевания не менее 2 лет; необратимые морфологические изменения в стенке пузыря).

Ключевые слова: хронический бескаменный холецистит, диагностика, показания к операции.

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR DETERMINING THE INDICATIONS FOR SURGERY IN CHRONIC ACALCULOUS CHOLECYSTITIS (literature review)

Kolkin Y.G., Khatsko V.V., Brahmi Noam Ben Amara, Parkhomenko A.V., Fominov V.M.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Surgery named by K.T. Ovnatanyan*

Summary. Diagnostic criteria to determine indications for surgical treatment of this common disease were defined. Diagnosis is based on clinical manifestations of the disease and the results of laboratory and instrumental studies. In blood tests, usually do not find abnormalities. The total amount of bile acids in the gallbladder bile is reduced to 70%, increased levels of C-reactive protein and glycoproteins. The most effective methods for diagnosis of chronic cholecystitis are magnetic resonance cholangiography, ultrasonography and fractional chromatic duodenal intubation. The overall accuracy of sonography in the diagnosis of this pathology is 50 - 75%. Computer tomography is rarely used because of the lack of significant advantages over ultrasound. In many medical centers, in the presence of special equipment, ultrasound is not carried out, and make primary MRIs with cholegraphy that is more informative. Thus, chronic cholecystitis without stones is difficult to diagnose because the clinical picture resembles the symptoms of other diseases. Laboratory and instrumental investigations help to identify the criteria for determining the indications for surgery in this pathology (deformity of the gallbladder; pericholecistitis, "cervical"

cholecystitis "disabled" gall bladder; absence of its decline after the introduction of cholecystokinin; bladder anomalies, failure of conservative treatment for the duration of the disease is not less than 2 years; irreversible morphological changes in the wall of the bladder).

Keywords: acalculous chronic cholecystitis, diagnosis, indications for surgery.

Актуальность. На современном этапе наблюдается ещё более высокий рост числа хронических заболеваний жёлчного пузыря (ЖП) и жёлчевыводящих путей (ЖВП). Удельный вес таких заболеваний в настоящее время достигает 35 – 39% [1; 2, с.17; 6]. По данным литературы, среди всех заболеваний ЖВП хронический бескаменный холецистит (ХБХ) встречается у 8-30% больных. Заболеваемость составляет 6-7 на 1000 населения в год. Женщины, особенно молодые, болеют в 3-4 раза чаще мужчин [3; 4; 5].

Данные литературы о бескаменном холецистите весьма разноречивы, разрознены и немногочисленны. Многие вопросы, касающиеся этой патологии, остаются нерешёнными, дискуссионными и требуют дальнейшего обсуждения.

На сегодняшний день актуальность этой патологии весьма велика, так как мнения многих авторов разноречивы относительно радикального лечения. ХБХ чаще встречается в гастроэнтерологической практике, однако в последние годы участились случаи этого заболевания и в работе хирургов.

Точная диагностика ХБХ имеет важное значение, так как позволяет определить правильную тактику ведения больного: назначить комплексную терапию или ставить показания к оперативному лечению. ХБХ трудно диагностировать, поскольку клиническая картина напоминает симптомы других заболеваний и у 1/3 пациентов имеет атипичные формы: кардиалгическую, эзофагическую, кишечную, поясничную, гастродуоденальную [4; 6; 7].

Цель работы – определить по данным литературы диагностическую значимость клиничко-лабораторных, инструментальных и лучевых методов для определения показаний к оперативному лечению больных с ХБХ.

Результаты и обсуждение. Диагностика строится на основании клинических проявлений заболевания и результатов лабораторных, инструментальных исследований. Важное значение имеют анамнестические данные, позволяющие получить представление о характере болевого синдрома, выявить факторы, способствующие обострению или уменьшению боли. Учитывают также положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Кера, Захарьина, Мюсси-Георгиевского, Василенко, особенно в период обострения болезни [1; 4; 5].

В анализах периферической крови обычно не находят отклонений от нормы. В некоторых случаях может отмечаться умеренно выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и ускоренная скорость оседания эритроцитов. Биохимическое исследование крови иногда выявляет повышение активности трансаминаз, (АЛТ, АСТ), увеличение уровней альфа-2-глобулина, сиаловых кислот, фибрина, связанного билирубина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы, положительный С-реактивный белок [2, с. 18; 3; 5].

Одним из основных методов лабораторной диагностики ХБХ является многомоментное хроматическое дуоденальное зондирование (5 фаз), которое позволяет объективно оценить состояние двигательной функции ЖП и тонуса сфинктерного аппарата жёлчных путей, а также провести микроскопическое, бактериологическое и биохимическое исследование жёлчи [1, с. 33; 3, с. 39; 7, с. 755].

Если в IV фазе отмечается уменьшение времени выделения пузырной жёлчи до 10-15 минут, а её объём за 5 минут превышает 20 мл, то это свидетельствует о гиперкинетической дисфункции ЖП. При повышенном тоне сфинктера Одди жёлчь в

этой фазе может отсутствовать. Во второй фазе исследования отмечают увеличение времени закрытия сфинктера Одди (более 6 мин).

При микроскопии жёлчи больше обращают внимания на дифференциацию цилиндрического эпителия, а не на поиск лейкоцитов, которые быстро разрушаются. При снижении концентрационной способности ЖП в результате воспаления отмечают снижение плотности пузырной жёлчи. Повышение плотности свидетельствует о сгущении жёлчи, что чаще бывает при латентной форме жёлчнокаменной болезни или гипокинетической дискинезии ЖП. Изменение рН жёлчи в кислую сторону часто наблюдается при воспалительном процессе в жёлчевыводящих путях [3; 6; 7].

Исследование физико-химических (литогенных) свойств жёлчи имеет важное значение в диагностике хронического бескаменного холецистита. При ХБХ в стадии обострения общее количество жёлчных кислот в пузырной жёлчи снижается до 70 %, характерным считается повышение уровня белка, в том числе С-реактивного, и гликопротеидов [3; 4; 6].

При ХБХ уровень билирубина в жёлчи увеличивается в 2-3 раза. У 2/3 больных отмечено в жёлчи наличие прямого билирубина, непрямого и эфирорастворимого билирубина. Уровень фосфолипидов может как повышаться, так и понижаться, а липидного комплекса и таурокоњуатов – снижаться [1; 5; 6].

Микробиологическое исследование жёлчи помогает установить этиологический фактор воспалительного процесса и определить чувствительность микрофлоры к антибиотикам. По данным Богомаз В.М. (2003), из 148 посевов жёлчи микрофлора была обнаружена в 21,6 % случаев. В 93,8 % жёлчь была инфицирована энтеробактериями, чаще всего *E.coli* и *Kl.pneumonie*. Но следует иметь в виду, что такие результаты имеют условное значение, так как к пузырной порции жёлчи всегда примешивается и содержимое двенадцатиперстной кишки.

Пероральная холецистография и внутривенная холецистохолангиография в настоящее время почти не применяются. В досонографическую эру оно помогало определить состояние моторной и концентрационной функций ЖП, форму, положение [3; 7].

УЗИ особенно информативно и является основным методом исследования ЖП. Эхографическими признаками ХБХ являются: деформация ЖП, изменение его размеров, утолщение (более 3 мм) или атрофия стенок, неровность внутреннего контура, наличие неомогенного содержимого. Важным признаком ХБХ является нарушение моторно-эвакуаторной функции ЖП по данным динамического УЗИ с желчегонным завтраком, чаще протекающее по гипомоторному типу. Общая точность УЗИ в диагностике ХБХ составляет 50-75% [1; 5; 6; 7].

Компьютерная томография (КТ) используется редко для диагностики ХБХ – из-за отсутствия существенных преимуществ по сравнению с УЗИ. КТ-признаками заболевания являются: отсутствие рентгеноконтрастных камней в ЖП, утолщение стенки и наличие деформации органа, повышение плотности жёлчи (до 20-30 единиц Хаунсфилда) [4; 7].

Радиоизотопный метод применяют для изучения состояния жёлчевыводящих путей, поглотительно-выделительной функции печени. При холесцинтиграфии для ХБХ характерно быстрое выведение радиофармационного препарата через жёлчные пути. Тень ЖП на снимках не визуализируется [4].

Магнитно-резонансная томография (МРТ) – неинвазивная методика визуализации, даёт более чёткие и детальные снимки органических образований. Чёткость изображений при МРТ в несколько раз выше, чем при КТ. Исследовать ЖП на магнитно-резонансном томографе следует в случае неясной клинической картины или при спорном диагнозе. Использование МР-холангиографии позволяет визуализировать дискинезию ЖП, структурные изменения протоков, признаки воспалительного процесса, холестероз ЖП и

др. Во многих медицинских учреждениях, при наличии специальной аппаратуры, УЗИ не проводится, а делают КТ и МРТ, которые более информативны [5; 4; 2, с. 180].

Выводы. В заключение следует отметить, что ХБХ трудно диагностировать, так как клиническая картина напоминает симптомы других заболеваний. Наиболее эффективными методами диагностики ХБХ являются МР-холангиография, УЗИ и фракционное хроматическое дуоденальное зондирование, которые помогают уточнить критерии для показаний к оперативному лечению этого заболевания (деформация ЖП, перихолецистит, «шеечный» холецистит, «отключённый» пузырь; отсутствие его сокращения после введения холецистокинина; аномалии пузыря; эффективность консервативного лечения при длительности заболевания не менее 2 лет; необратимые морфологические изменения в стенке пузыря).

Литература

1. Автоматизована система оцінки якості діагностики при хронічному безкам'яному холециститі / М.Б. Щербиніна, О.В. Закревська, О.Г. Байбуз [та ін.] // Сучасна гастроентерологія.- 2010.- № 6 (56).- С. 28-33.
2. Васильев А.Ю. Магнитно-резонансная холангиография в диагностике заболеваний желчевыводящих путей / А.Ю.Васильев, В.А.Ратников.- М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006.- 200с.
3. Гончарик И.И. Хронический бескаменный холецистит / И.И.Гончарик, Т.В.Малая // Здоровоохранение.- 2011, №9.- С. 36-41.
4. Звягинцева Т.Д. Клиника, диагностика и лечение хронического бескаменного холецистита / Т.Д. Звягинцева, И.И. Шаргород // Новости медицины и фармации.- 2013.- № 6 (478).- С. 32-37.
5. Ильченко А.А. Тактика ведения больного хроническим бескаменным холециститом / А.А. Ильченко // Справочник поликлинического врача.- 2010.- № 3.- С. 72-77.
6. Хирургическая проблема бескаменного холецистита / Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, В.М. Фоминов [и др.] // Вестник неотл. и восстанов. медицины.- 2014.- Т. 15, № 2.- С. 166-169.
7. Chronically symptomatic patients with undetectable gall bladder on ultrasonography could benefit from early cholecystectomy / S.D. Adams, S.C. Blackburn, V.A. Adewole [et al.] // Minim Invasive Surg.- 2013., № 1.- P. 753-761.

УДК 616.94 – 079-392: 616.37-002

СЕПСИС ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ (научный обзор)

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А. М., Потапов В.В., Пархоменко А.В.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна*

Аннотация. На сегодняшний день сепсис при остром деструктивном панкреатите является актуальной и до конца не изученной проблемой медицины. Это патологический процесс, в основе которого лежит развитие тяжелого панкреонекроза с дальнейшей реакцией организма в виде генерализованного (системного) воспаления. В статье приведены данные по этиологии, патогенезу сепсиса при остром деструктивном панкреатите. Рассматриваются основные патогенетические звенья в развитии сепсиса. Приводятся современные методы диагностики этого тяжелого патологического процесса.

Ключевые слова: панкреатит, сепсис, этиология, патогенез, диагностика.

THE SEPSIS DURING ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS (scientific review)

Kolkin Ya.G., Khatsko V.V., Dudin A.M., Potapov V.V., Parkhomenko A.V.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Surgery named by K.T. Ovnatanyan*

Summary. To date, sepsis during acute destructive pancreatitis is actual and unstudied problem of medicine. It is pathological process, which is based on the development of severe pancreatic necrosis with subsequent reaction of the organism in the form of generalized (systemic) inflammation. The article presents data on the etiology,

pathogenesis of sepsis during acute destructive pancreatitis. We consider the basic pathogenetic links in the development of sepsis. We present modern methods of diagnosis of this heavy pathological process.

Keywords: pancreatitis, sepsis, etiology, pathogenesis, diagnosis.

Актуальность. Сепсис, в переводе с латинского, означает – гнилокровие. Это особая форма ответа организма на инфекционные возбудители. Это патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде генерализованного (системного) воспаления на инфекцию различной природы (бактериальную, вирусную, грибковую).

На сегодняшний день сепсис является актуальной и до конца не изученной проблемой медицины. Важной чертой данного патологического состояния является глобальное и довольно глубокое нарушение обмена веществ в организме, которое приводит к развитию полиорганной недостаточности и смерти [9; 10; 19].

Обсуждение. Сепсис может развиваться как патологический процесс, сопровождая различные заболевания, которые клинически или бактериологически могут расцениваться как инфекционные. Он может выступать как осложнение заболеваний, основным звеном патогенеза которых является воздействие значительного травматического фактора (хирургической операции). Без инфекционного возбудителя, способного к инвазии, развитие сепсиса невозможно.

Наиболее частой причиной сепсиса являются острые гнойные заболевания мягких тканей, которые занимают от 44,3 до 52% это так называемый “раневой сепсис”, причем значительную роль в этой группе играют нагноительные заболевания у больных сахарным диабетом (25%) [7; 9; 20; 22].

Вторую по частоте причину составляют больные с гнойным перитонитом, как осложнением гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости. Развивающийся тяжелый токсический синдром является основополагающим в постановке диагноза абдоминальный сепсис [7; 9; 14, с. 28; 20].

В основе острого деструктивного панкреатита (ОДП) лежит первично развивающийся асептический некроз поджелудочной железы (панкреонекроз) с последующей воспалительной реакцией.

С первых часов развития острый панкреатит (ОП) тяжёлой степени характеризуется бурно нарастающей интоксикацией с развитием системной гипоперфузии, нестабильностью гемодинамики, крайним проявлением которых является развитие полиорганной недостаточности и эндотоксического шока [12; 23; 24, с. 182; 25].

Летальность от острого деструктивного панкреатита в среднем по Российской Федерации достигает 25%, в других странах колеблется в пределах 18-22%.

Основными причинами летальных исходов служат:

а) эндотоксический шок и полиорганная недостаточность в ферментативной стадии заболевания («ранняя смерть»),

б) гнойные осложнения и сепсис («поздняя смерть»).

Полиорганная недостаточность (ПОН) и эндотоксический шок (ЭШ) наблюдаются исключительно у больных с тяжёлым деструктивным панкреатитом и не встречаются при отёчной форме заболевания. Именно ПОН является основной причиной летального исхода у больных деструктивным панкреатитом.

Процесс формирования панкреонекроза, как правило, происходит в первые трое суток заболевания. Существует прямая зависимость между объёмом панкреонекроза и клиническим течением заболевания: очаговому панкреонекрозу соответствует ОП средней тяжести, а распространённому или субтотальному панкреонекрозу – ОП с тяжёлым течением. Именно объём панкреонекроза определяет тяжесть эндотоксикоза, вероятность развития шока и ПОН, влияет на развитие гнойных осложнений (ГО), сепсиса и, в конечном счёте, на летальность [8-10; 21; 23].

Патогенез сепсиса при ОДП достаточно сложен и представляет собой отдельные патогенетические звенья, которые затрагивают практически все функциональные системы организма. Можно выделить следующие основные звенья: внутриорганная активация панкреатических ферментов, гиперферментемия, повышение активности калликреин-кининовой системы, активация цитокинового каскада, эндотоксикоз, развитие острого системного васкулита, гиперкоагуляция с последующей коагулопатией и развитием тромбгеморрагического синдрома с дальнейшим прогрессированием в ДВС-синдром, выраженная общая иммунодепрессия, в поздней стадии присоединяется бактериемия и микробная токсемия [23; 25].

Развитие органо-системных повреждений ОДП, прежде всего, связано с неконтролируемым распространением из первичного очага провоспалительных медиаторов эндогенного происхождения, с последующей активацией ряда клеток иммунной системы, таких как, макрофаги, нейтрофилы, лимфоциты и ряда клеток в других органах и тканях, с вторичным выделением аналогичных субстанций, которые повреждают эндотелий и снижают тканевую перфузию и доставку кислорода [1; 2; 3; 4; 15; 16, с. 143; 17, с. 420].

В большинстве случаев последовательность вовлечения функциональных систем в патологический процесс выглядит таким образом: острое повреждение лёгких (легочная недостаточность), токсическая кардиомиопатия (сердечная-сосудистая недостаточность), рено-гепатопатия (почечно-печёночная недостаточность), энтеропатия (стресс-язвы желудочно-кишечного тракта), энцефалопатия.

Ферменты, цитокины и метаболиты различной природы, образующиеся при остром панкреатите в поджелудочной железе, забрюшинном пространстве, брюшной полости и просвете желудочно-кишечного тракта, быстро поступают в порталный кровоток и по грудному лимфатическому протоку - в системную циркуляцию с развитием панкреатогенной токсемии. Первые органы-мишени на их пути из забрюшинного пространства к органам экстраабдоминальной локализации – печень и лёгкие, сердце, мозг и почки. Итог мощного цитотоксического действия этих биохимических соединений в начале заболевания – развитие панкреатогенного шока и полиорганных нарушений, определяющих степень тяжести состояния больного острым панкреатитом [3; 6; 8; 16, с. 143; 22; 25].

В патогенезе системных нарушений еще до развития септических осложнений имеет значение токсемия бактериальной природы и, прежде всего, липополисахарид клеточной стенки грамотрицательных бактерий (эндотоксин), продуцируемый в просвете желудочно-кишечного тракта микрофлорой кишечника. При остром панкреатите перемещение эндогенной микрофлоры и эндотоксина грамотрицательных бактерий кишечника происходит в однотипных условиях функциональной (реже морфологической) несостоятельности метаболической и барьерной функции желудочно-кишечного тракта, ретикулоэндотелиальной системы печени и лёгких. Однако ключевым моментом является не бактериемия, а полное нарушение защитных реакций организма в ответ на ее наличие, что приводит к циркуляции возбудителя, развитию необратимого и генерализованного инфекционного процесса с ациклическим течением. Этот процесс способен запускать выброс провоспалительных цитокинов на дистанции от очага. Суммарные эффекты, оказываемые медиаторами, формируют синдром системной воспалительной реакции (ССВР) [5; 7; 6; 8; 16, с. 143; 17, с. 420; 18].

Наибольшее значение в развитии ССВР имеют первичные – провоспалительные цитокины (TFN α и IL-1). Эти цитокины, в свою очередь, стимулируют высвобождение других “провоспалительных цитокинов”, что расширяет круг клеток, участвующих в генерализованном воспалении, и вовлекает в системную воспалительную реакцию эндотелий сосудов.

Следовательно, гиперцитокинемия не только активирует эндотелий, инициируя системную эндотелиальную дисфункцию, но и способствует разворачиванию в тканях воспалительной реакции с явлениями альтерации. Значимый вклад в альтерацию эндотелия и стенок микрососудов вносят иммунные механизмы, реализуемые по механизму цитолиза, опосредованного комплементом, и направленные к антигенам, клеткам и иммунным комплексам, которые фиксированы на эндотелии или базальной мембране стенок сосудов [13; 16, с. 143].

Дегрануляция базофилов и нейтрофилов создает избыточные концентрации биоактивных аминов, протеаз, липидных медиаторов воспаления, анафилатоксинов (C5a, C4a, C3a), активных форм кислорода и радикалов, что вносит ощутимый вклад в альтерацию. В итоге развивается генерализованный септический васкулит, а также образуются множественные микротромбозы сосудов.

Немаловажное значение в развитии васкулита играет гомоцистеин. Его высокие концентрации повреждают эндотелий, способствуют пролиферации гладкомышечных клеток, стимулируют факторы свертывания (V, X, XII) и агрегацию тромбоцитов, что играет роль, вместе с другими факторами, в развитии тромбгеморрагического синдрома [10; 12; 19; 20].

В целом, нарушение обмена веществ связано с образованием токсических продуктов и накоплением в аномально высоких концентрациях продуктов метаболизма: лактата, пирувата, креатинина, различных альдегидов, кетонов, биогенных аминов, лизосомальных ферментов, цитокинов, продуктов перекисного окисления липидов, свободных радикалов, иммунных комплексов и т.д. В этом вопросе важное значение имеет аутооксеимия, обусловленная внутриклеточными протеолитическими ферментами и/или продуктами клеточной деградации, в том числе биологически активными медиаторами эндогенного происхождения (цитокины, кинины, простагландины), что играет существенную роль в патогенезе сепсиса. Как компоненты патогенеза все эти субстанции участвуют в генерализации воспаления и в высоких концентрациях могут выступать как факторы вторичной альтерации. Дополнительно они способны существенно изменять обменные процессы в клетках и тканях, инициируя тем самым накопление метаболитов, которые проявляют токсические свойства.

Немаловажное значение, определяющее этиологию сепсиса, имеет факт патогенетического участия в септическом процессе кишечника. Нарушение микроциркуляции приводит к нарушению проницаемости слизистой оболочки, что сопровождается транслокацией бактерий и их токсинов в кровь [9; 11, с. 232; 12; 20].

В настоящее время используются критерии диагностики сепсиса и классификации ACC/SCCM (1992); шкала SOFA; APACHE-II; SAPS-II; A. Baue; концепция PIRO; шкала оценки сепсиса по Руднову В.А.; SAPS; SIRS, шкала Рансона, BISAP.

В процессе диагностики, целесообразно применить расширенные клинико – лабораторные критерии сепсиса которые подразделяются на общие: гипертермия, температура $>38,3^{\circ}\text{C}$; гипотермия, температура $<36^{\circ}\text{C}$; частота сердечных сокращений $>90/\text{мин}$; тахипноэ; нарушения сознания; необходимость инфузионной поддержки (>20 мл/кг за 24 часа); гипергликемия ($>7,7$ ммоль/л) при отсутствии сахарного диабета. Критерии воспаления: лейкоцитоз $>12 \times 10^9/\text{л}$; лейкопения $<4 \times 10^9/\text{л}$; сдвиг в сторону незрелых форм ($>10\%$) при нормальном содержании лейкоцитов; содержание С-реактивного белка в крови > 2 стандартных отклонений от нормы; содержание прокальцитонина в крови >2 стандартных отклонений от нормы. Гемодинамические критерии: артериальная гипотензия: АДсис^а <90 мм.рт.ст.(систолическое артериальное давление), АДср^а <70 мм.рт.ст.(среднее артериальное давление), или снижение АДсис более чем на 40 мм.рт.ст. (у взрослых), или снижение АДсис как минимум на 2 стандартных отклонения ниже возрастной нормы; сатурация SvO₂ $>70\%$; сердечный

индекс $> 3,5$ л/мин/м². Критерии органной дисфункции: артериальная гипоксемия $PaO_2/FiO_2 < 300$; острая олигоурия $< 0,5$ мл/кг х час; повышение креатинина более чем на 44 мкмоль/л (0.5 мг%); нарушение коагуляции: АЧТВ^b >60 (активированное частичное тромбопластиновое время) с или МНО^c $>1,5$ (международное нормализованное отношение); тромбоцитопения $< 100 \times 10^9$ /л; гипербилирубинемия >70 мкмоль/л; парез кишечника. Показатели тканевой гипоперфузии: гиперлактатемия >1 ммоль/л; симптом замедленного заполнения капилляров, мраморность кожи конечностей [4].

Более точной прогностической шкалой, разработанной в последнее время на опыте лечения 18 000 пациентов, является шкала BISAP (Bedside Index of Severity in Pancreatitis). Главное ее преимущество – простота. Одним баллом оцениваются следующие показатели: уровень мочевины более 8,9 ммоль/л; снижение ментального статуса по шкале Глазго менее 15; возраст > 60 лет; наличие пневмонии (плеврита); наличие 2-х и более признаков SIRS.

Оценка в 3 балла соответствует летальности в 5-8%, в 5 баллов и выше – летальности в 25%.

Выводы. Таким образом, сепсис при остром деструктивном панкреатите является мультифакторным заболеванием. Механизм развития остается до сих пор предметом многочисленных обсуждений в научном мире. Из ведущих патогенетических механизмов можно выделить несостоятельность иммунной системы организма. При несвоевременно начатом лечении возможно формирование тяжелых осложнений в виде септического шока. Адекватно начатое лечение с применением современных лекарств и методов диагностики позволяет снизить процент развития тяжелых осложнений и количество летальных случаев при данной патологии.

Литература

1. Агаев Б.А. Комплексное лечение острого панкреатита / Б.А. Агаев, З.Е. Джафарли // Хирургия.- 2010.- № 4.- С. 63-66.
2. Алиева Э.А. Сорбционная способность угольно-минерального адсорбента УМ-5 и его влияние на моторику кишечника в комплексном лечении разлитого гнойного перитонита / Э.А. Алиева // Клін. хірургія.- 2008.- №9.- С. 14-16.
3. Багин В.А. Острое почечное повреждение в структуре полиорганной недостаточности при тяжелом сепсисе / В.А. Багин, А.В. Назаров, Т.А. Жданов, О.В. Добрынина // Инфекции в хирургии.- 2010., Т.8, №4.- С. 17-19.
4. Бухвалов А.Г. Возможности снижения числа послеоперационных осложнений и летальных исходов при гнойно-деструктивных осложнениях небилиарного острого тяжелого панкреатита/ А.Г. Бухвалов, Н.М. Грекова, Ю.В. Лебедева // Фундаментальные исследования.- 2015.- № 1 (часть 1).- С. 41-45.
5. Велиев Н.А. Системная воспалительная реакция и показатели органной дисфункции печени у больных при абдоминальном сепсисе / Н.А. Велиев, В.Ф. Исламов // Клін. хірургія.- 2011.- №3.- С. 38 - 40.
6. Воробей А.В. Международная классификация острого панкреатита (Атланта, 1992) – современные тенденции в пересмотре / А.В. Воробей, А.А. Литвин, В.М. Хоха // Новости хирургии.- 2010.- Том 18, № 10.- С. 149-159.
7. Власов А.П. Патогенетические основы прогнозирования острого панкреатита / А.П. Власов, И.В. Бардина, Э.И. Начкина // Фундаментальные исследования.- 2011.- № 5.- С. 28-36.
8. Гринев М.В. Патогенетические механизмы сепсиса (на модели некротизирующего фасциита и тяжелого панкреатита) / М.В. Гринев, Б.Б. Бромберг, В.Ф. Киричук // Инфекции в хирургии.- 2011.- № 1(9).- С. 20-22.
9. Гельфанд Б. Р. Сепсис: определение, диагностическая концепция, патогенез и интенсивная терапия / Б.Р. Гельфанд, В.А. Руднов, Д.Н. Проценко, Е.Б. Гельфанд, А.А. // Инфекции в хирургии.- 2004.- Т.2, №2.- С. 2-17.
10. Ильченко Ф.Н. Особенности патогенеза и профилактики эндогенной интоксикации как фактора риска билиарного сепсиса у больных с осложненной желчнокаменной болезнью / Ф.Н. Ильченко, М.М. Сербул, А.И. Гордиенко // Современные медицинские технологии.- 2010.- №1.- С. 13-17.
11. Козлов В.К. Сепсис: этиология, иммунопатогенез, концепция современной иммунотерапии / В.К. Козлов.- К.: АННА-Т, 2007.- 296с.
12. Криворучко И.А. Хирургическое лечение панкреонекроза. / И.А. Криворучко, В.В. Бойко, Ю.В. Иванова, М.С. Повеличенко // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: Материалы XX

междунар. конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ, Донецк, 18–20 сент., 2013 г.- Донецк, 2013.- С. 189-190.

13. Корымасов Е.А. Ранняя диагностика ДВС-синдрома у больных с тяжелым острым панкреатитом / Е.А. Корымасов, Р.М. Джарар, Ю.В. Горбунов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии.- 2011.- № 2 (4).- С. 279-282.

14. Костырной А.В. Проблемы лечения перитонита / А.В. Костырной, О.Ч. Хаджиев, Д.В. Шестопапов, О.А. Бугаенко // Клін. хірургія.- 2008.- №6.- С. 27-29.

15. Предко В.А. Коррекция гипергомоцистеинемии при сепсисе / В.А. Предко, А.В. Наумов, Е.М. Дорошенко // Новости хирургии.- 2009.- Т.17, №3.- С. 80-87.

16. Савельева В.С. Сепсис в начале XXI века/ В.С. Савельева.- М.: Изд-во “Литтерра”.- 2006.- 175с.

17. Саенко В.Ф. Сепсис и полиорганная недостаточность.- Кривой Рог: Минерал, 2005.- 466с.

18. Tenner S. American College of Gastroenterology Guideline (ACG): Management of Acute Pancreatitis / S. Tenner, J. Baillie, J. De Witt, S. Swaroop // Am. J. Gastroenterol.- 2013.- V. 108.- P. 1400-1415.

19. Moore L.J. Sepsis in general surgery: a deadly complication / L.J. Moore // The American Journal of Surgery.- 2009.- N. 198.- P. 868-874.

20. Phillip R. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012 / R.Phillip Dellinger, Mitchell M. Levy, Andrew Rhodes [et al.] // Critical Care Medicine.- 2013.- Vol 41, N 2.- P. 580-638.

21. Banks P.A. Classification of acute pancreatitis - 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus / P.A. Banks, T.L. Bollen, C. Dervenis [et al.] // Gut.- 2013.- Vol. 62.- P. 102 – 111.

22. Mouli V.P. Efficacy of conservative treatment, without necrosectomy, for infected pancreatic necrosis: a systematic review and metaanalysis / V.P. Mouli, V. Sreenivas, P.K. Garg // Gastroenterology.- 2013.- Vol. 144.- P. 333-340.

23. Kimura Y. Gallstone-induced acute pancreatitis / Y. Kimura, S. Arata, T. Takada [et al.] // Journal of Hepatobiliary Pancreatic Sciences.- 2010.- Vol. 17.- P. 60-69.

24. Luis Rodrigo Pancreatitis – Treatment and Complications.- Publisher in Tech., 2012.- 212 p.

25. McCallum I., Hicks G.J., Attwood S., Seymour K. Impact of a care pathway in acute pancreatitis / I. McCallum, G.J. Hicks, S. Attwood, K. Seymour // Frontline Gastroenterol.- 2011.- Vol. 2.- P. 32-34.

УДК 616.149 – 002 – 036.11

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО ПИЛЕФЛЕБИТА (научный обзор)

Хацко В.В., Коссе Д.М., Потапов В.В., Пархоменко А.В., Попова Ю.В.

Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького

Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна

Аннотация. По данным литературы проанализированы современные сведения об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и профилактике острого пилефлебита, который в 0,03-0,15 % случаев является опасным осложнением острого деструктивного аппендицита. Бактериемия, переход инфекционного воспаления на портальную систему, токсическое действие приводят к развитию сепсиса, септического шока, появлению множественных абсцессов в печени, полиорганной недостаточности. Информативных методов диагностики этого осложнения нет. При катетеризации воротной вены через пупочную можно обнаружить в катетере мутную густую кровь, сгустки, гной. Комплексное противовоспалительное, дезинтоксикационное и общеукрепляющие лечение нередко бывает безуспешным. Летальность при остром пилефлебите составляет 60-100 %. Также больные выздоравливают в случае ранней его диагностики, до образования множественных абсцессов печени, а также при проведении адекватной терапии через пупочную вену.

Ключевые слова: острый пилефлебит, диагноз, лечение.

ACUTE PYLEPHLEBITIS, THE PRESENT STATE OF (scientific review)

Khatsko V.V., Kosse D.M., Potapov V.V., Parkhomenko A.V., Popova Y.V.

M. Gorkiy National Medical University, Donetsk

Department of Surgery named by K.T. Ovnatanyan

Summary. According to the literature it was analyzed the modern data about the etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and prevention of acute pileflebitis, which in 0.03-0.15 % of the cases is a dangerous

complication of acute destructive appendicitis. Bacteremia, transition infectious inflammation on the portal system, toxic effect lead to sepsis, septic shock, appearance of a lot of liver abscesses, multiple organ failure. There are no informative methods for diagnosis of this complication. Catheterization of the portal vein through the umbilical one can find out the murky thick blood clots, pus. Complex anti-inflammatory, detoxification and restorative treatment is often unsuccessful. Mortality during acute pylephlebitis is 60-100 %. Also, patients recover in the event of its early diagnosis, before the formation of multiple liver abscesses, as well as an adequate therapy through the umbilical vein.

Keywords: acute pylephlebitis, diagnosis, treatment.

*Рано или поздно любопытство
становится грехом; вот почему
дьявол всегда на стороне ученых.*

Анатоль Франс

Актуальность. Аппендицит является наиболее распространенной острой хирургической патологией. Несмотря на современные достижения медицины, в частности внедрение миниинвазивной хирургии и современных антибиотиков, лечение воспаления червеобразного отростка остается довольно сложной задачей.

Невзирая на более чем двухсотлетнюю историю борьбы с аппендицитом, количество послеоперационных осложнений остается достаточно высоким – 5-9 % и летальность стабильно составляет 0,1-0,3% [1, с. 292; 2; 14; 16; 18; 22].

Обсуждение. Одним из самых редких осложнений острого деструктивного аппендицита является септический тромбоз брыжеечных и воротной вен – пилефлебит (гнойный пилефлебит, портальная пиемия). Летальность, при данном осложнении, составляет практически 100%. Чаще других, около 75%, источником метастазирования являются гнойные процессы в забрюшинной клетчатке, перитонит, абдоминальный сепсис, при ятрогенном заносе инфекции и т. д.

По сводным данным литературы Г.И. Дряженкова и соавт., острый пилефлебит (ОП) наблюдается в 0,03-0,15% случаев осложнений острого аппендицита. Анализ более 25 тысяч наблюдений острого аппендицита выявил ОП только у 10 больных (0,04 %).

Причиной его возникновения считается развитие флегмоны или абсцесса брыжейки червеобразного отростка, с последующим распространением процесса на v. mesenterica sup. с переходом на воротную вену, достигая внутripеченочных ветвей. Поражение портальной системы может происходить и путем заноса в нее септических эмболов. При других острых заболеваниях желудочно-кишечного тракта источником инфицирования портальной системы служат преимущественно внутripеченочные разветвления воротной вены, являющиеся мощным антибактериальным фильтром. В финале заболевания в большинстве случаев развиваются множественные абсцессы печени, билиарный сепсис. Более чем у 50 % больных в результате перехода воспаления на брюшину или прорыва гнойника развивается гнойный перитонит, тяжелый эндотоксикоз [7, с. 194; 10; 24].

Инвазивность лечения, в т.ч. хирургического, усиление действия неблагоприятных факторов, подавляющих систему противомикробной защиты, увеличили долю инфекций, вызванных условно патогенными микроорганизмами. Бесконтрольное применение антибиотиков и противогрибковых препаратов привели к развитию резистентности. Среди популяции различных видов стафилококка наблюдается неуклонное увеличение метициллин-резистентных штаммов [8, с. 305; 10; 15].

Также доказано, что за развитие билиарного сепсиса у хирургических больных могут быть ответственны также грамположительные анаэробы (*B. fragilis* и другие бактероиды), риккетсии и некоторые вирусы (вирус простого герпеса и цитомегаловирус), а также дрожжевые грибы, например, *Pneutocystis carinii* [9, с. 183; 10, с. 128; 11, с. 160; 12, с. 411; 13].

Ряд авторов считают, что ОП чаще встречается при ретроцекальном и ретроперитонеальном аппендиците, особенно при наличии периаппендикулярного абсцесса, так как в этих случаях имеется непосредственный контакт стенок вен брыжейки с окружающим их гноем. Имеют значение и поздние сроки выполнения аппендэктомии при этих локализациях червеобразного отростка. При ранней аппендэктомии перевязка брыжейки отростка предупреждает дальнейшее распространение инфекции по сосудам. После аппендэктомии ОП может развиваться при условии, если остается неудаленной часть тромбированной вены, при недостаточности культи червеобразного отростка, инфицировании гематомы, образовании абсцесса в области культи. Возникающие нарушения микроциркуляции приводит к нарушению проницаемости слизистой оболочки, что сопровождается транслокацией бактерий и их токсинов в портальную систему и формированием множественных абсцессов печени. Развитие органо-системных повреждений при сепсисе, прежде всего, связано с неконтролируемым распространением из первичного очага инфекционного воспаления провоспалительных медиаторов эндогенного происхождения, с последующей активацией под их влиянием макрофагов, нейтрофилов, лимфоцитов и ряда других клеток в других органах и тканях, с вторичным выделением аналогичных субстанций, которые повреждают эндотелий и снижают тканевую перфузию и доставку кислорода. Этот процесс способен запускать выброс провоспалительных цитокинов на дистанции от очага. Экзо- и эндотоксины бактерий также могут активировать их гиперпродукцию из макрофагов, лимфоцитов, эндотелия. Суммарные эффекты, оказываемые медиаторами, формируют синдром системной воспалительной реакции (СВР) [8, с. 305; 10, с. 128; 11, с. 160; 12, с. 411; 13; 15; 24; 27].

Формирование на фоне системного воспаления признаков развивающейся полиорганной дисфункции или недостаточности приводит к развитию сепсис-синдрома, а присоединение рефрактерной артериальной гипотензии до 90 мм. рт. ст. – к развитию септического шока [1, с. 292; 2-5; 8, с. 305; 9, с. 183; 10, с. 128; 13-16; 24-27].

Макроскопически при этом печень увеличена, гепатодуоденальная связка инфильтрирована, уплотнена, окружена увеличенными лимфоузлами. Иногда определяются инфильтраты по ходу брыжейки тонкой или толстой кишки. На разрезе в печени видны воспалительная инфильтрация, очаги некроза паренхимы, множественные гнойные абсцессы (чаще в правой доле). Стенки воротной вены и ее разветвлений отечны, разрыхлены, местами имбибированы гноем. Пораженные участки вен деформированы, просвет их расширен, содержит гной и пристеночные тромбы. Концевые внутриорганные разветвления образуют мельчайшие расширения, представляющие собой множественные абсцессы. Нередко увеличена селезенка, в ней и поджелудочной железе могут обнаруживаться гнойники [2; 11, с. 160; 15; 23-26].

ОП протекает тяжело и очень быстро приводит к летальному исходу. В первые дни заболевания вслед за приступом острого аппендицита или другого воспалительного заболевания желудочно-кишечного тракта отмечается гектическая температура (до 39-40 °С) с потрясающими ознобами. В случаях перенесенной накануне аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита или других острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости подобная клиническая картина наблюдается через 2-3 дня после операции или немного позднее. Больных беспокоят тошнота, рвота, реже понос, иногда с примесью крови, отсутствие аппетита, неинтенсивные боли в правой половине живота, позднее – в эпигастральной области или правом подреберье, иррадиирующие в спину, правое плечо, ключицу. Очень быстро нарастает интоксикация вплоть до развития септического шока. К 5-6-му дню заболевания появляется желтуха, которая обычно свидетельствует о распространении процесса на конечные разветвления воротной вены. Она обычно бывает менее выраженной, чем при холангите и появляется позднее [7, с. 194; 8, с. 305; 10, с. 128; 24-26].

В более тяжелых случаях образуется отек передней брюшной стенки, грудной клетки, половых органов. Поколачивание по X ребру справа болезненно. Печень увеличена, край ее мягкий и болезненный. При образовании абсцессов печень достигает иногда значительных размеров. При распространении тромбофлебита на селезеночную вену увеличивается селезенка, что нередко сопровождается возникновением опоясывающих болей. В свободной брюшной полости может определяться жидкость. В плевральной полости справа появляется экссудат [3; 6; 13; 22]. Иногда ОП вызывает другие многочисленные осложнения: перитонит, билиарный сепсис, подпеченочный и поддиафрагмальный абсцессы, в некоторых случаях с расплавлением диафрагмы, гнойный плеврит, пневмонию и др.

В ранние сроки заболевание сопровождается высоким лейкоцитозом – до $20-30 \cdot 10^{12}/л$ с выраженным нейтрофильным сдвигом влево до юных форм, токсической зернистостью лейкоцитов, резким увеличением СОЭ (до 40-60 мм/ч). В более поздние сроки нарастает гипохромная анемия, билирубинемия, гипопропротеинемия, отмечается также повышение активности аминотрансфераз. Нарушение функции печени сопровождается изменениями в свертывающей системе крови с выраженной гиперфибриногенемией [8, с. 305; 12, с. 411; 17; 27].

В диагностике множественных абсцессов печени важным является установить их точную локализацию и источник формирования. Клинические и лабораторные проявления могут быть неспецифичными. Наиболее важными клиническими симптомами являются лихорадка, ознобы, желтуха, триада Шарко. На начальном этапе развития билиарного сепсиса присоединяется клиника развивающегося генерализованного воспаления, характеризующегося нарастающей недостаточностью сердечно – сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем, которое в итоге может привести к полиорганной недостаточности.

На первом этапе важным методом диагностики остается УЗИ печени, позволяющая точно определить локализацию абсцессов. При этом очаговые изменения в паренхиме свидетельствуют о наличии мелких абсцессов печени. К сожалению, эти симптомы говорят о поздней стадии развития заболевания [6; 12, с. 411; 15; 19-21].

Также в последнее время довольно часто используют компьютерную (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ), как более чувствительные методы диагностики. С их помощью можно выполнять пункцию для определения характера содержимого абсцесса. На современном этапе возможно обнаружение абсцессов печени размерами 0,5 см, применяя КТ с внутривенным усилением [2; 4; 7, с. 194; 13; 16].

Дифференциальная диагностика ОП в ранней стадии и различных гнойных осложнений, развивающихся после аппендэктомии и других операций на органах брюшной полости, трудна. Рассматривая возможные клинические ситуации, следует, прежде всего, иметь в виду, что для ОП характерны резкое повышение температуры тела на 2-3-й день после операции с повторяющимися ознобами, проливными потами, перемещение болевого синдрома в верхний отдел живота, появление желтушности кожных покровов и слизистых на фоне симптомов интоксикации и резкого ухудшения общего состояния. При наличии увеличенной печени нужно проводить дифференциальную диагностику с абсцессом, нагноившейся кистой печени, острым пилетромбозом [4; 8, с. 305; 13; 14]. Единственная методика, которая может подтвердить или отвергнуть диагноз, – это катетеризация воротной вены через пупочную. Обнаружение в катетере мутной густой крови, сгустков, гноя или гнойных тромбов является абсолютным подтверждением диагноза [10, с. 128; 11, с. 160; 12, с. 411].

Основными лечебными мероприятиями должны быть устранение первичного очага инфекции, при необходимости дренирование брюшной полости, забрюшинного пространства, введение в них антибиотиков или антисептиков, канюлирование пупочной

вены, постоянная аспирация из нее гнойного содержимого, тромботических масс, введение антибиотиков, антикоагулянтов (при отсутствии тяжелого поражения печени), кортикостероидов. Таким больным необходимо проводить переливание компонентов крови, адекватную дезинтоксикационную терапию, гипербарическую оксигенацию, гемосорбцию, введение анаболических гормонов, специфических гаммаглобулинов, антистафилококковой плазмы и т.д. На современном этапе лечения целесообразно применение 1,5% раствора реамберина, как антигипоксического и гепатопротекторного средства [1, с. 292; 2; 3; 4, 10, с. 128; 18].

Среди антибиотиков наиболее эффективными можно считать средства 1-го ряда (при неустановленном первичном очаге); при сепсисе, развившемся во внебольничных условиях – амоксициллин, ампициллин, цефтриаксон; При сепсисе, развившемся в условиях стационара, – АРАСНЕ<15: цефепим, цефоперазон. При сепсисе, АРАСНЕ>15: имипенем, меропенем. Терапия сепсиса с установленным первичным очагом: в брюшную полость – амоксициллин, гентамицин, цефотаксим + метронидазол, цефтриаксон + метронидазол, цефоперазон, меропенем [11, с. 160; 14].

При развитии явлений сепсиса основной целью терапии будет оптимизация транспорта кислорода в условиях его повышенного потребления, характерного для тяжелого сепсиса и септического шока. Это направление лечения реализуется посредством гемодинамической и респираторной поддержки. Важную роль занимают другие аспекты интенсивной терапии: нутритивная поддержка, иммунозаместительная терапия, коррекция нарушений гемокоагуляции и профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболических осложнений, профилактика стресс - язв и возникновения желудочно-кишечных кровотечений [7, с. 194; 12, с. 411; 23-25].

Множественные абсцессы печени, развивающиеся при ОП, обычно не требуют оперативного лечения и нередко претерпевают обратное развитие при условии проведения рациональной консервативной терапии.

Прогноз при ОП неблагоприятный, остается высокая летальность, которая не имеет значительной тенденции к снижению. Анализ литературы свидетельствует, что такие больные выздоравливают в случае ранней диагностики осложнения, до образования множественных абсцессов печени, а также при проведении адекватной терапии через пупочную или желудочно-сальниковую вену. При благоприятном непосредственном исходе нередко развиваются хронический пилефлебит, облитерация сосудов портальной системы и синдром портальной гипертензии. Для диагностики этих осложнений после выздоровления больных через пупочный катетер следует произвести трансумбиликальную гепатовенографию. Методика даст возможность судить не только о состоянии вен портальной системы, но и о наличии или отсутствии латентного абсцесса печени [1, с. 292; 8, с. 305; 12, с. 411; 25].

Выводы. Широкое знакомство хирургов, врачей интенсивной терапии и специалистов других специальностей с клиникой данного осложнения и тактикой его лечения поможет ранней диагностике и более успешному лечению больных.

Литература

1. Альперович Б.И. Хирургия печени / Б.И. Альперович.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- 352с.
2. Белоцерковский Б.З. Фторхинолоны в лечении инфекций в хирургии и интенсивной терапии: место и эффективность левофлоксацина / Б.З. Белоцерковский, Е.Б. Гельфанд, Т.В. Попов, В.И. Карабак, Б.Р. Гельфанд // Инфекции в хирургии.- 2007.- №3, том 5.- С. 45-51.
3. Велиев Н.А. Системная воспалительная реакция и показатели органной дисфункции печени у больных при абдоминальном сепсисе / Н.А. Велиев, В.Ф. Исламов // Клін. хірургія.- 2011.- №3.- С. 38-40.
4. Десятирик В.І. Сучасні технології в лікуванні абсцесів печінки / В.І. Десятирик, О.В. Котов // Мед. перспективи.- 2012.- Т.17, № 1, ч. 2.- С. 62-65.

5. Ильченко Ф.Н. Особенности патогенеза и профилактики эндогенной интоксикации как фактора риска билиарного сепсиса у больных с осложненной желчнокаменной болезнью / Ф.Н. Ильченко, М.М. Сербул, А.И. Гордиенко // *Современные медицинские технологии.* - 2010. - №1. - С. 13-17.
6. Иванова Ю.А. Применение препарата квадроцеф в лечении хирургического сепсиса / Ю.А. Иванова, В.В. Бойко // *Кліні. хірургія.* - 2011. - №1. - С. 41-43.
7. Кригер А.Г. Острый аппендицит / А.Г. Кригер, А.В. Федоров, П.К. Воскресенский. - М.: Издательство "Медпрактика -М". - 2002. - 244с.
8. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита / В.И. Колесов. - М.: Книга по требованию. - 2012. - 332с.
9. Козлов В.К. Сепсис: этиология, иммунопатогенез, концепция современной иммунотерапии / В.К. Козлов. - К.: АННА-Т, 2007. - 296с.
10. Пугаев А.В. Острый аппендицит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. - М.: Изд-во "Триада X". - 2011. - 168с.
11. Савельева В.С. Сепсис в начале XXI века / В.С. Савельева. - М.: Изд-во "Литтерра". - 2006. - 175с.
12. Саенко В.Ф. Сепсис и полиорганная недостаточность / В.Ф. Саенко. - Кр. Рог: Минерал, 2005. - 466с.
13. Хацко В.В. Малоінвазивне хірургічне лікування абсцесів печінки / В.В. Хацко, О.Д. Шаталов, О.Д. Зубов та ін. // *Мед. перспективи.* - 2012. - Т.17, № 1, ч. 2. - С. 66-68.
14. Хацко В.В. Современные аспекты этиопатогенеза, диагностики и лечения абсцессов печени, их роль в развитии билиарного сепсиса (научный обзор) / В.В. Хацко, А.М. Дудин, В.В. Потапов [и др.] // *Питання експериментальної та клінічної медицини.* - 2012. - Т.3, №16. - С. 214-219.
15. Яковлев С.В. Моксифлоксацин в степенчатой терапии (внутривенно и внутрь) осложненных абдоминальных инфекций: результаты исследования и обзор литературы / С.В. Яковлев, В.Ш. Рамишвили, В.В. Назаров, Л.В. Еремина // *Инфекции в хирургии.* - 2010. - №2. - С. 4-9.
16. Яковлев С.В. Антимикробная терапия сепсиса / С.В. Яковлев, С.В. Сидоренко, А.А. Зайцев, В.Б. Белобородов // *Инфекции в хирургии.* - 2004. - Т. 2, №2. - С. 23-32.
17. Alvarez Perez J.A. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess / J.A. Alvarez Perez, J.J. Gonzalez // *Am. J. of Surg.* 2001. - Vol. 181, N 2. - P. 177-186.
18. Alejandria M.M. Intravenous immunoglobulin for treating sepsis and septic shock (Cochrane Review) / M.M. Alejandria, M.A. Lansang, J.B.V. Mantaring, L.F. Dans // In: *The Cochrane Library* C. Ronco et al. - Issue. - 4. - 2002. Oxford: Update Software.
19. Aydogdu M. Predictive factors for septic shock in patients with ventilator associated pneumonia / M. Aydogdu, G. Gursel // *South Med J.* - 2008. - Vol. 101. - P. 1222-1226.
20. Figueiras R. G. "Case 158: pylephlebitis" / R.G. Figueiras, M.L. Paz, S.B. Gonzralez // *Radiology.* - 2010. - Vol. 255, N 3. - P. 1003-1007.
21. Claudio M.D. A pilot study of coupled plasma filtration with adsorption in septic shock / M.D. Claudio // *Crit. Care Med.* - 2002. - Vol. 6, №30. - P. 1250-1255.
22. Johannsen E.C. Pyogenic liver abscesses/ E.C. Johannsen, C.S. Sifri, C.M. Lawrence // *Infect. Disease Clinics of North America.* - 2000. - N. 14. - P. 47-56.
23. Jimenez M. F. Source control in the management of sepsis "Surviving sepsis campaign guidelines for management severe sepsis and septic shock" / M.F. Jimenez, J.C. Marshall // *Intensive Care Med.* - 2001. - N. 27. - P. 49-62.
24. Kanellopoulou T. Pylephlebitis: an overview of non-cirrhotic cases and factors related to outcome / T. Kanellopoulou, A. Alexopoulou, G. Theodossiades // *Scandinavian Journal of Infectious Diseases.* - 2010. - Vol. 42, N 11-12. - P. 804-811.
25. Malangoni M. A. Evaluation and management of tertiary peritonitis / M.A. Malangoni // *Amer. Surg.* - 2000. - Vol. 66, № 2. - P. 157-161.
26. Moore L.J. Sepsis in general surgery: a deadly complication / L.J. Moore // *The American Journal of Surgery.* - 2009. - N. 198. - P. 868-874.
27. Relationship between preoperative endotoxin immune status, gut perfusion and outcome from cardiac valve replacement surgery / C. Hamilton-Davies, R.G. Barclay, R.A. Cardigan [et al.] // *Chest.* - 1997. - Vol. 112, N 5. - P. 1189-1196.

Раздел 2.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ

УДК 616-022.1-06:616-021.3]+615.825.1

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ПРИВИВКУ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Аматуни Н.А., Шаповалова О.В., Мельник А.В.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра физического воспитания*

Аннотация. В работе представлены результаты изучения возможности влияния таких неблагоприятных факторов окружающей среды, как поверхностно-активные вещества, растворенные в воде, на рост числа аллергических заболеваний у подростков в критические периоды их развития. Изучена возможность прогнозирования появлений аллергических реакций у детей или подростков путем проведения реакции цитолиза с компонентами современных моющих средств и методы профилактики средствами физического воспитания.

Ключевые слова: физическая культура, гибкость, лимфоотток аллергия, реакция на прививку, клеточные мембраны, цитолиз.

THE ALLERGIC REACTIONS TO VACCINATIONS AND PREVENTION OF COMPLICATIONS WITH USING THE METHODS OF PHYSICAL CULTURE

Amatuni N.A., Shapovalova O.V., Melnik A.V.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Physical Education*

Summary. The presents the results of studying influence of such adverse factors of environment, such as surfactants, dissolved in water, the increase in allergic diseases in adolescents during critical periods of their development. Explored the possibility of predicting the occurrences of allergic reactions in children or adolescents by the reaction of cytolysis with the components of modern detergents and the methods of prevention by means of physical education.

Keywords: physical culture, flexibility, lymph drainage, allergic, reaction to the vaccine, cell membranes, cytolysis.

Актуальность. Широкое применение в быту современных синтетических химических соединений, таких как стиральные порошки, жидкие и твердые мыла оказывают вредное воздействие на растущий организм подростков, что совокупности с экологическим неблагополучием окружающей среды Донбасса проявляется ростом патологических реакций при проведении плановой иммунопрофилактики детям и подросткам, риск которых может уменьшиться благодаря регулярным занятиям физической культурой и использованием на занятиях упражнений на улучшение гибкости тела, что благотворно повлияет на улучшение общего состояния организма, кровообращения, лимфоотока, а так же на выведение токсических веществ из организма.

Цели и задачи исследования. Целью настоящей работы явилась разработка метода прогнозирования появлений аллергических реакций у детей на введение вакцин современного календаря прививок и предложение рекомендаций с применением методов физической культуры для профилактики аллергических осложнений во время плановой иммунизации.

Материалы и методы. На первом этапе исследования была проанализирована медицинская и научная литература по вопросам аллергических реакций после проведения прививки, влияния растительных антиоксидантов на состояние перекисного окисления липидов. По данным литературы, ежегодно до 10 % детей и подростков, подлежащих плановой иммунизации, остаются не привитыми из-за отказа их родителей [1, с. 28]. Это снижает иммунную прослойку среди населения страны и создает предпосылки для активизации эпидемического процесса таких инфекционных заболеваний, как полиомиелит, корь, дифтерия и столбняк, которые благодаря проведению массовой

иммунизации ранее были ликвидированы или доведены до единичных случаев заболевания [2, с. 221]. Была разработана анкета и проведено анкетирование подростков с целью выявления кожных проявлений аллергии и сбора анамнеза прививок. Среди подростков было роздано 107 анкет, собрано 92 анкеты, отобрано для последующего анализа 83 анкеты.

Результаты исследования и обсуждение. По результатам анкетирования было отобрано 20 человек разного пола, из которых были сделаны две группы по 10 человек в возрасте от 17 до 18 лет: группа подростков с кожными проявлениями аллергии (в том числе в анамнезе) и контрольная группа (без имеющихся проявлений аллергии в анамнезе). Наиболее важная информация, полученная в результате анализа анкетирования подростков представлена на диаграммах. Согласно данным проведенного анкетирования только у 10 из 83 подростков, принявших участие в исследовании, имели место кожные проявления аллергии в момент опроса или в анамнезе. В результате анкетирования у 9 из 83 обследованных подростков была выявлена картина недостаточного охвата их плановыми прививками. Таким образом, 84,2% из всех опрошенных подростков указали в анкете, что им ранее проводились прививки. На втором этапе исследования у подростков обеих групп с разрешения их родителей были отобраны образцы крови во время прохождения планового профосмотра.

В отделе лабораторных исследований университетской клиники в крови исследовали количество лейкоцитов, их способность к цитолизу, процент эозинофилов. Средние показатели у подростков контрольной группы почти все были в пределах возрастной нормы или чуть ее превосходили (показатель цитолиза с растворами моющего средства). У подростков группы риска показатели количества лейкоцитов в крови достигали нижней границы нормы, что может происходить, если лейкоциты у них разрушаются под воздействием негативных факторов. Проведение перед прививками в лабораторных условиях теста на цитотоксичность лейкоцитов позволяет прогнозировать у них вероятность негативных последствий после введения вакцины. Тесты на гистамин и серотонин в сыворотке крови стоят намного дороже (в 5 и более раз), чем тест на цитотоксичность, что позволяет сделать его доступным неспецифическим скрининговым тестом на возможность аллергических реакций на прививки и другие аллергены. Предложенное скрининговое обследование позволит отобрать группу риска подростков для дальнейшего специфического обследования, а остальным - провести все необходимые прививки, не боясь наступления негативных реакций после вакцинации.

На третьем этапе исследования подросткам с проявлениями аллергии и подросткам контрольной группы был предложен комплекс физических упражнений на развитие гибкости тела, что благотворно повлияло на лимфатическую систему [3, с. 48]. Благодаря улучшению лимфотока, ускорилось выведение токсинов и вредных веществ из организма. Улучшились все метаболические показатели [4, с. 17].

Реакции после проведенной прививки у подростков чаще всего могут иметь аллергическую (или псевдоаллергическую) природу. Поэтому необходимо проводить дальнейшее соответствующее обследование для уточнения причины реакции на прививку.

Выводы. Использование метода проверки стабильности клеточных мембран, путем цитолиза лейкоцитов крови с добавлением химических веществ позволило выявить группу подростков с высоким риском реакции на прививки. К сожалению, этот метод не обладает необходимой специфичностью:

1. Реакции после проведенной прививки у подростков чаще всего имеют аллергическую природу.

2. Применение метода проверки стабильности клеточных мембран, путем цитолиза лейкоцитов крови с добавлением химических веществ позволило выявить группу подростков с высоким возможным риском реакции на прививку.

3. Комплекс упражнений на улучшение гибкости тела благодаря улучшению качества лимфоотока, предположительно, может уменьшить этот риск.

Литература

1. Чоп'як В.В., Потьомкіна Г.О., Подаваленко А.П. Післявакцинальний імунітет: особливості розвитку та профілактика ускладнень: методичні рекомендації.-Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2011.- 40с.
2. Проблемы мембранной патологии в педиатрии. Сборник научных трудов / Под. ред. Ю.Е. Вельтищева.- Москва, 1984.- 186с.
3. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем.- М.: Медицина, 1975.- 447с.
4. Антропова Е.Н. Иммунологический контроль при общей и специальной физической тренировке / Е.Н. Антропова, П.Н. Уचाкин, И.Е. Воротникова // Теория и практи. физич. культуры.- 2004, № 6.- С. 17-19.

УДК 618.11-007.43-018:611

ОВАРИОЦЕЛЕ: ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭТИОЛОГИИ

Антипов Н.В., Пархоменко А.В., Зарицкий А.Б.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии*

Аннотация. Цель работы – оценить значение различных вариантов формирования фасциальных футляров гонадных вен у женщин, как этиологических факторов овариоцеле. Исследование проводилось на базе Донецкого республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы с использованием методов топографо-анатомического препарирования брюшной полости, морфометрии и фотосъемки. Материалом исследования послужили 54 трупа лиц женского пола 25-81 года. Оценивалась синтопия органов брюшной полости, отношение к брюшине отделов толстой кишки, органов малого таза, наличие фасции Тольдта. Производилась инъекция яичниковой вены контрастным веществом; вскрывался фасциальный футляр v.ovarica, прослеживался её ход, определялся размер, степень выраженности стенки, место впадения в магистральный сосуд, анастомозы. Vv.ovaricae имеют множественные анастомозы с венами из систем v.cava inferior et v.portae. Фасциальный футляр яичниковых вен достаточно тесно связан с позадибодочной фасцией (Тольдта). Овариоцеле зачастую сопровождается отсутствием указанной фасции, в связи с незавершенным внутриутробным поворотом кишечника (Ледда).

Ключевые слова: овариоцеле, анастомозы яичниковых вен, позадибодочная фасция, эмбриональный поворот кишечника (Ледда).

OVARIOCELE AND TOPOGRAPHIC-ANATOMIC SUBSTANTIATION OF IT'S ETIOLOGY

Antipov N.V., Parkhomenko A.V., Zaritskiy A.B.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Operative Surgery and Topographical Anatomy*

Summary. The objective of the work is to assess the value of various variants of formation of the fascial sheaths of gonadal veins in women, as etiological factors of ovariocele. The study was conducted on the basis of the Donetsk Republican Bureau of forensic medical examination, using the methods of topographic-anatomical dissection of the abdominal cavity, morphometric and photography. The material of research were 54 corpses of female aged 25 to 81 years. We estimated syntopia of abdominal organs, relation to peritoneum of the colon segments, pelvic, fascia of Toldt. We produced the injection of ovarian vein by contrast agent; opened the fascial sheath of v.ovarica, traced its course, size, the severity of the walls, the junction of the main vessel anastomoses. Vv.ovaricae have a lot of anastomoses with the veins of the systems of vv.cava inferior et portae. Fascial sheath of the ovarian veins is quite closely related to fascia retrocolica (Toldt). Ovariocele is often accompanied by absence of the fascia in connection with incomplete fetal rotation of the intestine (Ledda).

Keywords: ovariocele, the anastomoses of the ovarian veins, fascia retrocolica, embryonic rotation of the intestine (Ledda).

Актуальность. Овариоцеле, варикозное расширение яичниковых вен у женщин, несет за собой массу проблем для женского здоровья. Частота данной патологии, по данным различных авторов, составляет от 2,4 % до 80 %. Стертая клиническая картина, часто скрывающаяся под маской других заболеваний, а также недостаток диагностического контроля, не позволяет своевременно диагностировать венозное полнокровие малого таза. Это приводит к нарушению менструального цикла, маточным кровотечениям, поддержанию воспалительных процессов в яичниках, а в дальнейшем – и к таким серьезным гинекологическим проблемам, как бесплодие и синдром хронической тазовой боли [1; 3; 6].

Возникновение овариоцеле, считают, патогенетически связано с варикозным расширением венозных сплетений яичников и широкой связки матки. Клапанная недостаточность, врожденная ангиодисплазия, особенности анатомии и физиологии кровоснабжения, а также воспалительные заболевания органов малого таза сопровождаются сбросом крови и повышением давления в венозных сплетениях малого таза. [2; 4; 5]. Тем не менее недостаточно внимания уделяется значимости фасциальных футляров яичниковых вен в формировании овариоцеле, что требует дальнейших поисков.

Целью исследования было оценить значение различных вариантов формирования фасциальных футляров гонадных вен у женщин, как этиологических факторов формирования овариоцеле.

Материалы и методы. На базе республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы города Донецка топографо-анатомически и макро-микроскопически исследовано 54 нативных трупа женского пола, умерших в возрасте от 25 до 81 года. Использовались методы препарирования и морфометрии с последующей фотосъемкой на цифровую камеру Sony Cyber-shot DSC-W150. Всем трупам проводилась срединная лапаротомия, от основания мечевидного отростка до лобкового симфиза, послойное рассечение тканей. Далее проводилась оценка синтопии органов брюшной полости, наличие или отсутствие брыжейки на протяжении толстой кишки (восходящего и нисходящего отдела, слепой кишки). При мезоперитонеальном положении указанных отделов кишки брюшину пересекали по медиальной поверхности, выделяли фасцию Тольдта, оценивали степень её выраженности. При интраперитонеальном положении соответствующего отдела кишки по медиальному краю корня брыжейки вскрывали забрюшинное пространство и оценивали наличие данной фасции. Далее оценивалось отношение к брюшине органов малого таза, размеры и консистенция яичников. Для обнаружения топографии *v.ovarica* и ее анастомозов производилась инъекция кровеносных сосудов контрастным веществом. Поэтапно вскрывался фасциальный футляр *v.ovarica*, прослеживался ход вены до проникновения в *paracoln* или *paraureterium*. Определялся размер, диаметр и степень выраженности стенки *v.ovarica*, место впадения вены в магистральный сосуд, её анастомозы. При оценке размера вены, учитывая уплощенное (эллипсоидное) её сечение, фиксировали максимальные наружные размеры, которые в дальнейшем называли наружным диаметром. Полученные данные были статистически обработаны в пакете программы MedStat.

Конституционально трупы распределены следующим образом: 29 – нормостенического, 7 – гиперстенического и 18 – астенического телосложения.

Результаты и обсуждение. При оценке расположения отделов толстой кишки относительно брюшины было выявлено: в 31 случае (57,4%) восходящий отдел ободочной кишки располагался мезоперитонеально, обращала на себя внимание хорошо выраженная позадиободочную фасция (Тольдта), имеющая тесную связь с фасциальным футляром *v.ovarica* на значительном протяжении. Мезоперитонеальное положение нисходящего отдела определялось в 32 случаях (59,3%), отмечалось наличие фасции Тольдта, и,

соответственно, сформировавшегося левого *paracolon*. Интраперитонеальное положение сигмовидной кишки обнаружено было в 53 случаях (98,1%).

В 23 случаях (42,6%) восходящий отдел ободочной кишки имел интраперитонеальное положение, что сопровождалось отсутствием позадиободочной фасции и правого *paracolon*, так как оно являлось непосредственной частью собственно забрюшинного пространства. В 7 из указанных вариантов (13%) правая гонадная вена проходила в едином фасциальном футляре с мочеточником в пределах правого *paraureterium*. В 22 случаях (40,7%) мы отметили интраперитонеальное расположение нисходящей ободочной кишки, что сопровождалось отсутствием позадиободочной фасции, и *v. ovarica sinistra* проходила в собственно забрюшинном пространстве. Будучи фиксированной к левой стенке малого таза в 1 случае (1,9%) сигмовидная кишка располагалась мезоперитонеально.

В 51 случае (94,4%) слепая кишка располагалась мезоперитонеально и после её отслойки мы отмечали достаточно выраженную фасцию Тольдта, которая фиксировала правую гонадную вену к большой поясничной мышце. В 3 случаях (5,6%) слепая кишка располагалась интраперитонеально, и после вскрытия забрюшинного пространства позади неё фасции Тольдта обнаружено не было. В этих случаях мы наблюдали правостороннее овариоцеле, которое проявлялось в виде расширения наружного диаметра вены до $9 \pm 1,5$ мм, а также извитым ходом и расширением имевшихся анастомозов.

Типичное фетальное строение таза при исследовании синтопии органов таза нами было обнаружено в 4 случаях (7,4%): большая часть влагалища и прямой кишки имели интраперитонеальное расположение, вплоть до промежности. Прямая кишка была смещена резко влево в двух из этих наблюдений, и Дугласово углубление по сути являлось маточно-прямокишечно-пристеночным. В 3-х случаях фетальное строение таза сочеталось с интраперитонеальным положением слепой кишки, что позволило трактовать данные варианты как незавершенность поворота Ледда.

Пограничные состояния, когда большая часть влагалища располагалась мезоперитонеально, а прямая кишка – интраперитонеально вплоть до *m. levator ani*, отмечались в 10 случаях (18,5%). В таких вариантах, кроме нормальных межорганных углублений женского таза, определялись пристеночно-прямокишечные углубления. В двух случаях (3,7%) между апоневрозом Денонвиллье-Салищева и париетальной брюшиной прямой кишки располагалась выраженная спайка, разделявшая маточно-прямокишечное (Дугласово) углубление на два изолированных пространства.

Резко увеличенный, пастозно измененный левый яичник нами обнаружен в 12 случаях (22,2%), в одном случае (1,9%) он был каменистой плотности с выраженными кистозными образованиями. В 4 случаях (7,4%) подобные изменения наблюдались в правом яичнике, в 3-х из которых это сочеталось с интраперитонеальным положением слепой кишки. В 3-х случаях (5,5%) имели место изменения обоих яичников. Размеры яичников составили соответственно $4,7 \pm 0,8$ мм слева и $3,9 \pm 0,6$ мм справа.

V. ovarica sinistra в 26 (48,1%) случаях проходила в левом *paracolon*, диаметр составлял $4,3 \pm 1,2$ мм. В 15 (27,8%) случаях при исследовании данного сосуда наблюдалось его резкое увеличение, $d = 7,9 \pm 2,8$ мм, с варикозно измененной стенкой и извитым ходом сосуда.

Во всех наблюдениях гонадная вена имела множественные анастомозы с поясничными венами, диаметр которых составлял $1,3 \pm 0,4$ мм. С нижней брыжеечной веной *v. ovarica sinistra* имела анастомозы в 26 случаях (48,1%), в том числе в 10 случаях (18,5%) – с верхней ягодичной веной. Непосредственное впадение левой яичниковой вены в почечную наблюдалось в 31 (57,4%) случаях, при этом в 8 случаях (14,8%) определялись анастомозы с верхней брыжеечной, и в 15 (27,8%) – с селезеночной веной. В 9 случаях (16,7%) гонадная вена имела выраженный анастомоз с почечной веной, $d = 3,6 \pm 0,8$ мм,

однако основной ствол сосуда впадал в селезеночную вену, в 1-м случае (1,9%) – в верхнюю брыжеечную вену. Левая яичниковая вена впадала в почечную вену в 5 случаях (9,3%), однако на противоположной полуокружности возникала, как непосредственное продолжение *v. ovarica sinistra*, анастомотическая ветвь левой почечной вены с селезеночной веной, диаметром $3,4 \pm 0,5$ мм.

V. ovarica dextra в 36 случае (66,7%) располагалась в правом *paracolon*, $d=3,7 \pm 1,1$ мм, фасциальный футляр её был плотно фиксирован к фасции Тольдта. Определялись анастомозы с нижней брыжеечной, 3-й и 4-й поясничными венами, диаметр этих сосудов составлял $1,2 \pm 0,3$ мм. В 5 случаях (9,3%) *v. ovarica dextra* имела варикозно измененную стенку и извитой ход. в 29 случаях (53,7%) правая яичниковая вена, в пределах собственно забрюшинного пространства впадала в нижнюю полую вену на уровне L3-L4. Аналогичным образом в 5 (9,3%) случаях указанная вена впадала в нижнюю полую вену на уровне L1, на незначительном удалении от почечной вены. В 4 случаях (7,4%) имело место впадения правой гонадной вены в почечную. В верхнюю брыжеечную вену правая яичниковая вена впадала на уровне Th12 в 3-х наблюдениях (5,6%), имея анастомоз с почечной веной, $d=3,9 \pm 0,5$ мм.

Выводы. В большинстве случаев яичниковые вены имеют множество анастомозов с венами из систем нижней полой и воротной вен. Правая *v. ovarica* может впасть в нижнюю полую вену на уровне L1. Редко левая гонадная вена впадает в селезеночную или верхнюю брыжеечную вену. Яичниковые вены в пределах забрюшинного пространства достаточно тесно связаны своим фасциальным футляром с *fascia retrocolica*, что служит препятствием для формирования овариоцеле. В других случаях, когда слепая кишка, восходящий и нисходящий отдел ободочной кишки не утрачивают свою брыжейку, вследствие незавершенного внутриутробного поворота кишечника (Ледда), и позадиободочная фасция (Тольдта) не формируется, овариоцеле имеет место быть.

Литература

1. Майоров М.В. Варикозная болезнь вен малого таза у женщин // Провизор.- 2006.- №1.- С. 36-38.
2. Майоров М.В. Синдром хронических тазовых болей в гинекологической практике / М.В. Майоров // Провизор.- 2003.- № 23.- С. 17-19.
3. Мозес В.Г. Варикозное расширение вен малого таза у женщин / В.Г. Мозес // Новости медицины и фармации.- 2005.- № 18 (178).- С. 17.
4. Механизмы развития варикозной болезни вен малого таза / Б.С. Суковатых, Л.Н. Беликов, О.А. Родионов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия.- 2004.- Т. 10, № 3.- С. 73-79.
5. Озерская И.А. Ультразвуковая диагностика расширения вен малого таза у женщин репродуктивного возраста / И.А. Озерская // Ультразвуковая и функциональная диагностика.- 2005.- № 3.- С. 29-40.
6. Ющенко А.Н. Варикозная болезнь малого таза: казуистика или распространённая болезнь? / А.Н. Ющенко // Новости медицины и фармации.- 2005, № 9 (169).- С. 14-16.

УДК 616.61-002.3-007.271-036.12:616.15]-055

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Балькина А.О., Реутова Н.О., Жеденова А.А.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии*

Аннотация. В данной работе обсуждается количественная реакция показателей периферической крови и формирование межклеточного взаимодействия лейкоцитов и тромбоцитов в виде тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов у пациентов с хроническим обструктивным пиелонефритом. Изучалась возможность различного иммунного ответа у мужчин и женщин, что определяется действием половых

стероидов на клетки-эффекторы неспецифического иммунитета. Исследование включало в себя воздействие агониста системного действия – адреналина и паракринного регулятора – АДФ. Данные результаты позволят проанализировать синергизм эндокринной и иммунной систем.

Ключевые слова. Воспаление, хронический обструктивный пиелонефрит, пол, лейкоциты, тромбоциты.

GENDER DIFFERENCES OF PERIPHERAL BLOOD INDICATORS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PYELONEPHRITIS

Balykina A.O., Reutova N.O., Jedenova A.A.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Histology, cytology and embryology*

Summary. The quantitative reaction of peripheral blood markers and formation of intercellular interaction of leukocytes and platelets as platelet-leukocyte aggregates in patients with chronic obstructive pyelonephritis is discussed in this study. The ability of different immune response in men and women is studied as determined by sex steroids effects on cells-effectors of innate immunity. Study included an influence of systemic agonist – epinephrine and paracrine agonist – ADP. Such results allow to analyze synergism of endocrine and immune system.

Keywords: inflammation, chronic obstructive pyelonephritis, gender, leukocytes, platelets.

Актуальность. В настоящее время продолжают широко обсуждаться межклеточные взаимодействия, в основе которых лежат механизмы, опосредуемые адгезивными молекулами и различными компонентами сосудистой стенки. На сегодняшний день, различия между мужским и женским организмом, с точки зрения тяжести протекания воспалительного процесса недостаточно изучены [1; 4]. Образование контактов между тромбоцитами (Тц) и лейкоцитами (Лц) является важным звеном рекрутинга Лц в очаг повреждения и развития иммунных реакций в норме и при патологии, что также может служить мишенью влияния половых гормонов.

Цель. Анализ показателей периферической крови у пациентов с хроническим обструктивным пиелонефритом (ХОПН) с учётом гендерного фактора.

Материалы и методы. Исследованию подверглись пациенты с ХОПН на этапе госпитализации обоего пола (мужчин – 20, женщин – 28), сопоставимого возраста. Производился забор периферической крови по стандартной методике. На данном этапе оценивался общеклинический анализ периферической крови (критериями послужили абсолютное число Лц, СОЭ, лейкоцитарная формула). Для оценки формирования тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов (ТЛА), осуществлялось отделение 250 мкл богатой Тц плазмы (БТП) и 100 мкл лейкоцитарного кольца из цельной крови путем центрифугирования 100 об. 10 минут. БТП инкубировалась с агонистами адреналином (EC50% 5мкМ – 1 мкл) и АДФ (EC50% 5 мкМ – 1 мкл). Производилось добавление лейкоцитарного кольца к инкубированной БТП. Из полученного материала изготавливались мазки и окрашивались по методу Паппенгейма. Подсчёт производился микроскопически. Критерием подсчета стало формирование ТЛА, которые считали кооперацией клеток 1 и более Лц и нескольких Тц и рассчитывали в процентном отношении на 100 клеток (Лц). Полученные результаты были проанализированы в статистическом пакете MedCalcSoftware, 2010. Оценивали среднее значение и стандартную ошибку среднего значения. Достоверность различий определяли с использованием параметрического t-критерия Стьюдента. Различия считались статистически значимыми на уровне $p \leq 0,05$.

Результаты. При анализе периферической крови было выявлено, что абсолютное число Лц у мужчин составило $9,08 \pm 0,65 \times 10^9/\text{л}$. Аналогичный показатель у женщин составил $8,67 \pm 0,31 \times 10^9/\text{л}$ ($p=0,58$). При анализе лейкоцитарной формулы было выявлено, что у мужчин число палочкоядерных нейтрофилов (ПЯН) составило $1,75 \pm 0,41\%$. В то время как для женщин данный показатель был равен $2,0 \pm 0,32\%$ ($p=0,64$). Сегментоядерные нейтрофилы (СЯН) для мужчин составили $62,6 \pm 3,36\%$, для женщин –

72,6±0,92% (p=0,01). Процент моноцитов (МЦ) для мужчин – 4,57±0,29%, в то время как для женщин данный показатель составил 5,62±0,32% (p=0,03). Эозинофилы (ЭО) мужчин продемонстрировали показатель равный 1,0±0,37%. В то время как данный показатель для женщин составил 2,5±0,59% (p=0,05). Лимфоциты (ЛФЦ) в группе мужчин составили 28,0±2,61%, у женщин продемонстрировали показатель – 21,09±1,66% (p=0,03). Базофилов в двух группах не отмечалось. Исследуя СОЭ, были выявлены следующие различия: для группы мужчин показатель был равен 19,8±3,66 мм/час, а для женщин – 25,0±2,7 мм/час (p<0,0001). Подсчет ТЛА без стимуляции агонистами у мужчин составил 1,0±0,22 %, женщины – 2,23±0,44% (p=0,01). При инкубации с адреналином в группе мужчин показатель был равен 5,7±0,85%. В то время, как для группы женщин Тц, инкубированные с адреналином, формировали агрегаты 3,23±0,51%, что было достоверно выше, чем в группе мужчин (p=,01). При анализе влияния АДФ, как сильного агрегирующего тромбоцитарного агониста, ТЛА формировали у мужчин – 3,0±0,66%, для женщин данный маркер был равен 5,7±1,01% (p=0,03). В группе мужчин адреналин повышал формирование межклеточных агрегатов почти в 5 раз (p<0,0001), в то время как АДФ повышал количество ТЛА лишь в три раза (p=0,007). При сравнении ТЛА, инкубированных адреналином, у женщин прирост составил 44,8% (p=0,15). ТЛА, инкубированные с АДФ увеличились в 2,5 раза (p=0,003).

Обсуждение. Половые гормоны являются определяющими не только в эндокринной и репродуктивной деятельности организма человека, но могут влиять на течение воспалительной и иммунной реакций [5]. Известно, что сами по себе процессы альтерации и ремоделирования тканей (пролиферации клеток) связаны с действием половых стероидов, которые могут играть ключевую роль, выступая как регуляторы процессов не только воспаления, но и мобилизации лейкоцитарного пула из красного костного мозга, активации хемотаксиса нейтрофилов и фагоцитарной активности макрофагов, а также усиленный синтез белков острой фазы [2; 3]. Таким образом, данные проявления возможно считать гендерно-зависимым. Неспецифический и специфический иммунные ответы более выражены у женщин, по сравнению с мужчинами. Неспецифическая иммунная система является первоочередной при взаимодействии с антигеном и определяет начальную линию иммунной реакции. Клетки-представители данного звена являлись объектом нашего исследования. Абсолютное число Лц в двух группах находилось в пределах верхней границы референтного интервала, при этом пациенты находились в состоянии обострения на этапе госпитализации. Хотя, течение патологического процесса в исследуемых группах – хроническое, это может стать объяснением адаптационной способности иммунной системы к постоянному провоцирующему фактору (наличие конкремента) и сопутствующего воспалительного процесса в мочевыделительной системе. Статистически значимым были различия СЯН, МЦ, ЭО и СОЭ, преобладающие в группе женщин. Однако, ЛФЦ был выше у мужчин, что объясняется смещением соотношения в лейкоцитарной формуле.

Возможно ли, что на момент госпитализации женщин были в состоянии истинного рецидива, в то время как мужчины могли иметь вялотекущую хронизацию процесса? Данные исследовательские вопросы требуют дальнейшего изучения.

Научный интерес представляет формирование межклеточных коопераций Тц и Лц. Мы считаем, что образование ТЛА может стать маркером инициации воспалительного ответа, причиной взаимного рекрутирования Тц и Лц. Учитывая, что при реактивном ответе клетки подвергаются влиянию медиаторов системного действия (адреналин) и паракринного действия (АДФ), одной из задач исследования мы ставили проанализировать гендерные различия этого показателя и ответить на исследовательский вопрос какой агонист является доминирующим в данной исследуемой группе. Факт изначально большего количества ТЛА без предварительной инкубации был выявлен в

группе женщин. Однако, при действии агонистов, картина ответа клеточной агрегации представлялась достаточно интригующей. Тц мужчин активнее формировали агрегаты с лейкоцитами на фоне влияния адреналина. Инкубация с АДФ также повышала формирование ТЛА, однако, не была столь выраженной.

Складывается впечатление, что локальная функциональная активность Тц (дегрануляция АДФ при агрегации Тц и привлечение нового количества) и Лц не так выражена в этой группе. Другой причиной возможно считать единые звенья внутриклеточных каскадов, по которым адреналин и АДФ запускают параллельный процесс активации Тц и Лц. Вопрос взаимодействия механизмов адреналина и андрогенов на иммунные клетки остается открытым.

Оценивая группу женщин, отмечается отсутствие значительной реакции на адреналин при формировании ТЛА. Этот факт представляется интересным, учитывая постоянную воспалительную провокацию чашечно-лоханочной системы конкрементом. Данный результат можно рассмотреть, как адаптацию иммунных клеток-эффекторов у лиц женского пола к влиянию симпатoadреналовой системы. С другого ракурса, возможной причиной может являться снижение пороговой чувствительности рецепторов клеток к адреналину на фоне ее повышенной эндогенной концентрации. Учитывая эти факты, индукция формирования ТЛА у женщин при влиянии АДФ выглядит более впечатляющей.

Выводы. Таким образом, можно констатировать следующие факты: а). показатели периферической крови в группе мужчин и женщин находятся в пределах референтного интервала; б). у женщин ряд параметров (СЯН, МЦ, ЭО, СОЭ) был достоверно выше, по сравнению с группой мужчин, что может объясняться большей вариативностью иммунореактивного ответа; в). мобилизующее действие адреналина на межклеточные адгезивные взаимодействия (ТЛА) более выражены в группе мужчин, в то время как у женщин данный агонист не дал аналогичной реакции. Адреналин обладает более выраженным иммуномоделирующим действием у мужчин, что требует более детального измерения функциональной активности Тц и Лц в данной исследуемой группе; г). АДФ вызвал реакцию в обеих группах, причем реакция агрегации ТЛА у женщин дает основания предполагать о доминирующем паракринном механизме действия Тц, а также выраженности иммунного ответа.

Литература

1. Silbiger S.R. Raging hormones: gender and renal disease // *Kidney International*.- 2011.- 79.- P. 382-384.
2. Kunitoshi I. Gender differences in chronic kidney disease // *Kidney International*.- 2008.- 74.- P. 415-417.
3. René R., Ghazali D.A., Frédéric F., Gérard M., Thierry H., Jean-Michel G. Gender difference and sex hormone production in rodent renal ischemia reperfusion injury and repair. Robert et al. // *Journal of Inflammation*.- 2011.- Vol. 8 (14).- P. 1-9.
4. Gava A.L., Freitas F.P.S., Meyrelles S.S., Silva I.V., Graceli J.B. Gender-dependent effects of aging on the kidney // *Brazilian Journal of Medical and Biological research*.- 2011.- Vol. 44 (9).- P. 905-913.
5. Ian D.B., Sylvain P.S., Ravi P.M., Michael E.S. The Influence of Sex on Early Stage Markers of Kidney Dysfunction in Response to Juvenile Obesity // *Hypertension*.- 2012.- 60.- P. 991-997.

УДК 611.715.2:616.715.2-08-039.34

ОЦЕНКА МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАЗУХИ КЛИНОВИДНОЙ КОСТИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КЛИНОВИДНОЙ КОСТИ

Басий Р.В., Довгялло Ю.В., Костин Р.А.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра анатомии человека и латинского языка*

Аннотация. В статье изложены основные морфометрические характеристики пазухи клиновидной кости. Оценка морфометрического строения проводилась с помощью прижизненного исследования условно здоровых людей по данным компьютерной томографии. Изучаемые характеристики исследовались по полу, возрасту и форме черепа. Полученные данные могут быть использованы при реабилитации пациентов с заболеваниями пазухи клиновидной кости.

Ключевые слова: компьютерная томография, пазуха клиновидной кости, сфеноидит.

EVALUATION OF MORPHOMETRIC PARAMETERS OF THE SPHENOID SINUS FOR THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISEASES OF THE SPHENOID BONE

Basi R.V., Dovgiallo Y.V., Kostin R.A.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Human Anatomy and Latin*

Annotation. The article outlines the main morphometric features of the sphenoid sinus. Evaluation of morphometric characteristics was performed using in vivo studies of healthy people on CT scans. Identified signs studied by sex, age and shape of the skull. The data obtained can be used in the rehabilitation of patients with diseases of the sphenoid sinuses.

Keywords: computed tomography, sphenoid sinus, sphenoiditis.

Актуальность. Реабилитация пациентов с заболеваниями пазухи клиновидной кости стала важной составляющей в практике врача-отоларинголога. В настоящее время активно внедряются в практику методы профилактики и реабилитации заболеваний пазухи клиновидной кости [1]. Успешное проведение этих манипуляций требует от врача полных знаний о соотношении структур, находящихся рядом с пазухой клиновидной кости, а также, размеров между костными ориентирами, влияющих на исход лечебного мероприятия. Особенное расположение пазухи в системе черепа делает ее прижизненное исследование крайне сложным, а значит, возрастает значимость высокоточных методов с возможностью оценки ее вариантной анатомии и измерением размеров, влияющих на принципы и подходы в реабилитации (высота, длина, размер «хирургического окна» и так далее), таких как компьютерная томография [2, с. 104]. Это исследование дает возможность не только оценить соотношение костных ориентиров, но может помочь выявить зависимости морфометрических показателей в строении пазухи клиновидной кости от пола, возраста, формы черепа [3], степени пневматизации [4].

Цель исследования. Выявить и исследовать морфометрические признаки пазухи клиновидной кости, установить зависимость изучаемых показателей от ряда признаков: пол, возраст, тип строения черепа и т.д.

Материалы и методы. Исследовано 218 компьютерных томограмм (КТ) условно здоровых людей, взятых из архивов лечебных учреждений г. Донецка. КТ выполнялась на аппаратах фирмы Philips (срезы производились с шагом 0,3 в двух проекциях – сагиттальная и горизонтальная) в условиях лечебного учреждения. Все томограммы были ранжированы по полу и возрасту – мужчин (106) и женщин (86) в возрасте от 25 до 75 лет, из них мужчин молодого возраста – 65, женщин – 24; мужчин среднего возраста – 31, женщин – 37; мужчин пожилого возраста – 0, женщин – 25.

Результаты. На первом этапе исследования определялась форма черепа обследуемого [3] и степень пневматизации пазухи клиновидной кости [4]. Томограмм, на которых определялась брахицефалическая форма черепа, выявлено 145 (75 мужчин, 70 женщин), мезоцефалическая форма черепа – 67 (32 мужчин, 35 женщин), долихоцефалическая – 6 (5 мужчин, 1 женщина). По степени пневматизации выделены три формы: преселлярный вид пневматизации (38 томограмм), селлярный (101 томограмма), постселлярный (79 томограмм).

Для каждой томограммы пазухи клиновидной кости определялись следующие показатели (рис.1):

T_s – турецкое седло; высота пазухи максимальная – h_1 (мм); высота пазухи минимальная – h_2 (мм); длина пазухи максимальная – l_1 (мм); длина пазухи минимальная – l_2 (мм); ширина пазухи – f (мм); размер «хирургического окна» – Sw (мм).

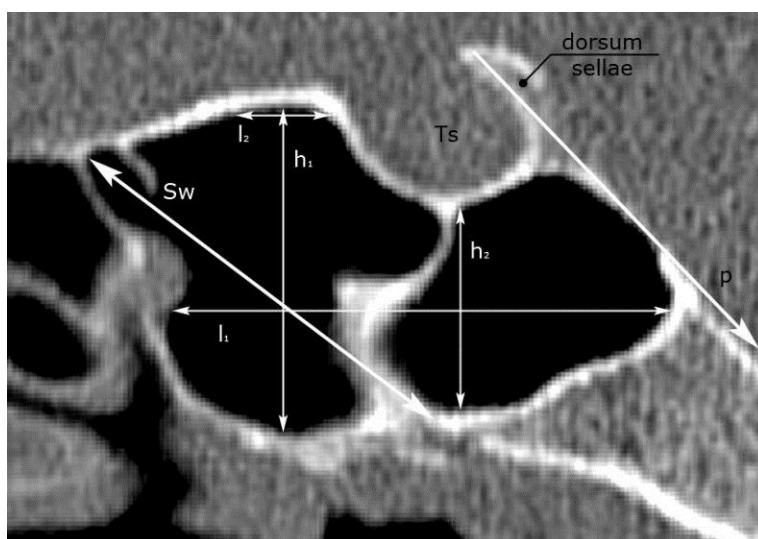


Рис.1 Морфометрия пазухи клиновидной кости.

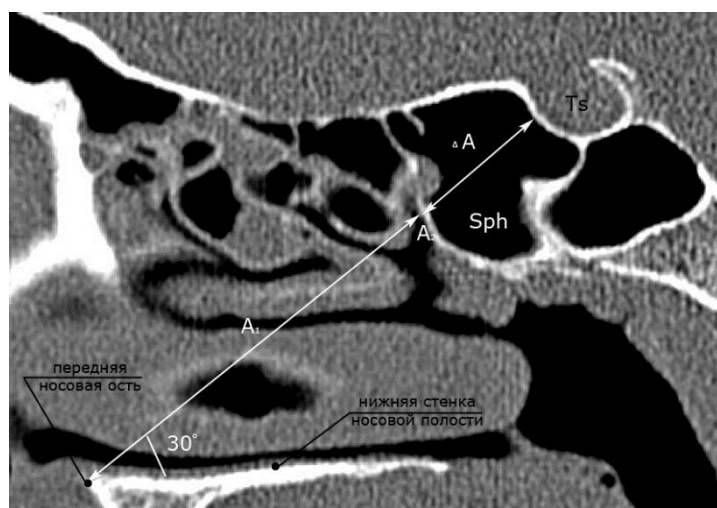


Рис. 2 Расстояние между костными ориентирами в системе черепа и пазухой клиновидной кости.

Отдельно определялось расстояние между костными ориентирами в системе черепа и пазухой клиновидной кости (рис.2). Расстояние от передней носовой ости и передней стенки пазухи клиновидной кости (Sph) – A_1 (мм) и задней стенки – A_2 (мм), длина пазухи по этой линии (линия Цукеркандля) – ΔA (мм).

На следующем этапе исследования была проведена статистическая обработка полученных данных при помощи оригинальной компьютерной программы MedStat. Установлено, что среднее значение высоты пазухи (h_1) во всей исследованной выборке составило в среднем $21,71 \pm 3,4$ мм, а разброс показателей этой переменной составляет от 13,2 до 33,7 мм (табл). У мужчин среднее значение высоты клиновидной пазухи составило $22,04 \pm 3,6$ мм, у женщин – $21,27 \pm 2,96$ мм. Значение высоты пазухи (h_2) во всей исследованной выборке составило в среднем $13,7 \pm 3,52$ мм, разброс величины составляет 5,2-22,8 мм. У мужчин среднее значение данного показателя составило $13,89 \pm 3,69$ мм, у женщин – $12,35 \pm 3,15$ мм.

При сравнении значений высоты пазухи (h_2) у мужчин и у женщин выявлено, что значения данного показателя достоверно больше у мужчин, чем у женщин ($p=0,001$). Среднее значение показателя длины пазухи (l_1) во всей исследованной выборке составило $30,9 \pm 5,90$ мм, разброс данной величины составляет от 7,3 до 43,8 мм. Среднее значение показателя длины пазухи у мужчин составило $30,35 \pm 6,10$ мм, у женщин – $29,59 \pm 5,52$ мм. Показатель длины пазухи (l_2) во всей исследованной выборке в среднем составил $6,44 \pm 2,28$ мм, разброс величины составляет от 2,0 до 19,0 мм. У мужчин среднее значение данного показателя составило $6,81 \pm 2,57$ мм, у женщин – $5,99 \pm 1,85$ мм. При сравнении высоты (l_2) у мужчин и у женщин выявлены достоверно большие размеры у мужчин, чем у женщин ($p=0,008$).

Таблица.

Морфометрические показатели пазухи клиновидной кости.

Переменная	Среднее	С.к.о.	Ош. среднего	Минимум	Максимум
h1	21,71	3,402	0,230	13,2	33,7
h2	13,17	3,515	0,238	5,2	22,8
l1	30,09	5,895	0,399	7,3	43,8
l2	6,44	2,279	0,154	2,0	19,0
f	32,04	5,290	0,358	15,0	58,7
Sw	29,56	5,253	0,356	13,2	48,3
A1	54,59	5,500	0,520	42,7	70,7
A2	75,25	5,828	0,551	62,1	89,4
ΔA	20,66	5,578	0,527	4,5	36,0

Ширина пазухи (f) во всей исследованной выборке в среднем составила $32,04 \pm 5,29$ мм, разброс показателей данной величины составляет от 15,0 до 56,1 мм. У мужчин среднее значение ширины пазухи составило $32,54 \pm 5,06$ мм, у женщин – $31,24 \pm 4,84$ мм. При сравнении ширины (f) у мужчин и у женщин выявлены достоверно большие размеры у мужчин ($p=0,056$). Размер «хирургическое окно» (Sw) во всей исследованной группе в среднем составил $29,56 \pm 5,25$ мм, разброс величины составляет от 13,2 до 48,3 мм. У мужчин этот показатель составил $30,27 \pm 5,56$ мм, у женщин – $28,74 \pm 4,87$ мм. При сравнении размера «хирургическое окно» (Sw) у мужчин и у женщин выявлены достоверно большие размеры у мужчин ($p=0,033$).

Длина до стенки пазухи (A_1) во всей исследованной выборке в среднем составила $54,59 \pm 5,50$ мм, разброс величины составляет от 42,7 до 66,0 мм. У мужчин среднее значение данной величины $55,81$ мм ($\pm 5,39$), у женщин $53,07$ мм ($\pm 5,30$). При сравнении длины до стенки пазухи (A_1) у мужчин и у женщин выявлены достоверно большие размеры у мужчин $p=0,008$. Длина до стенки пазухи (A_2) во всей исследованной группе в среднем составила $75,25$ мм ($\pm 5,83$), разброс величины составляет от 62,1 до 89,4 мм. У

мужчин определялась 77,63 мм ($\pm 5,74$), у женщин 72,30 мм ($\pm 4,46$). При сравнении длины до стенки пазухи (A_2) у мужчин и у женщин выявлены достоверно большие размеры у мужчин ($p < 0,001$). Длина полости пазухи клиновидной кости (ΔA) во всей исследованной выборке в среднем составила $20,66 \pm 5,58$ мм, разброс величины составляет от 4,5 до 36,0 мм. У мужчин среднее значение данной величины составляет $21,81 \pm 5,70$ мм, у женщин – $19,23 \pm 5,12$ мм. При сравнении длины (ΔA) у мужчин и у женщин выявлены достоверно большие размеры у мужчин ($p = 0,014$).

Выводы. В приведенном исследовании описан ряд анатомических показателей, позволяющих оценить морфометрические характеристики пазухи клиновидной кости. Обращает на себя внимание, что большинство размеров были достоверно выше у мужчин, чем у женщин, что важно учитывать при проведении реабилитации заболеваний пазухи клиновидной кости. В момент исследования не было выявлено достоверных различий и взаимосвязей размеров пазухи и формы черепа, но обращала на себя внимание зависимость размеров от пневматизации пазухи и возраста пациента. Изученные варианты анатомического строения пазухи клиновидной кости показали выраженный полиморфизм в строении, что проявлялось в количестве полостей, перегородок и карманов пазухи. В момент выбора методов реабилитации необходимо уделить пристальное внимание этим данным с учетом пола и возраста, для повышения эффективности этих мероприятий.

Литература

1. Денисов И. Профилактика синуситов [электронный ресурс].- режим доступа: <http://www.medideal.ru/zllor/lor-0054.shtml> (дата обращения 25.05.16).
2. Храппо Н.С., Тарасова Н.В. Нос в системе целого черепа.- Самара, СамГМУ, 1999.- 172с.
3. Черепной указатель [электронный ресурс].- режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Черепной_указатель (дата обращения: 10.05.2016).
4. Paulo Cesar J. Dias, Pedro Luiz, M. Albernaz, Hélio K. Yamashida Anatomical relationship between the optic nerve and the sphenoid sinus: a computed tomography study// Artigo Orig.- 2004.- Vol.70, Ed.5 (11).- P.651-657.

УДК 159.942.5:378.14]-08-057.875

ФАКТОРЫ ТРЕВОЖНОСТИ И ПУТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ У СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Кабанова Н.В., Томачинская Л.П.

*Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования*

«Донецкий институт физической культуры и спорта»

Кафедра адаптивной физической культуры и физической реабилитации

Аннотация. В статье рассмотрены факторы, влияющие на эффективность учебы и состояние здоровья студентов. Проанализированы результаты комплексного анонимного анкетного социального мониторинга, проведенного у 52 студентов. Установлены умеренный и высокий уровень личностной и реактивной тревожности у студентов во время учебы в высшем учебном заведении. Предложены пути профилактики и коррекции негативных последствий тревожности в виде внедрения здоровьесберегающих образовательных технологий.

Ключевые слова: студенты, мониторинг, тревожность, здоровьесберегающие образовательные технологии.

**FACTORS OF ANXIETY AND WAYS OF ITS CORRECTION
OF STUDENTS DURING STUDYING**

Kabanova N.V., Tomachinskaja L.P.

*State educational institution of higher education**«Donetsk Institute of Physical Culture and Sports»**Department of the adaptive physical education and physical rehabilitation*

Summary. This article examines factors influencing efficiency studies and health students. Analyzed the results of an anonymous questionnaire social monitoring conducted at 52 students. Established moderate and high level of personal and reactive anxiety in students while studying in high school. The ways of prevention and correction of the negative effects of anxiety as the introduction of health-preserving educational technologies.

Keywords: students, monitoring, anxiety, health-preserving educational technologies.

Актуальность. Тревожное состояние студентов, в результате противоречия между свободой личности и недостатком безопасности, социальной уверенности и защиты, в высшем учебном заведении активизируют радикальное изменение форм и методов обучения, глобальное возрастание объема информации и необходимость ее усвоения в сжатые сроки в условиях дефицита времени, высокие требования к самостоятельной работе, адаптация к коллективу на фоне особенностей личности, сформировавшейся на предшествующих этапах, стиль общения преподавателей со студентами [1]. Высокий уровень психических и физических нагрузок, свойственных высшей школе, сопровождается эмоциональным стрессом, отрицательно отражаясь на здоровье студентов. Проведенный нами литературный поиск показал, что в исследованиях последних лет представлены сведения о состоянии здоровья студентов вузов и факторах, его формирующих. Так, в настоящее время до 90% абитуриентов, поступающих на первый курс, уже имеют существенные отклонения в состоянии здоровья: лишь 10% выпускников школ могут считаться абсолютно здоровыми, 40-45% из них имеют серьезные морфофункциональные отклонения, а 40-45% страдают хроническими заболеваниями [2].

Решение проблем профессионального образования невозможно без определения факторов, влияющих на эффективность учебы, укрепление и сохранение здоровья студентов. Одним из таких факторов является высокая тревожность (эмоциональный дискомфорт, обусловленный субъективно преувеличенной опасностью в ситуациях, реально не угрожающих благополучию субъекта), ведущая к эмоциональной неустойчивости, импульсивности, неуравновешенности, беспомощности, беспокойству, неуверенности в себе и, в конечном итоге, к стрессу и дезадаптации [3].

Проблема тревожности студента является темой исследований ученых разных специальностей, что обусловлено значительным влиянием тревоги на физическое и психическое здоровье человека, развитие его эмоциональной сферы и общение. Высокая тревожность студента является деструктивной личностной чертой, условием формирования конфликтных отношений, агрессивного поведения, создает предпосылки для развития депрессии, невроза, артериальной гипертензии, нарушений сна, психических расстройств. Переживание тревоги влечет за собой чувство изоляции и одиночества, оказывает влияние на успеваемость студента [4].

Современная высшая школа оказывает существенное влияние на личность студента, обеспечивая значительное напряжение адаптационно-компенсаторных систем вплоть до развития стрессовой реакции. Согласно данным литературы, тревожно-депрессивные расстройства преобладают у студентов 1 курса (93%) по сравнению с 4 курсом (78%) и 6 курсом (65%). 40% от общего числа академических отпусков студентов обусловлены нервно-психическими заболеваниями, из которых неврозы составляют 60% [5]. Улучшение результатов учебы студентов путем контроля и управления тревожностью также находится в центре внимания исследователей. Доказано, что существует тесная

взаимосвязь между образом жизни студентов и их физическим и психическим состоянием. Как правило, студенты, придерживающиеся здорового образа жизни, демонстрируют высокую двигательную активность, занимаясь в спортивных секциях или в группах оздоровительной физической культуры. Процесс формирования здорового образа жизни исследователи рассматривают как механизм адаптации студентов к различным изменениям и переменам, что способствует воспитанию уверенности и стойкости [6].

Активный поиск способов повышения адаптации студентов к учебному процессу исследователи ведут с целью комплексной помощи студентам для сохранения и укрепления их здоровья. Так, важнейшими мероприятиями считают аутогенную тренировку, различные методы релаксации, системы биологической обратной связи, дыхательную гимнастику, музыку, физические упражнения, психотерапию, массаж, сауну, электросон, иглоукалывание [7]. Однако, нам не встретились работы, объективно подтверждающие влияние, преимущества и недостатки указанных методов на уровень тревожности, состояние здоровья, и динамику успеваемости студенческой молодежи. Решение проблемы современной коррекции тревожности до того, как она станет устойчивой чертой характера, возможно после исследования личностных особенностей студентов с целью определения влияния обучения в высшем учебном заведении на их здоровье, эмоциональную сферу с последующим проведением психо-коррекционной работы. Все вышеизложенное определило актуальность данного исследования.

Цель и задачи исследования. Исследование наличия и уровня тревожности у студентов в динамике учебного процесса с последующей разработкой научно-обоснованных организационных мероприятий с целью сохранения и укрепления здоровья и социальной адаптации во время учебы в высшем учебном заведении.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты анонимного анкетного социального мониторинга, проведенного у 52 здоровых студентов вуза (15 мужчин и 37 женщин), находящихся в возрасте 17-19 лет (20 студентов, 38%), 20-25 лет (25 студентов, 48%), 27 и более лет (7 студентов, 13%).

Определение уровня тревожности студентов осуществляли с помощью двухфакторного теста тревожности (Test Anxiety Inventory (TAI) Спилбергера Ч.Д., адаптированного на русском языке Ю.Л. Ханиным (1976), позволяющего дифференцированно измерять уровень тревожности и как личностное свойство, и как состояние; шкалы проявлений тревожности (Teulor J., 1955, Teilor's Manifest Anxiety Scale), адаптированной Т. А. Немчиновым (1966), шкалы Цунга [8]. Для статистической обработки результатов применяли IBM PC/AT и статистический пакет «Stadia».

Результаты исследования. При определении уровня *ситуативной тревожности по шкале Спилбергера* выявлено, что низкий уровень тревожности ($27,8 \pm 0,65$ баллов, $p < 0,05$) констатирован у 14% студентов, умеренный уровень тревожности ($36,6 \pm 1,01$ баллов, $p < 0,05$) - у 53%, высокий уровень тревожности отмечен у 33 % студентов ($51,08 \pm 1,79$ баллов, $p < 0,05$).

При оценке уровня *личностной тревожности по шкале Спилбергера* низкий ее уровень констатирован у 27% студентов ($27,54 \pm 0,45$ баллов, $p < 0,05$), умеренный уровень - у 56% студентов ($36,37 \pm 0,68$ баллов, $p < 0,05$), высокий уровень личностной тревожности наблюдали у 17% студентов ($51,5 \pm 2,35$ баллов, $p < 0,05$).

Как показали результаты исследований, низкий *уровень тревоги по шкале Цунга* отмечен у 65% студентов ($33,86 \pm 0,89$ баллов, $p < 0,05$), средний уровень - у 28% студентов ($44,13 \pm 0,73$ баллов, $p < 0,05$). Исследование не выявило студентов с высоким уровнем тревоги по шкале Цунга.

Исследование *уровня тревоги по шкале Тейлора* выявило 12% студентов с низким уровнем тревоги ($3,8 \pm 0,42$ балла, $p < 0,05$), средний с тенденцией к низкому уровню

тревоги – у 58% студентов (11,17±0,56 баллов, $p<0,05$), средний с тенденцией к высокому уровню тревоги – у 20% студентов – (20,12±1,14 баллов, $p<0,05$). Высокий уровень тревоги выявлен у 10% студентов (31,75±1,66 баллов, $p<0,05$). Исследование не выявило студентов с очень высоким уровнем тревоги по шкале Тейлора.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено наличие разных уровней тревожности у студентов с преобладанием умеренного: по шкале ситуативной тревожности Спилбергера – у 53% студентов; по шкале личностной тревожности Спилбергера – у 56% студентов; по шкале Цунга – у 35% студентов; умеренный уровень тревоги с тенденцией к высокому по шкале Тейлора отмечен у 20% студентов. Высокий уровень по шкале ситуативной тревожности Спилбергера выявлен у 33% студентов; по шкале личностной тревожности Спилбергера – у 17% студентов; по шкале Тейлора – у 10% студентов. Таким студентам трудно сохранять здоровое равновесие между учебной и личной жизнью, что создает предпосылки для нездорового образа жизни. Исходя из этого, актуальной становится проблема оценки, предотвращения и управления стрессом студентов во время учебы в высшем учебном заведении. Полученные результаты позволяют определить пути оптимальной коррекции тревожности в студенческой среде и выработать практические рекомендации для преподавателей.

Выводы. 1. Результаты проведенного исследования свидетельствуют об умеренном и высоком уровне тревожности у большинства студентов во время учебы в высшем учебном заведении.

2. Полученные результаты делают необходимым разработку и применение адекватных методов коррекции средствами и методами физической культуры у студентов с повышенным уровнем тревожности, внедрение здоровьесберегающих образовательных технологий с целью профилактики психосоматических заболеваний, сохранения и укрепления здоровья студенческой молодежи.

3. Для динамического контроля уровня тревожности у студентов высшего учебного заведения целесообразен периодический комплексный социальный мониторинг (по шкалам Спилбергера, Тейлора, Цунга), который является надежным, информативным и малозатратным способом самооценки уровня тревожности.

Литература

1. Кузнецова Л.М. Показатели психического здоровья современных старшеклассников и студентов вуза // Гигиена и санитария.- 2008.- №3.- С. 59-62.
2. Хусаинова Р.М., Гредюшко О.П. Особенности ситуативной и личностной тревожности в учебной и педагогической деятельности // Современные проблемы науки и образования.- 2012.- № 5.- С. 1-7.
3. Краснова В. В. Социальная тревожность и ее связь с эмоциональной дезадаптацией, уровнем стресса и качеством интерперсональных отношений у студентов // Вопросы психологии.- 2011.- № 3.- С. 49-58.
4. Володарская И. А. Функции и компетентности преподавателя высшей школы // Вестник Московского университета. Серия 20, Педагогическое образование: научный журнал.- 2007.- № 2.- С. 27-43.
5. Корсакова Н. К. Связь тревожности и продуктивности познавательной деятельности // Психология в вузе: научно-методический журнал.- 2010.- № 4.- С. 84-93.
6. Бондарева Н. А. Тревожность студентов в учебном процессе и ее преодоление // Здоровьесберегающее образование.- 2010.- № 4.- С. 81-84.
7. Буйнов Л.Г. Повышение умственной работоспособности студентов в процессе обучения // Здоровьесберегающее образование.- 2010.- № 4.- С. 90-93.
8. Коваленко С.В. Индивидуальные особенности и экзаменационная тревожность школьников: теоретический анализ и перспективы исследования // Преподаватель XXI век.- 2010.- № 1, ч.1.- С. 189-192.

УДК 616-056.3-053.2 (477.62-21):338.924

РОЛЬ ВНУТРИЖИЛИЩНОЙ СРЕДЫ В ФОРМИРОВАНИИ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Куляс В.М.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра гигиены ФИПО*

Аннотация. Изучена гиперчувствительность немедленного типа к внутрижилищным аллергенам у детей с аллергопатологией. Показана значимость бытовых, эпидермальных, бактериальных аллергенов и дрожжеподобных, плесневых грибов-сапрофитов в формировании аллергических заболеваний. Адекватная оценка сенсibilизирующей активности компонентов домашней пыли позволит выявлять группы риска возникновения аллергопатологии на донозологическом уровне

Ключевые слова: внутрижилищная среда, дети, аллергопатология.

ROLE OF THE ENVIRONMENT INSIDE THE HOME IN ALLERGY FORMATION OF CHILDREN'S POPULATION

Kulyas V.M.

*M. Gorky National Medical University, Donetsk
Department of Hygiene Faculty of Internship and Postgraduate Education*

Summary. Studied immediate type hypersensitivity to allergens of the environment inside the home at children with a allergy pathology. The importance of domestic, epidermal, bacterial and yeast allergens, mold, saprophytes in the formation of allergic diseases. Adequate assessment of the sensitizing activity of house dust components allows to reveal risk groups of allergy occurrence in the preclinical level.

Keywords: environment inside the home, children, allergy pathology.

Актуальность. Одним из основных факторов риска развития аллергопатологии в последнее время все чаще является загрязнение воздуха жилой среды. Проживание в запыленных, плохо проветриваемых помещениях существенно влияет на частоту сенсibilизации детей к клещам домашней пыли, плесневым грибам, другим бытовым аллергенам, повышают риск формирования аллергических заболеваний и бронхиальной астмы. По данным эпидемиологических исследований, аллергические заболевания выявляются среди 15-35% взрослого и 15-20% детского населения. Особую тревогу вызывает рост бронхиальной астмы в детском возрасте, причем более чем в 2 раза увеличилось число больных бронхиальной астмой детей в возрасте от 1 года до 2 лет [1, с. 396; 2, с. 358].

Существует четкая взаимосвязь между уровнями загрязнения жилых помещений клещами и проявлениями клинических признаков аллергии у детей и их родителей [3, с. 15]. Было отмечено, что в случае, если загрязненность клещами превышает уровень 1 г/100 особей, проявления аллергии чаще всего выявляются как у детей, так и у их родителей. Если же этот показатель меньше уровня 1 г/100 особей, в большинстве случаев проявления аллергии выявляются только у детей.

Ряд авторов отмечает, что кроме химического загрязнения воздушной среды жилых и офисных зданий отмечается их бактериальная и грибковая обсемененность. Так, на посевах смывной жидкости с фильтров воздухоочистителя кондиционера выявляется высокая микробная обсемененность (до $5,3 \cdot 10^4$ КОЕ/см³), обнаружены плесневые грибы (от 930 КОЕ/см³ до сплошного роста), гемолитическая грамположительная кокковая флора ($2,4 \cdot 10^4$ КОЕ/см³), споровые аэробные бактерии [4; 5]. Загрязнение воздушной среды может являться причиной возникновения, усиления или рецидивирования аллергических заболеваний, а также провоцировать различного рода патологию со стороны респираторного тракта. Повышенная температура в помещении способствует

росту числа спор плесневых грибов, постоянное присутствие которых в воздухе неизбежно приводит к сенсибилизации организма и нарушению иммунного баланса [6].

Домашняя пыль, являясь одним из наиболее активных ингаляционных и контактных аллергенов, в жилых помещениях представляет фактор окружающей среды, способный вызывать у человека появление клинических проявлений IgE-опосредованных заболеваний. Клещевые, пылевые, эпидермальные, бактериальные, инсектные, химические и другие компоненты могут определять аллергенный профиль домашней пыли. Состояние гиперчувствительности у пациентов может выявляться как к комплексному аллергену домашней пыли, так и к отдельным ее компонентам.

Целью работы явилось изучение влияния внутрижилищной среды на развитие аллергических заболеваний у детей.

Материалы и методы. Лабораторное аллергологическое обследование проведено у 150 детей г. Донецка в возрасте от 2 до 14 лет, имеющих выраженные симптомы аллергических заболеваний. Изучались концентрации общего IgE (Алкор-Био, СПб), гистамина и серотонина (флюориметрическим методом) в сыворотке крови. Уровни специфических IgE-антител определялись полуколичественным методом ИФА (ООО НПО «Иммунотэкс», Ставрополь, Россия).

Результаты и их обсуждение. Ведущими нозологическими формами среди изученных случаев были обструктивный бронхит 26,7% (40 чел.), бронхиальная астма 28,0% (42 чел.) и аллергический ринит 45,3% (68 чел.).

Специфические IgE-антитела отсутствовали у 17 человек (11,3%). Низкий уровень специфических IgE-антител к определяемым аллергенам определялся у 113 чел. (75,3%), умеренный уровень – у 64 чел. (42,7%), высокий уровень – у 25 чел. (16,7%) и очень высокий – у 19 чел. (12,7%).

Специфические IgE-антитела к бытовым и эпидермальным аллергенам были выявлены у 92,3% обследованных детей: 80,7% – к табаку, 74,0% – к библиотечной пыли, 67,3% – к волосам человека, 65,4% – к таракану, 63,5% – к домашней пыли, 50,0% – к шерсти собаки, 55,7% – к *Dermatophagoides farinae*, 48,1% – к *Dermatophagoides pteronys*, 46,2% – к перу подушки, 44,2% – к шерсти овцы, 40,4% – к шерсти кошки. Гораздо реже определялись специфические IgE-антитела к перхоти лошади – 23,1% и шерсти кролика – 9,6%.

Было показано, что бактериальные и грибковые аллергены также часто вызывают образование IgE-антител (выявлены у 88,9% и 77,8% обследованных детей соответственно). Чаще всего в сыворотке детей присутствовали специфические IgE-антитела к *Proteus vulgaris* (88,8%), *Escherichia coli* (85,2%), *Staphylococcus aureus* (81,5%) и *Streptococcus pyogenes* (70,4%). Антитела к *Proteus aeruginosa* определялись у 59,4% детей, *Staphylococcus epidermidis* и *Streptococcus mutans* у 55,6%, *Klebsiella pneumouis* – у 48,1%, *Branchomella catarrhalis* – у 37,0%, а к *Haemophilus influenzae* и *Streptococcus pneumoniae* – у 18,5% и 14,8%.

Среди грибковых аллергенов лидерами по гиперчувствительности немедленного типа были *Alternaria tenuis* (40,7%), *Aspergillus flavus* (37,0%), *Cladosporium herbarum* (33,3%), *Candida albicans* (33,3%), *Candida kruzei* (33,3%). Специфические IgE-антитела к *Rhizopus nigricans*, *Penicillium tardum*, *Penicillium expansum*, *Mucor pusillus*, *Fuzarium oxysporum* и *Aspergillus niger* определялись реже.

В подавляющем большинстве случаев преобладал низкий (+) уровень специфических IgE-антител. Умеренная же их концентрация (++) определялась к *Proteus vulgaris* (40,7%), *Escherichia coli* (29,6%), табаку (28,8%), *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* и *Alternaria tenuis* (по 22,2%), *Aspergillus flavus* и *Penicillium tardum* (по 14,8%), *Cladosporium herbarum* и *Candida albicans* (по 11,1%), библиотечной пыли, таракану (по 9,6%), *Streptococcus mutans*, *Klebsiella pneumouis*, *Penicillium expansum*, *Rhizopus nigricans* и *Candida kruzei* (по 7,4%), домашней пыли, перу подушки, домашним клещам *D.pteronys*

(по 5,8%), волосам человека, *Staphylococcus epidermidis*, *Branchomella catarrhalis*, *Aspergillus niger*, *Mucor pusillus* (3.8%), ацетатному волокну, домашним клещам *D. farinae* и шерсти морской свинки (по 1,9%). Высокий уровень специфических IgE-антител (++++) среди бытовых аллергенов присутствовал только к библиотечной пыли, среди бактериальных аллергенов к *Streptococcus mutans*, *Streptococcus mutans*, *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli*, *Proteus aeruginosa*, *Proteus vulgaris*, *Klebsiella pneumouis*, а среди грибковых – к *Alternaria tenius*, *Penicillium expansum*, *Candida albicans*, *Candida kruzei*.

К шести аллергенам в сыворотке крови детей определялся очень высокий уровень (++++) специфических IgE-антител: у 11,2% детей к *Streptococcus pyogenes* и *Escherichia coli*, у 3,8% – к домашним клещам *D. farinae*, *Staphylococcus aureus*, *Proteus aeruginosa* и *Alternaria tenius*

При этом, только у 57% обследованных в сыворотке крови выявлен высокий уровень общего IgE (табл.).

Таблица.

Концентрации общего IgE, гистамина и серотонина в сыворотке крови.

Показатель	Среднее арифметическое	Превышение нормы*	В пределах нормы
Общий IgE, МЕ/мл	208,0	388,5	27,6
Гистамин, мкг/мл	0,085	0,105	0,075
Серотонин, мкг/мл	0,081	0,115	0,079

Примечание: * – физиологические нормы IgE 2-5 лет – < 60,0 МЕ/мл, 6-9 лет – < 90,0 МЕ/мл, 10-15 лет – < 200,0 МЕ/мл; гистамин – 0,020-0,080 мкг/мл, серотонин – 0,040-0,090 мкг/мл.

Средний уровень общего IgE в подгруппе детей с нормальным его содержанием составил 27,6 МЕ/мл, а в подгруппе детей с превышением нормы был чрезвычайно высоким – 388,5 МЕ/мл. Концентрация IgE в этой подгруппе у детей от 2 до 5 лет (336,4 МЕ/мл) и от 6 до 9 лет (358,2 МЕ/мл) в среднем в 6 раз превышала физиологические возрастные нормы, а у детей с 10 до 14 лет (468,3 МЕ/мл) – только в 2,3 раза.

Концентрация сывороточного гистамина была выше верхней границы нормы (0,08 мкг/мл) у 95,5% детей и составляла в среднем 0,105 мкг/мл. Уровень серотонина превышал верхнюю границу нормы (0,09 мкг/мл) у 51,2% детей и составлял в среднем 0,115 мкг/мл.

Установлено, что ведущим иммунологическим механизмом развития патологических состояний у детей в изучаемых группах являются истинные аллергические реакции с преобладанием гиперчувствительности немедленного типа. Показана значимость бактериальных, внутрижильных аллергенов и дрожжеподобных, плесневых грибов-сапрофитов в формировании аллергопатологии у детей.

Выводы.

1. Высокие уровни специфических IgE-антител к бытовым, грибковым, бактериальным и эпидермальным аллергенам, представленным в составе домашней пыли, можно расценивать как фактор риска в формировании аллергопатологии.

2. Адекватная оценка сенсibiliзирующей активности компонентов домашней пыли позволит выявлять группы риска возникновения аллергопатологии на донозологическом уровне, а также проводить эффективные профилактические мероприятия внутри жилых помещений с целью их очистки от факторов, являющихся потенциальными аллергенами.

Литература

1. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология.- Киев: ООО «Полиграф плюс», 2006.- 620с.

2. Аллергология: в 2 тт. Т.2. Частная аллергология / Гл. ред. Г.Б.Федосеев [Текст].- СПб: Нордмед-Издат, 2008.- 464с.
3. Хаитов Р.М., Ильина Н.И. Аллергология и иммунология: национ. рук-во.- М.: ГЭОТАР, 2009.- 636с.
4. Мольков Ю.Н., Иванов В.Д., Лещенко Г.М., Маковецкая А.К. Клещи пыли жилых, производственных и общественных помещений как неблагоприятный фактор для здоровья человека // Угрозы здоровью человека: современные гигиенические проблемы и пути их решения / Материалы межведом. научн. совета по экологии человека и гигиене окружающей среды Российской Федерации.- М., 2012.- С. 156-167.
5. Rosenstreich D.L., Eggleston P., Kattan M. et al. The role of cockroach allergy and exposure to cockroach allergen in causing morbidity among inner-city children with asthma // N. Engl. J. Med.- 2013.- Vol. 336.- P.1356-1363.
6. Соболев А.В. Значение микромицетов в патологии легких у человека // Пробл. медицинской микологии.- 2009.- № 3.- С. 4-9.

УДК 614.71:613.9:616-006] (1-12)

АТМОСФЕРНЫЙ ВОЗДУХ УРБАНИЗИРОВАННОГО РЕГИОНА КАК КАНЦЕРОГЕННЫЙ ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Садеков Д.Р.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра гигиены ФИПО*

Аннотация. Проведена оценка канцерогенного риска для здоровья населения урбанизированного региона в связи с загрязнением атмосферного воздуха выбросами промышленных предприятий и автотранспорта. Определен уровень риска от приоритетных загрязняющих веществ.

Ключевые слова: загрязнители атмосферного воздуха, здоровье населения, канцерогенный риск.

ATMOSPHERIC AIR URBANIZED REGION AS CARCINOGENIC HEALTH RISK FACTOR POPULATION

Sadekov D.R.

*M. Gorky National Medical University, Donetsk
Department of Hygiene Faculty of Internship and Postgraduate Education*

Summary. The estimation of carcinogenic risk is conducted for a health population of urbanized region in connection with contamination of atmospheric airs the extras of industrial enterprises and motor transport. A risk level is certain from priority contaminants.

Keywords: pollutants of atmospheric air, health of population, carcinogenic risk.

Актуальность. В современных условиях проблема увеличения частоты и тяжести заболеваний, обусловленных влиянием вредных факторов среды обитания, является одной из актуальных. Среди загрязнителей атмосферного воздуха выделяют около 1000 канцерогенных веществ. По данным Международного агентства по изучению рака (МАИР), возникновение примерно 85 % опухолей у человека можно связать с системным воздействием химических факторов риска аэротехногенного генеза [1; 2].

Учитывая значимость проблемы и необходимость своевременного выявления и осуществления динамического контроля за факторами окружающей среды, которые могут обусловить рост онкозаболеваемости среди населения, возникает необходимость в определении уровня канцерогенного риска от промышленных загрязнителей.

Материалы и методы. Гигиеническую оценку загрязнения атмосферного воздуха проводили по данным постов наблюдения Госкомгидромета и результатам исследований лабораторных республиканских центров СЭС. На основе определения концентрации канцерогенных химических веществ рассчитали средние суточные дозы их влияния на жителей урбанизированного региона и величины канцерогенного риска для здоровья населения [3, с. 25].

Результаты и обсуждение. Итоговые расчеты проводились для приоритетных веществ, обладающих канцерогенным действием. Приоритетность установили на основе изучения информации о канцерогенности, физико-химических свойств, валовых выбросов в атмосферный воздух, среднегодовых и максимально годовых концентраций всех канцерогенных химических веществ, которые присутствуют в атмосферном воздухе данного населенного места.

Для определения величины канцерогенного риска установили их количественное поступление в организм человека, рассчитав средние суточные дозы влияния, стандартизированные с учетом средней продолжительности жизни (70 лет) и средней массы тела человека (70 кг) [3, с. 15]. На основе полученных средних суточных доз влияния канцерогенных веществ и величин факторов канцерогенного потенциала рассчитали индивидуальные канцерогенные риски для населения.

На основании полученных результатов его уровень для населения составил: от формальдегида, бенз(а)пирена, свинца и хрома (VI) определен как низкий, то есть допустимый, а от бензола – как средний, при котором необходим динамический контроль и углубленное изучение источников выброса данного вещества и возможных последствий ее вредного влияния на население города.

Учитывая количество населения определили, уровни популяционного канцерогенного риска (PCR). Он составил от бензола – 294,25, бенз(а)пирена – 1,58, свинца – 74,25, формальдегида – 39,55, хрома (VI) – 45,77 случаев.

Выводы. Таким образом уровень индивидуального канцерогенного риска для взрослого населения от бенз(а)пирен ($1,6 \times 10^{-6}$), свинца ($7,7 \times 10^{-5}$), формальдегида ($4,1 \times 10^{-5}$) и хрома (VI) ($4,8 \times 10^{-5}$), по международным критериям оценивается как приемлемый, на котором, как правило, устанавливаются гигиеничные нормативы для населения. Уровень бензола ($3,0 \times 10^{-4}$) является средним, требующим динамического контроля и углубленного изучения источников и возможных последствий вредного влияния для решения вопроса о мероприятиях по управлению риском. Количество случаев злокачественных новообразований, которые могут возникнуть на протяжении жизни вследствие влияния приоритетных канцерогенных веществ атмосферного воздуха на население составляет от бензола 294,25, от бенз(а)пирена – 1,58, свинца – 74,25, формальдегида – 39,55, хрома (VI) – 45,77 случая.

Литература

1. Черниченко І.О. Канцерогени в оточенні людини та критеріальні показники їх небезпеки / І.О. Черниченко, О.В. Шватер, Н.В. Баленко, О.М. Литвиченко // Гігієнічна наука та практика: сучасні реалії: Матер. XV з'їзду гігієністів України.- Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Д. Галицького, 2012.- С. 267-269.
2. Безуглая Э.Ю. Воздушный бассейн и здоровье населения городов / Э.Ю. Безуглая, И.В. Смирнова // Право и безопасность.- 2007.- №1.- С. 22-23.
3. Оцінка ризику для здоров'я населення від забруднення атмосферного повітря: МР 2.2.12-142-2007. Офіц. вид.- К.: М-во охорони здоров'я України, Державна санітарно-епідеміологічна служба,- 2007.- 39с.

УДК 612.017+615.835.5+615.838

КОМПЛЕКС ВОДНЫХ ПРОЦЕДУР И АРОМАТЕРАПИИ КАК ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ СОПРОТИВЛЯЕМОСТИ ОРГАНИЗМА

Томачинская Л.П., *Кабанова Н.В., Поважная С.В.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра Медицинской Реабилитации, ЛФК и Нетрадиционной Медицины*

**Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий
институт физической культуры и спорта»*

Кафедра Адаптивной Физической Культуры и Физической Реабилитации

Аннотация. Данная работа посвящена разработке комплекса немедикаментозных мероприятий, позволяющих повысить уровень физического развития и здоровья.

Ключевые слова: водные процедуры, ароматерапия, закаливание.

COMPLEX OF HARDENING AND AROMATHERAPY AS AN EFFECTIVE MEANS INCREASE OF NONSPECIFIC ORGANISM'S RESISTANCE

Tomachinskaya L.P., *Kabanova N.V., Povazhnaia S.V.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Medical Rehabilitation, Exercise Therapy and Alternative Medicine*

**State educational institution of higher education
«Donetsk Institute of Physical Culture and Sports»*

Department of the Adaptive Physical Education and Physical Rehabilitation

Summary: This work is devoted to complex development of drugs-free arrangements, that let to increase the level of health and physical development.

Key words: water procedures, aromatherapy, hardening.

Актуальность. Неблагоприятные условия внешней среды донецкого региона (запыленность, загазованность) сказываются на здоровье всего населения, в том числе и студенческой молодежи.

Целью настоящего исследования была разработка комплекса немедикаментозных мероприятий, позволяющих повысить уровень физического развития и здоровье студентов.

Результаты и обсуждение. Наиболее доступными и эффективными для повышения неспецифической сопротивляемости являются водные процедуры. Холодное умывание, обтирание, обливание, ванны, полоскания горла прекрасно тренируют механизмы иммунитета и терморегуляции. Они стимулируют обмен веществ, образование защитных гормонов гипофиза и надпочечников, нормализуют артериальное давление, аппетит и сон, укрепляют нервную систему [1].

В действии холодной воды на организм различают три фазы. Сначала кожа бледнеет и становится холодной (фаза спазма). Это связано с резким спазмом кожных сосудов и оттоком крови к внутренним органам. Через некоторое время сосуды кожи расширяются. Кровь устремляется к периферии, появляется ощущение тепла, порозовение кожи (фаза активной гиперемии). Если холодная вода продолжает действовать, она парализует капиллярный кровоток. Возникает застой крови, кожа приобретает синюшный оттенок – наступает фаза пассивной гиперемии. Первая и вторая фазы связаны с включением защитной реакции организма, обуславливающих процесс закаливания. Третья стадия развивается из-за нарушения терморегуляции, поэтому ее допускать нельзя.

Таблица.

Система закаливающих процедур.

День закаливания	Ножные ванны		Обтирания контрастные	Душ контрастный		Полоскание горла	
	Температура воды°	Время (минут)	Температура воды°	Температура воды°	Время (минут)	Температура воды°	Время (минут)
1	25	5	от 20 до 38	35	1	27	1
2	24	5	То же	33	1	27	1
3	23	5	от 19 до 38	31	1	26	1
4	22	5	То же	29	1	26	1
5	21	5	от 18 до 38	27	1	25	1
6	20	5	То же	25	1	24	1
7	19	5	от 17 до 39	24	2	24	1
8	18	5	То же	23	2	23	1
9	18	6	"	23	2	23	1
10	18	7	"	22	2	22	1
11	18	8	"	22	2	22	1
12	18	9	"	21	2	21	1
13	18	10	"	20	2	21	1
14	18	11	"	19	2	20	1
15	17	12	"	19	3	20	1
16	17	13	"	18	3	19	1
17	17	14	"	18	3	19	1
18	17	15	"	17	3	18	1
19	17	15	"	17	3	18	1
20	17	15	"	16	3	17	1
21	17	15	"	16	4	17	1
22	16	15	"	16	5	16	1
23	16	15	"	16	5	16	1
24	16	15	"	16	5	15	1
25	16	15	"	от 16 до 20	5	15	1
26	16	15	"	16-21	5	14	1
27	16	15	"	16-22	5	14	1
28	16	15	"	16-23	5	13	1
29	16	15	"	16-24	5	13	1
30	16	15	"	16-25	5	13	1

Разработанная нами система закаливающих процедур, представленная в таблице, базируется на принципах непрерывности, систематичности, комплексности, индивидуальной дозировке водных процедур. Обязательным условием является постепенное изо дня в день, увеличение интенсивности закаливающего фактора.

Общие водные процедуры желательно проводить утром (в связи с их тонизирующим действием), не ранее, чем за час до завтрака. Ножные ванны и полоскания горла можно

проводить вечером. При перерывах в закаливании более, чем два дня, необходимо отсчитать в таблице вверх соответствующее число дней, и снова начать воздействие с этих, уже пройденных этапов. Практически здоровым людям можно снижать температуру воды на 1°C за 1-2 дня. Начинать заниматься закаливанием можно в любое время года [2].

Для умывания, обтирания и ванн целесообразно использовать ароматические масла, повышающие иммунитет, улучшающие микроциркуляцию трофику тканей, благотворно влияющих на психику [3, с. 112].

Умывание холодной водой закаливает на долгие годы. Но воздействие холодной воды на нежную детскую кожу иногда может дать аллергическую реакцию, спровоцировать диатез. Поэтому, для умывания новорожденных воду подогревают до 28 градусов, и в нее добавляют настои трав, обладающих антисептическим, противовоспалительным, антиаллергическим действием (ромашка, шалфей, календула, череда, мать-и-мачеха). Дети старше трех лет умываются холодной водой, в которую травы добавляются лишь периодически по мере необходимости (в период дефицита витаминов – весна, зима, и после простудных заболеваний).

Резко возрастает значение травяных умываний в пожилом возрасте, когда увядающая кожа требует массажа и витаминов. Можно с большой пользой умываться водой с настоем березовых почек, крапивы, лопуха, шишек хмеля, листьев облепихи и др.

Еще более мощного закаливания можно добиться в контрастных травяных ваннах. Для этого в холодную воду добавляют настой мяты или мелисы лимонной, в горячую ванну – настоем тимьяна, тысячелистника, пижмы, сосновых или еловых лапок.

Для взрослых, особенно с большим весом, весьма эффективным средством оздоровления и закаливания являются потогонные ванны с настоем листьев земляники, мать-и-мачехи, фиалки, душицы, цветков липы.

Доказано, что отсутствие, или дефицит ароматических веществ в атмосфере или помещении может привести к развитию у человека различных заболеваний [4, с. 10]. Для профилактики возникновения патологических состояний каждый практически здоровый человек должен вдыхать в день 3-4 миллиграмма ароматических веществ. В случае же возникновения заболеваний, ароматические вещества являются прекрасным лекарством. Из широкой палитры ароматических веществ нами выбраны масло лимона, мяты перечной, лаванды, в соотношении 2:4:2. Эти ароматические вещества, не вызывая аллергических реакций, обладают антимикробным и противовирусным действием, значительно стимулируют фагоцитарную активность макрофагов, осуществляет фенотипическую коррекцию клеточного компонента иммунного ответа, влияют на уровень накопления энергии в клетках, нормализуют состояние нейроэндокринной системы, обладают антиканцерогенным действием. Однако, не следует забывать, что высокой эффективностью обладают высококачественные эфирные масла. Низкопробные, синтетические, могут нанести организму непоправимый вред. Нами использовались ароматические масла фирмы «Cosmetik Karl Hadek». В воду ароматические масла добавляются не непосредственно, а после предварительного смешивания с эмульгатором. На чайную ложку соли, соды, меда добавляют 2-3 капли ароматического масла, тщательно перемешивают и добавляют к общему объему воды.

Выводы. Таким образом, комплексное применение водных закаливающих процедур в сочетании с ароматическим воздействием позволит значительно улучшить здоровье и повысить неспецифический иммунитет. Доступность процедур, необременительность их для пациента, а также их высокая эффективность позволяют рекомендовать данный комплекс для широкого использования.

Литература

1. Эмото Масару. Великая тайна Вселенной: Вода.- М., «Эксмо», 2014.- 160с.
2. Кутузов А. Вода – чудо-лекарь.- СПб.: «Питер», 2005.- 128с.

3. Ванда Селлар. Энциклопедия эфирных масел.- М., «ФАИР-ПРЕСС», 2005.- 400с.
4. Ирисова О.А. Ароматерапия: Практическое руководство.- М., МГУ, 2002.- 128с.

УДК: 616+355-051:622-051

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО КОНТРАКТУ, ИМЕЮЩИХ ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ СТАЖ РАБОТЫ В УГОЛЬНОЙ ШАХТЕ

Чуркин Д.В., *Ластков Д.О.

Войсковая часть 2001 внутренних войск МВД ДНР

**Донецкий Национальный Медицинский Университет им.М.Горького
Кафедра гигиены и экологии*

Аннотация. Данная статья посвящена вопросу оценки показателей нормативов физической подготовки горнорабочих, имеющих предшествующий стаж подземной работы в угольных шахтах от 6 до 11 лет, которые проходят военную службу по контракту в различных структурных подразделениях войсковой части 2001 ВВ МВД ДНР. Установлено, что у данной категории военнослужащих показатели силы, скорости, ловкости соответствуют установленным возрастным нормативам, показатели выносливости достоверно ниже установленных возрастных нормативов и достоверно отличаются от показателей нормативов военнослужащих, которые не имеют предшествующего шахтерского стажа.

Ключевые слова: горнорабочие, военнослужащие, физическая подготовка, нормативы.

TO QUESTION ABOUT ESTIMATION OF INDEXES OF PHYSICAL TRAINING FOR MILITARY PERSONNEL ON CONTRACT, HAVING PRECEDING EXPERIENCE OF WORK IN COAL MINE.

Churkin D.V., *Lastkov D.O.

Military part 2001 of Internal Troops of Ministry of internal affairs DPR

**M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of hygiene and ecology*

Summary. This article deals with a question of physical training standards evaluation of the miners having the previous experience of underground work in coal mines from 6 to 11 years which do military service under the contract in various structural divisions of a body of 2001 Interior Ministry Troops of DPR. It is established that at this category of the military personnel indicators of force, speeds, dexterity correspond to the determined age standards, indicators of endurance are reliable below the determined age standards and authentically differ from indicators of standards of the military personnel which have no the previous miner's experience.

Keywords: miners, military personnel, physical training, standards.

Актуальность. В условиях локального конфликта на Донбассе в процессе кадрового обеспечения возникает ряд трудностей, связанных с предшествующим профессиональным маршрутом поступающих на военную службу граждан. Ввиду специфики региона многие из них имеют длительный подземный стаж в угольных шахтах, что сказывается на военно-профессиональной работоспособности.

Военно-профессиональная работоспособность является комплексным показателем, отражающим функциональное состояние организма военнослужащих. Наиболее простым методом исследования военно-профессиональной работоспособности является оценка физической подготовки военнослужащих с последующей оценкой функциональных резервов здоровья.

При оценке общей физической подготовки военнослужащих используются, в том числе, результаты следующих нормативов: подтягивание на перекладине для оценки силы, бег на 100 метров для оценки скорости, комплексное акробатическое упражнение для оценки ловкости, бег на 5 км для оценки выносливости.

Нормативы используемых для оценки физической подготовки показателей варьируют в зависимости от возраста обследуемых. Выделяют следующие возрастные группы, в границах которых проводят оценку физической подготовки:

I – до 25 лет, II– 25-29 лет, III– 30-34 лет, IV– 35-39 лет, V – 40-44 лет, VI – 45-49 лет, VII – 50-54 лет, VIII–старше 55 лет.

Традиционно ведущим фактором, влияющим на уровень физической подготовки, является образ жизни, включающий в себя, в том числе регулярные занятия физической культурой и спортом, уровень повседневной физической нагрузки, закаливание, режим, основой которого является полноценный отдых, в первую очередь сон, а также наличие вредных привычек, таких как курение и употребление алкоголя.

Дополнительным фактором, влияющим на уровень физической подготовки, является пищевой статус организма. Пищевой статус традиционно определяют как комплекс показателей, отражающих адекватность фактического питания реальным потребностям организма с учетом условий его существования. Пищевой статус оценивают как оптимальный, недостаточный либо избыточный. Неоптимальные пищевые статусы рассматривают как признак несформировавшейся патологии, которая подлежит коррекции. Вывод об адекватности пластической и энергетической сторон питания можно сделать путем оценки физического развития. Наиболее простым способом оценки физического развития является определение индекса Кеттле (индекс массы тела, ИМТ), который рассчитывают по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{квадрат роста (м)}.$$

Значение ИМТ ниже 19 указывает на дефицит массы тела, ИМТ в интервале 19,5-25,4 – нормальная масса тела, 25,5-27,5 – избыточная масса тела, >27,5 – ожирение [4].

Значение предшествующего профессионального маршрута, в том числе влияние подземного труда в угольной шахте на показатели физической подготовки военнослужащих в литературе практически не рассматриваются, поскольку в мирное время при смешанной системе комплектования войсковых частей личным составом, доля лиц, имеющих опыт шахтерского труда, как правило, весьма незначительна.

В условиях локального военного конфликта в Донбассе доля военнослужащих, имеющих предшествующий опыт работы в угольных шахтах, является значимой. Анализ личных дел военнослужащих войсковой части 2001 ВВ МВД ДНР, показал, что доля военнослужащих, имеющих стаж шахтерского труда в роте специального назначения, составляет –7,5%, в роте оперативного назначения составляет –20%, в роте материально-технического обеспечения составляет –40%, в сводной группе военнослужащих минометной батареи и зенитной ракетно-артиллерийской батареи составляет –12,5%.

Цель. Для оценки влияния предшествующего профессионального маршрута на показатели общей физической подготовки на базе учебного батальона внутренних войск МВД ДНР было выполнено настоящее исследование.

Материалы и методы. В опытную группу отобрали 64 военнослужащих в возрасте 30-39 лет, имеющих стаж подземной работы по основным специальностям в угольных шахтах из таких подразделений: рота специального назначения (РСН), вторая рота оперативного назначения (РОН 2), рота материально-технического обеспечения (РМТО), сводная группа военнослужащих минометной батареи и зенитной ракетно-артиллерийской батареи (ЗРАБ+МинБатр). В контрольную группу отобрали 50 военнослужащих в возрасте 30-39 лет, которые не имели стажа работы в угольных шахтах из тех же подразделений (РСН, РОН 2, РМТО, ЗРАБ+МинБатр). Сводная характеристика опытной и контрольной группы представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Характеристики опытной и контрольной групп.

Показатель	Группа 1	Группа 2
Количество военнослужащих из РСН	7	5
Количество военнослужащих из РОН 2	16	12
Количество военнослужащих из РМТО	32	27
Количество военнослужащих из ЗРАБ+МинБатр	9	6
Средний возраст военнослужащих, лет	34,2	32,2
Средний стаж работы предшествующий, лет	15,9	12,7
Средний стаж работы в угольных шахтах, лет	8,9	0

Примечание: Группа 1 – опытная группа, Группа 2 – контрольная группа.

На первом этапе с целью определить сопоставимость исследуемых групп по влиянию физического развития на показатели физической подготовки определили средний индекс массы тела в опытной и контрольной группах. Достоверность полученных различий оценили с помощью критерия Стьюдента. Средний ИМТ в опытной группе составил $25,3 \pm 1,1$; средний ИМТ в контрольной группе составил $25,1 \pm 0,6$; различия между рассматриваемыми группами являются недостоверными, что указывает на сопоставимость рассматриваемых групп по влиянию физического развития. Также среднее значение ИМТ в опытной и контрольной группах указывает на отсутствие у исследуемых военнослужащих избыточной массы тела, что позволяет отклонить гипотезу о выраженном влиянии физического развития на показатели физической подготовки в исследуемых группах.

Исследование физической подготовки выполнялось путем оценки средних показателей в контрольной группе с установленными нормативами, в дальнейшем проводили сравнение средних показателей в опытной и в контрольной группах. Обработку полученных статистических данных проводили с использованием критерия Стьюдента для оценки достоверности различий средних значений в группах.

Оценка полученных нормативов проводилась на основании приказа №395 МВД РФ от 19.05.2005 «Об утверждении наставления по физической подготовке во внутренних войсках Министерства внутренних дел Российской Федерации».

Исследование проводили на тренировочной базе войсковой части 5001 (отдельный учебный батальон внутренних войск МВД ДНР) в период с 01 сентября 2015 по 10 сентября 2015 года. Военнослужащие выполняли нормативы после предварительной разминки в течение 30 минут, интервал времени после предшествующего приема пищи составлял не менее 150 минут.

Нормативы выполнялись в следующей последовательности – бег 100 метров, подтягивание на перекладине, комплексное акробатическое упражнение. Перед выполнением нормативов у военнослужащих оценивалась частота пульса. Военнослужащие допускались к выполнению норматива при частоте пульса ниже 90 ударов в минуту.

Нормативы выполнялись согласно стандартной методике, изложенной в наставлении по физической подготовке [1, с. 68-75].

Норматив бег на 3 км военнослужащие выполняли на следующий день, после предварительной разминки в течение 30 минут. Интервал времени после предшествующего приема пищи составил не менее 120 минут. Норматив выполнялся на

кольцевой беговой дорожке с асфальтовым покрытием при ясной погоде, группами по 20 военнослужащих в летней полевой форме одежды без дополнительного снаряжения. Перед выполнением норматива всем военнослужащим измерялось артериальное давление, к выполнению норматива допускались лица с уровнем артериального давления ниже 139/89 мм. рт. ст.

Поскольку основной задачей исследования являлось определение влияния предшествующего опыта работы в угольных шахтах на показатели физической подготовки, то сравнение проводилось со средними показателями контрольной группы, без сравнения полученных средних значений с оценочными значениями.

Результаты и их обсуждение. Установлены следующие средние результаты физической подготовки в контрольной группе:

- подтягивание на перекладине – 7,6+1 раз, что соответствует доверительному интервалу указанного норматива;
- бег 100 метров – 15,2+0,5 секунд, что соответствует доверительному интервалу указанного норматива.

Установлены следующие средние результаты физической подготовки в опытной группе:

- подтягивание на перекладине – 6,6+1 раз, что соответствует доверительному интервалу указанного норматива;
- бег 100 метров – 16,2+0,5 секунды, что соответствует доверительному интервалу указанного норматива.

Различия между средними показателями нормативов «Бег 100 метров» и «Подтягивание на перекладине» в опытной и контрольной группах являются недостоверными.

Также установлены следующие средние результаты физической подготовки в контрольной группе:

- комплексное акробатическое упражнение – 11,4+0,3 секунд, что соответствует доверительному интервалу указанного норматива;
- бег на 5 км – 28,5+1,2 минут, что соответствует доверительному интервалу указанного норматива.

Установлены следующие средние результаты физической подготовки в опытной группе:

- комплексное акробатическое упражнение – 12,1+0,4 секунд, что соответствует доверительному интервалу указанного норматива;
- бег на 5 км – 32,2+1,5 минут, что соответствует доверительному интервалу указанного норматива.

Различия между средними показателями норматива «Комплексное акробатическое упражнение» являются недостоверными, различия между средними показателями норматива «Бег на 5 км» являются достоверными.

Обобщенно результаты проведенного исследования представлены в табл.2.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что у военнослужащих, имеющих стаж работы по основным профессиям в угольной шахте, средние показатели силы, скорости и ловкости соответствуют средним возрастным показателям, что соответствует данным литературы [3], средние показатели выносливости в сравнении с контрольными показателями достоверно снижены. Выявленные особенности физической подготовки военнослужащих уместно связать со спецификой предшествующего шахтерского труда, вредные факторы которого – концентрация угольной пыли, работа в узком пространстве, вынужденная поза, неблагоприятный температурно-влажностный режим, а также степень тяжести физического труда, ведут к снижению уровня выносливости организма к длительной

аэробной нагрузке, в первую очередь за счет функциональной перестройки систем дыхания и кровообращения [2, с. 3-7].

Таблица 2.

**Результаты выполнения нормативов физической подготовки
опытной и контрольной группами военнослужащих.**

Исследуемые показатели	Группа 1	Группа 2	Достоверность различий
Подтягивание на перекладине, раз	6,6±1	7,6±1	>0,1
Комплексное акробатическое упражнение, сек	11,4±0,3	12,1±0,4	>0,1
Бег 100 метров, секунд	15,±0,5	16,2±0,5	>0,1
Бег 5 километров, минут	28,5±1,2	32,2±1,5	<0,05

Примечание: Группа 1 – контрольная группа, Группа 2 – опытная группа.

Полученные результаты рекомендуется учитывать при проведении профессионального отбора военнослужащих, поскольку низкий уровень данных показателей на практике может привести к неполному соответствию требованиям, выполнение которых необходимо для успешного решения задач служебно-боевой деятельности. В условиях большой протяженности линии соприкосновения с противником, возникает проблема низкой насыщенности огневыми средствами и личным составом, что в любой момент может привести к необходимости скорейшей передислокации подразделения на проблемный участок фронта. Этот маневр однозначно будет затруднен ввиду физического состояния военнослужащих.

В случае, же если будет принято решение о приеме, такие военнослужащие нуждаются в разработке индивидуального комплекса мероприятий физической подготовки, направленных на повышение переносимости организмом физической аэробной нагрузки. Также показано использование препаратов с адаптогенными свойствами, в том числе аскорбиновой кислоты и спирулины.

Литература

1. Миронов В.В. Теория и организация физической подготовки: учебник / под ред. проф. В.В. Миронова; М-во обороны Рос. Федерации, Воен. ин-т физ. культуры.- СПб., 2006.- 594с.
2. Ластков Д.О. Гигиеническая оценка факторов трудового процесса и производственной среды: метод. указания к практ. занятию по гигиене труда для студ. 6 к. мед. ф-тов /сост. Д.О. Ластков; Донецкий мед. ун-т.- Донецк, 2010.- 25с.
3. Яковлев Ю.В. К проблеме физической подготовки работников горной промышленности как фактора сохранения их здоровья// Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2011.- №9.- С. 180-183.
4. Русакова Д.С., Каганов Б.С. Особенности пищевого статуса у пациентов с ожирением различной степени // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2012. - №12. С. 65-67.

Раздел 3.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ

УДК 613.7+159.9:378.147

ИНТЕГРАЦИЯ И ГАРМОНИЗАЦИЯ ДУХОВНОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ

Алешин Е.В., Шиншина С.И., Федорова Г.В.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М. Горького
Кафедра физического воспитания*

Аннотация. Статья рассматривает анализ проблемы гармонизации и интеграции духовной и физической культуры студентов в образовательной деятельности. Выложено теоретическое обоснование и экспериментальная проверка содержимого духовных и моральных ценностей. Рассмотрены формы и методы их воспитания у студентов с учетом индивидуального и творческого подходов. Успешность деятельности определяется с помощью мониторинга по индикатору, направленному высшего образования.

Ключевые слова: оздоровление, интеграция, потенциал, спорт, вуз, студент.

INTEGRATION AND HARMONIZATION OF SPIRITUAL AND PHYSICAL CULTURE STUDENTS

Aleshin E.V., Shinshina S.I., Fedorova G.V.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Physical Education*

Summary. The purpose of the article – the analysis of problems of harmonization and integration spiritual and physical training of students in educational activity. The theoretical justification and experimental check of the contents spiritual and moral values is worded. Forms and methods of their education at students are construed. Procedures of physical training of students with allowance for their individual and creative approach are presented. Success of activity is defined with the help of monitoring on the indicator of a directedness of higher education.

Keywords: recovery, integration, potential, sport, higher education institutions, student.

Актуальность. Физическое воспитание, как образовательная область, на современном этапе развивается быстрыми темпами и постоянно пополняется данными методологических, медицинских, социальных и педагогических исследований.

Специалисты теории и методики физического воспитания обобщают и творчески синтезируют научную информацию, которую получают смежные науки. В наше время становится необходимым дальнейшее усовершенствование системы физического воспитания и повышение её результативности в деле всестороннего развития каждого гражданина. Проблема формирования у современной молодежи стойкости мотивации к ценностям образования и здорового образа жизни остается актуальной и в наше время. Не смотря на некоторые улучшения общей социально-экономической ситуации, в том числе и позитивный сдвиг в развитии отрасли физической культуры и спорта, стоит огласить необходимость дальнейшего формирования в сознании современного общества понимания значения физической культуры как достаточно действенного способа оздоровления и социальной молодежи [1, с. 23].

Сформированные в отечественной высшей школе теория и практика физического воспитания в большей степени ориентированы на формирование только основных физических качеств у студентов (силы, скорости, выносливости, ловкости и т.д.).

Исследования многих авторов, проведенные за последние пять лет, показывают, что существующая система физкультурно-спортивной работы в вузах не решает основных возложенных на нее задач. Она не обеспечивает должного уровня здоровья и физического развития студентов, не рассматривает интеграцию духовного и физического потенциала будущих специалистов, не формирует у студентов потребности в здоровом образе жизни, заинтересованности в физкультурно-спортивной деятельности, не позволяет в полной мере реализовать ее огромный гуманистический потенциал [2, с. 200].

Целью исследования явилось изучение основных проблем гармонизации и интеграции духовной и физической культуры в высших учебных заведениях, и рассматривает необходимость новейших разработок в методике физического воспитания, потому что действующий традиционный подход не всегда можно применить к современной молодежи.

В этой статье есть обоснование необходимости интеграции духовной и физической культуры как фактора влияния на развитие целостной личности.

Результаты и обсуждение. Ухудшение состояния здоровья и понижение уровня физической подготовки студентов показывают невозможность существующего традиционного подхода к преподаванию физической культуры в ВУЗе. Современная система высшего профессионального образования детерминирована заданиями обучения на вредность комплексному здоровью и не обеспечивает их использование для индивидуально-профессионального развития студентов.

Анализ мировых социокультурных и образовательных тенденций говорит о том, что в последнее время объектом постоянного надзора общества и предметом междисциплинарных исследований, во многих высокоразвитых странах, стали разные аспекты поведения человека относительно их состояния здоровья. Пробуются разные модели обучения способу жизни (медицинская, образовательная, радикально-политическая, и другие.) как факторные конкурентоспособные особенности на рынке труда и умственной творческой самореализации. В то же время одним из решающих условий которые обеспечивают эффективность и результативность профессиональной деятельности, это наличие продуктивной общей работоспособности, которая базируется на мощном духовном и физическом состоянии человека [2, с. 75].

В то же время, одно из решающих условий, которое обеспечивает эффективность и результативность профессиональной деятельности, является наличие продуктивности общей работоспособности, которая базируется на мощном духовном и физическом здоровье человека.

На основании анализа философских, психологических исследований понятия «духовно моральных ценностей» охарактеризованы как внутренние убеждения, которые формируют жизненную позицию и поведение личности, входят в ее психологические структуры в виде личных взглядов и принципов, которые выступают в качестве соединения между культурой общества и внутренним миром личности. Именно благодаря духовно моральным ценностям формируется стремление человека к самовыражению и самоусовершенствованию.

Вместе с тем, как показывает отечественная образовательная практика, речь должна идти про организацию интегрирования обучения и воспитания молодежи, которая нормально развивается, в рамках образовательных постановлений, в общем проведении досуга, и разных мероприятиях которые подразумевают не только образовательная, но и социальная интеграция при условии создания интегрированной воспитательной среды по принципу сожительства и сотворчества.

Современная система обучения направлена на разностороннюю – профессиональную и личную высококачественную подготовку будущих специалистов. Одним из заданий такого высшего учебного заведения является раскрытие талантов личности к обучению, общественной жизни, творческой и максимальной реализации себя еще в молодые годы, подготавливая таким образом студента к его будущей профессиональной деятельности.

Основой этого сложного процесса должно быть формирование физической и духовной культур. Физическая культура в вузах регулируется как важная составляющая формирования культуры личности будущего специалиста [3, с. 61].

Физическое воспитание в ВУЗах можно рассматривать как педагогический процесс, направленный на формирование духовной культуры. В современном мире физическое

воспитание может быть использовано для решения важных социально-культурных и гуманистических задач.

Проблема формирования физической и духовной культуры студентов в ВУЗах, в подготовке к профессиональной деятельности, существенно связана с психолого-педагогическими факторами, основными характеристиками которых являются: исполнение профессиональных обязательств, востребованность высокого здоровье-творческого профессионализма.

Поиск в этом направлении приводит к необходимости исследования интегрированного потенциала духовной и физической культуры студентов путем выделения гуманитарной составляющей из общественно социального знания, которое раскрывает духовную составляющую профессиональной деятельности [2, с. 17]. Необходимым условием гармоничного формирования духовной и физической культуры, которые обозначают цели, содержание и достижения здорового способа жизни студента, может быть освоение среды ВУЗа. Это вызывает исследования духовного и физического потенциала в формировании культуры здоровья. При этом в первую очередь необходимо изменить самосознание тех, кто учат, привести в ответственность содержание и структуру подготовки студентов к современной профессиональной деятельности с акцентом на обеспечении духовно-моральной составляющей нашего общества.

Необходимый поиск к новым технологиям формирования духовного и физического потенциала у студентов, который отвечает современной социокультурной ситуации и обеспечивает им более широкие возможности, для реализации личностного потенциала в выборе своей профессионально-духовной позиции. В современной психолого-педагогической литературе, несмотря на большое количество работ в области духовной и физической культуры, целостный процесс формирования духовной и физической культуры студентов в подготовке к будущей профессиональной и социальной деятельности специально не наблюдается.

Таким образом, можно констатировать, что в это время имеет место реальный протест между потребностью в сотрудиниках, которые владеют духовной и физической культурой, которая понимание значение оздоровительных ценностей в условиях смены социальной окружающей среды, деформации духовного сознания и самосознания молодых людей, и устойчивой логики их подготовки в ВУЗе, не ориентированной на решение этих задач.

Сегодня есть острая необходимость в модернизации всей системы физического воспитания через возрождение духовно физическое воспитание через возрождение духовно-физического потенциала у молодежи. Кроме гносеологического анализа проблемы необходимо раскрыть целостный процесс и психологические механизмы формирования на интегративной основе духовной и физической культуры, студентов с учетом того, что происходят понижение духовности и культурности [3, с. 83].

Как показывает практика, интеграция духовной и физической культуры студентов допускает включение в начальную дисциплину «Физическая культура» элементов духовной культуры; обогащение общей культуры деятельности духовными и физическими компонентами, которые позволяют реализовать гностическую, организаторскую, коммуникативную, воспитательную и другие функции.

Что касается особенностей будущей профессиональной деятельности студентов, которые обучаются, уровнем и характером развязывания ими профессиональных задач, выявлены пути формирования духовной и физической культуры студентов через следующие компоненты: мотивационный, субъективно ценностный, профессиональный. В каждом компоненте свою очередь можно выделить такие основные этапы: анализ реальной духовно-физической ситуации, прогнозирование, программирование, принятие частных решений, организация выполнения, стимуляция выполнения принятого решения, контроль выполнения.

При этом наиболее важным есть следующие показатели:

1. Понимание социально-культурного значения спортивной деятельности, значения гуманистических идеалов и ценностей, связанных с нормами здорового образа жизни, моральной, этической, физической культуры, которые могут быть реализованы в спорте и с помощью спорта [4, с. 27].

2. Декларативная и реальная ориентация на эти идеалы ценности.

Поиск путей усовершенствования физического воспитания студентов к профессиональной деятельности через систему комплексных упражнений ситуация духовно-физического характера позволил нам выделить в качестве одного из подходов к решению данной проблемы моделирование. В разработанной модели главной задачей является развитие индивидуальности студента как процесса самоусовершенствования на основе внутренней активности через создания условий воли, эмоционального благополучия, позитивной мотивации к творчеству. Основной акцент в личностной ориентированной модели физического воспитания будущих сотрудников делается на установку целостного человека, гармонии и духовно телесного потенциала, на развитие индивидуальности, самобытности и саморазвития человека, который учится.

Формирование духовной и физической культуры студентов в подготовке к профессиональной деятельности должен включать три основных этапа: довузовскую подготовку, учебную и этап профессиональной деятельности. В основе формирования лежат педагогические условия, которые учитывают содержание и физическое устройство молодых людей, индивидуальные особенности студентов, их типичные затруднения и ошибки.

В общей структуре физическая культура занимает особенное место. Она не только организует и управляет деятельностью на примере служебной культуры, но и представляет собой специальную деятельность. Это накладывает особый отпечаток на ее гуманистическую функцию. Она «гуманно» относится не к деятельности человека, а к себе самой. Поэтому разработке методов воспитания физической культуры нужно уделять особое внимание, для воспитания здоровой нации, как физически, так и духовно.

Огромный потенциал в формировании духовной и физической культуры студентов есть учебно-воспитательный процесс в ВУЗе. При этом эффективное управление процессом интеграции духовной и физической культуры студентов ВУЗа выполняется на основе управления научно обоснованного планирования, организации и контроля их деятельности. В основе управления лежит пошаговая обратная связь относительно этапов и логики данного процесса. При этом результативность управления возрастает, когда контроль преподавателя связан с самоконтролем студентов.

Поэтому, на наш взгляд, цепочка разработки методической системы формирования духовной и физической культуры будущих выпускников должна включать следующие этапы:

- Разработка целей и задач курса.
- Определение и выбор методов организации формирования духовной и физической культуры.
- Разработка и выбор методов организации формирования духовной и физической культуры студентов во время занятия.
- Разработка содержания и методики проведения практических занятий с позиций развития творческой деятельности, формирование профессиональных компетенций будущего специалиста.
- Разработка нового учебно-методического комплекса.

Этап профессиональной работы, а точнее включение студентов в разные виды социальной и профессиональной деятельности, допускает решение студентами разнообразных профессиональных заданий и ситуаций с использованием духовно-

физических инструментов, обогащение опыта спортивно-физической деятельности, развития инициативности. Успех такой деятельности обнаруживается с помощью мониторинга с индикатором настроения высшего образования на интеграцию духовной и физической культуры в ВУЗах, а также обеспечение обратной связи всех трех этапов формирования духовно-физического потенциала и внесение коррективов в комплекс заведений для обеспечения эффективности данного процесса.

Выводы. Таким образом, в условиях современности, необходимо разрабатывать методическую систему физического воспитания с учетом всех вышеперечисленных концепций и проблем, которые базировались бы на личностном и творческом подходе к воспитанию студентов, как физически, так и духовно.

Дальнейшие исследования планируются проводиться в направлениях обозначенных проблем гармонизации и интеграции духовной и физической культуры студентов и разработки новых методов физического воспитания в ВУЗах.

Литература

1. Абросимова Г.В. Интегративно-компонентный подход к процессу подготовки будущих учителей к педагогической деятельности \ Г.В. Абросимова // Новые исследования в педагогических науках.- М.: Физкультура и спорт, 1991.- 165с.
2. Андреев В.И. Диалектика воспитания и самовоспитания творческой личности.- М.: Педагогическое общество России, 1999.- 356с.
3. Андрищенко Л.Б. Спортивно ориентированная технология обучения студентов по предмету «физическая культура».- М.: Изд. центр «Академия», 1999.- 268с.
4. Барчуков И.С. Физическая культура и спорт: методология, теория, практика.- М.: Физкультура и спорт, 1994.- 137с.

УДК 611.9+617.5:378.146/.147

АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ НА КАФЕДРЕ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ И ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ ТРЕБОВАНИЙ И ВЫЗОВОВ СОВРЕМЕННОСТИ

Антипов Н.В., Жилияев Р.А., Сироид Д.В.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии*

Аннотация. Статья посвящена новым подходам обучения студентов и врачей на кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии на современном этапе.

Ключевые слова: подготовка врачей, топографическая анатомия и оперативная хирургия.

ASPECTS OF DOCTORS TRAINING AT THE DEPARTMENT OF TOPOGRAPHIC ANATOMY AND OPERATIVE SURGERY IN TERMS OF REQUIREMENTS AND CHALLENGES

Antipov N.V., Zhylyayev R.A., Siroid D.V.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Operative Surgery and Topographical Anatomy*

Summary. The article is devoted to new approaches of learning of students and doctors at the Department of topographic Anatomy and operative surgery at the present stage.

Keywords: operational training for doctors, surgery and topographic anatomy.

Актуальность. В современных условиях преподавание в медицинском вузе требует постоянной работы по эффективному сочетанию классических форм преподавания с новыми подходами к обучению врачей различного профиля. Это требует поисков новых синтетических, интегральных форм обучения, базирующихся на использовании широкого спектра традиционных и новых информационных технологий, и технических средств,

используемых для самостоятельного изучения учебного материала, организации диалогового обмена между преподавателем и студентами [1].

Результаты и обсуждение. Роль педагога в подготовке специалиста бесспорно велика, особенно в формировании клинического мышления будущего врача. При преподавании клинических дисциплин в медицинском вузе обычно используются классические методы обучения практическим навыкам: выполнение учебных операций на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии; участие в плановых и неотложных операциях на кафедрах общей, факультетской и госпитальной хирургии, акушерства и гинекологии; аускультация, перкуссия, пальпация на кафедрах внутренних болезней; анализ рентгенограмм, томограмм, эхограмм на кафедре рентгенологии и т.д. Эти методы базируются на принципе непосредственного участия, позволяющим учащимся выработать четкие представления о методике выполнения наиболее распространенных врачебных манипуляций. Данные методы обладают не только эффективностью в овладении практическими врачебными навыками, а также имеют недостатки, не позволяющие в полной мере достигнуть полноценного результата. Самым важным из них является архаичность, затрудняющая их восприятие новыми поколениями студентов, привыкших использовать современные носители информации – компьютерные программы и сети [1].

Использование компьютерных технологий, прежде всего, направлено на улучшение качества персонального обучения. Это может быть достигнуто с помощью применения так называемых "электронных учебников", используемых при преподавании базовых медико-биологических дисциплин на младших курсах. Одним из направлений персонализации обучения может явиться также создание базы данных для анатомического музея с коллекцией влажных препаратов по всем системам, инструментарием и рентгенологическими снимками. Использование для преподавания новых современных технологий – мультимедийной системы обучения, дистанционного обучения, компьютерных программ, видеотехники с системой "обратной связи" – позволяет расширить дидактические возможности при обучении студентов [2].

Использование компьютерных технологий, прежде всего, направлено на улучшение качества персонального обучения. Это может быть достигнуто с помощью применения так называемых "электронных учебников", используемых при преподавании базовых медико-биологических дисциплин на младших курсах. Использование интерактивных обучающих систем улучшает восприятие и изучение материала и делает наиболее доступным и наглядным, при этом все чаще используют компьютерные технологии. Объяснение становится более наглядным, кроме того, часто используется индивидуальная работа с обучающей программой, это позволяет уделить больше внимания тем моментам, которые непонятны для конкретного человека.

Прогресс в области обучения в чем-то повторяет ход развития техники (радио, слайдовые проекторы, видео-телевизоры, компьютеры с доступом в интернет). На сегодняшний день мы имеем возможность добавить в мир лекции не только живой звук, но и качественную динамическую картинку. Застывшие плакаты с большими сложными схемами с легкостью превращаются в ряд последовательно развивающихся структур, облегчающих студенту восприятие в логической последовательности. Каждая тематическая лекция обретает свою индивидуальность, и при желании, к ней можно вернуться, как к обычному бумажному источнику. Лекции, построенные с применением компьютерных технологий, имеют особое свойство. Они рассчитаны на работу нескольких органов чувств, усиливающих восприятие и запоминание материала: наглядность сопровождается визуальным запоминанием, пояснения лектора воздействуют на слуховой анализатор, а при нацеливании студента преподавателем на запись увиденного приводит в работу тактильную чувствительность. Лекции по своему

характеру могут быть ознакомительными, обучающими, академическими. Последние дают скорее возможность посмотреть на новый материал глазами автора, чтобы в последствии было легче разобраться с помощью книг. Они имеют целью вызвать и оптимизировать мыслительный процесс у студентов, способствуют генерации идей и рано или поздно завершаются научной работой [3].

Особенностью предмета оперативная хирургия и топографическая анатомия является соединение очень разных областей знаний медицины. Это предполагает большое количество практических занятий, знакомство с большим объемом очень сложных объектов. Кроме того, для молодого специалиста на сегодняшний день владение прикладными компьютерными программами – это обязательный навык. Использование прогрессивных технологий в обучении стимулирует его учиться пользоваться этими инструментами. Привлечение студентов к созданию подобных программ не только нарабатывает интересный материал, но и очень улучшает знания по заданной теме.

Введение технических средств обучения в учебный процесс высшей медицинской школы позволяет эффективно решать вопросы изучения обследования больных на старших курсах. Существенно повышает мотивацию студентов при освоении клинической анатомии и облегчает получение целостного представления о топографии органов метод компьютерного интегрирования. Использование интегративных технологий в учебном процессе медицинского ВУЗа способствует повышению качества профессиональной подготовки с учетом требований современности. Кроме того, возможность внесения изменений в учебный процесс на блочно-модульной основе расширяет возможности гуманитаризации высшего медицинского образования. В настоящий момент целесообразно направлять усилия на разработку и внедрение новых технологий, однако следует признать, что последние пока не являются реальной альтернативой классическим методам освоения нашей дисциплины (использование трупов и экспериментальных животных) [2].

Сейчас довольно трудно найти практикующих врачей, чья повседневная профессиональная жизнь, так или иначе, не была бы связана с преподаванием или учёбой. Если рассматривать обучение в его самом широком смысле, врач каждый день сталкиваемся с ним, консультируя пациентов, или, наоборот, приобретая новые знания от каждого из них. Поскольку мы верно приближаемся к введению обязательной аккредитации для всех практикующих врачей, на смену ранее существовавшей модели пассивного непрерывного медицинского образования приходит целенаправленное и эффективное непрерывное профессиональное развитие. Несомненно, большинство занятых практикующих врачей видят в этих мероприятиях дополнительную рабочую нагрузку, а не перспективу, рассматривают их скорее, как фактор стресса, чем возможность профессионального развития.

Выводы. Имея достойные традиции кафедры, сформированные в течение многих лет, новые подходы в преподавании, на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии ДонНМУ в настоящее время, с оптимизмом смотрят в будущее.

Литература

1. Антипов Н.В. Роль практических навыков в преподавании оперативной хирургии и топографической анатомии и формировании умений врачей / Антипов Н.В., Сироид Д.В., Жук И.В. // Акт. вопросы оперативной хирургии и топографической анатомии: Мат. Всерос. научн. конф. с междуна. участием, посв. 100-летию со дня рожд. акад. РАМН, проф. В.В.Кованова.- Москва,2009.- С. 141-143.
2. Наглядность – основа обучения на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии / Сироид Д.В., Антипов Н.В., Жилиев Р.А., Войтенко С.В. // Проблеми питання педіатрії та вищої медичної освіти : збірник наукових праць, присвячений пам'яті проф. Ю. М. Вітебського.- Донецьк, 2011.– Вип. V.- Т. 2.- С. 198-201.

3. Сироид Д. В. Компетентный подход к обучению на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии / Д.В. Сироид, Н.В. Антипов, Р.А. Жилев // Донецкие чтения 2016. Образование, наука и вызовы современности: материалы I Международной научной конференции.- Т.2. Химические, биологические и медицинские науки / под общей редакцией проф. С.В. Беспаловой.- Ростов-на-Дону: изд-во Южного федерального университета, 2016.- С. 406-409.

УДК 611.018. (075.8)

ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ

Баринов Э.Ф., Балыкина А.О., Черкасова Н.А.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии*

Аннотация. В данном обзоре представлены обоснования применения ситуационных задач на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии, как дополнительный педагогический элемент. Ситуационная задача поможет интегрировать теоретические знания и практические навыки к профессиональной деятельности, что является необходимым условием формирования профессиональной компетенции будущих врачей.

Ключевые слова. Ситуационная задача, кафедра гистологии, технологии образования.

THE VALIDITY OF THE CLINICAL CASES APPLICATION ON HISTOLOGY DEPARTMENT

Barinov E.F., Balykina A.O., Cherkasova N.A.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Histology, cytology and embryology*

Summary. The validities of clinical cases application on histology, cytology and embryology department as additional educational element are presented in this overview. Clinical case would help to integrate theoretical knowledge and practical skills for professional activity that is necessary condition to form professional competency of future doctors.

Keywords: clinical case, histology department, educational technologies.

Актуальность. На сегодняшний день технологии адаптации учебного материала раскрывают суть способов и приемов влияния медицинских теоретических дисциплин на развитие компетенций студентов в соответствии с целью, задачами и условиями обучения. Адаптация дисциплины является организацией учебного материала, учитывающего помимо основных дидактических принципов и специфику, что вписывается в становление будущего врача, как высококвалифицированного и компетентного специалиста. Конечной точкой формирования адаптации станет выход в профессиональную деятельность и личностное становление. Учебный материал дисциплин, как правило, состоит из теоретической и практической частей. Активизация и закрепление теоретических основ в практической его части представляет собой повторение отдельных теоретических элементов, обобщение, структурирование, приведение полученных знаний в систему. Наиболее значительным познавательным элементом в процессе изучения курса гистологии, цитологии, и эмбриологии является и то, что структура и функция на всех уровнях организации человеческого тела (наиболее углубленно рассматривается клеточный и тканевой в разделах данной дисциплины) должны рассматриваться с позиции неразрывной взаимосвязи и непрерывающихся взаимоотношений, что поможет студентам понять причины и механизмы возникновения заболевания и динамики его течения. Неотъемлемой частью педагогического процесса является повышение мотивации и заинтересованности студентов как к гистологии, в частности, так и к изучению медицины в широком понимании для освоения врачебной специальности [1].

Традиционным педагогическим элементом в соединении теории и практики и усвоении учебного материала является ситуационная задача (СЗ) и ее различные модификации (применение кейса, квеста и др.), что прямо связано с медицинской практикой. Ориентирование студента необходимо направить на практическое применение полученных знаний на дисциплине, что повысит его адаптацию на рабочем месте.

В начале каждого занятия после озвучивания темы мы представляем студентам проблемную ситуацию. Преподавателям нередко приходится сталкиваться с явлением, когда, студент выучил теоретический материал из учебного пособия, однако, не может дать объяснение, как именно эти знания могут помочь ему в клинической деятельности, смоделировав ситуацию.

Суть СЗ в том, чтобы поставить такой вопрос, при ответе на который студентам придется отступить от шаблонов заучивания, усвоенных со школьной скамьи или полученных через средства массовой информации. Организатор учебного процесса путем последовательно усложняющихся задач или вопросов создает в мышлении обучающегося такую проблемную ситуацию, для выхода из которой ему не хватает имеющихся знаний, в результате чего он будет вынужден сам активно формировать недостающие знания с помощью преподавателя или с участием других обучающихся. Таким образом, студент получает новые знания не в готовых формулировках преподавателя, а в результате собственной активной познавательной деятельности. Особенность применения этого принципа – в разрушении стереотипов мышления и закреплении основ самостоятельного мышления. Будущему специалисту необходима не только тренированная память, но и умение анализировать и обобщать изучаемые явления, факты и информацию. Следовательно, обучающемуся необходимы как умение творчески подходить к использованию знаний, так и способность делать выводы из своих и чужих ошибок, а также умение актуализировать и развивать уже имеющиеся знания и умения [3].

Цель. Анализ актуальности применения СЗ для формирования профессиональных качеств студента в условиях теоретической дисциплины на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии.

Материалы и методы. Путем социологического опроса (анонимное анкетирование, в котором участвовало 128 студентов) было установлено личное отношение и обоснованность студентов медицинского университета и необходимость для них СЗ в усвоении учебного материала. 74,2 % ответили, что СЗ помогает им лучше усваивать полученный теоретический материал на конкретном клиническом примере. 16,4% ответили отрицательно и 9,4% воздержались от конкретного ответа. Причиной ответа последних двух групп можно рассматривать как отсутствие мотивации и интереса к дисциплине, что требует пересмотра педагогических технологий.

Результаты и обсуждение. «Ситуация» рассматривается в педагогике как система внешних по отношению к субъекту условий, побуждающих и опосредующих его активность, а также, как целостная часть деятельности, осуществляемая с целью решения задачи в конкретных условиях. Отсюда можно заключить, что ситуация провоцирует деятельность субъекта, поэтому должна мотивировать учебную деятельность студента [2]. Описание конкретной клинической ситуации, более или менее типичной для определенного вида деятельности, представляет собой СЗ. Для этого обязательным является наличие цели (требования), условия (известного) и искомого (неизвестного). При этом суть состоит в перенесении теоретических знаний и практических навыков в типичную профессиональную ситуацию.

Преимущества использования СЗ в отношении студентов.

1. Формирование интереса к предмету и мотивации студентов для его изучения путём демонстрации теоретических знаний с точки зрения реальной (профессиональной) деятельности.

2. Активное усвоение студентами знаний и навыков сбора, обработки и анализа информации.

3. Активизация социальной позиции обучающихся, способствуют формированию стрессоустойчивости, сделать выбор из множества альтернатив, видеть диапазон возможных вариантов решений, прогнозировать последствия выбора того или иного варианта.

4. Развитие мышления, принятие нестандартных решений, использование нетрадиционных путей, для быстрого достижения намеченных целей.

5. В результате активной самостоятельной деятельности студентов по разрешению СТ происходит опосредованное овладение профессиональными знаниями, навыками, умениями, накапливается опыт профессиональной деятельности.

6. Обогащение, усвоение и закрепление полученных знаний, корректировка имеющихся знаний, умений, потребности работы с дополнительными источниками информации.

7. Эмпатически воздействие на студентов, которые видят в них игру, позволяющую почувствовать ситуацию и моделировать элементы профессиональной деятельности.

Были выявлены и определены следующие критерии проектирования задач:

- *Актуальность на сегодняшний день.* Структура СЗ должна содержать ту информацию, которая необходима для подготовки человека к успешной жизни в информационном обществе.

- *Контекстность.* СЗ должна быть логически привязана к теме блока для активизации определенного комплекса знаний, которые необходимо усвоить при решении данной проблемы.

- *Практическая пригодность задачи.* СЗ должна отражать ситуации, с которыми придётся столкнуться специалисту в процессе своей профессиональной деятельности.

- *Конкретность.* Наличие чётко поставленной познавательной задачи, формулирование её таким образом, чтобы студент ясно представлял, что от него ожидают в результате проделанной им работы.

- *Адресность.* СЗ должны подбираться с учётом возрастных особенностей обучающихся, иметь возможности самостоятельного решения.

- *Вариабельность действий,* заложенная в содержании СЗ, позволяет искать более оптимальные пути её решения, развивает гибкость их мышления.

- *Описание реальной ситуации,* которая стимулирует выражение личностного отношения к ситуации, проявление разнообразных эмоций (сочувствие, удивление, радость, гнев и т.д.), что способствует принятию самостоятельных решений и формулированию собственных мыслей по представленной в ситуации проблеме.

Выводы. Подводя итоги, необходимо отметить, что СЗ является необходимым педагогическим элементом на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии и требует дальнейшего внедрения в учебную деятельность. Хотя и характеризуются «искусственностью» и имитируют лишь отдельно взятые стороны профессиональной деятельности, в целом СЗ положительно воздействуют на овладение основами профессии студентами медицинского вуза; обогащают их внутренний мир, способствуют профессиональной адаптации, способствуют будущей профессиональной узкой медицинской направленности; развивают у них самостоятельность в принятии решений; способствуют оптимизации деятельности, формируя интерес и позитивную мотивацию по отношению к учёбе; влияют как на формирование профессионально-прикладной, так и социально-трудовой, и социально-личностной компетенций.

Литература

1. Крачун Г.П. Методологические и дидактические аспекты преподавания курса гистологии, эмбриологии и цитологии в медицинского вузе // Совр. пробл. науки и образования. - 2012.- №1.- С. 1-10.

2. Алпысова А.Р., Суббота Ю.В., Кызырова Ж.С. Групповой объективный структурированный клинический экзамен, как инновационный метод оценки знаний // Современные проблемы науки и образования.- 2016.- № 1. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24111>. (Дата обращения: 24.02.2016).

3. Жаравина И.А. Использование ситуационных задач в адаптации учебного материала гуманитарных дисциплин при обучении студентов технического вуза по заочной форме // Фундаментальные исследования.- 2014.- № 8-4.- С. 955-960.

УДК 616.851.82:378.046.4.355.01(1-07)

СПЕЦИАЛЬНЫЙ КУРС АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ КУРСАНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ЦИКЛАХ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Гашкова Л.А., Лик-ван-джи Н.Е., Фирсова Г.М.

Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького

Кафедра психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО

Аннотация. В статье рассматриваются особенности преподавания курса арт-терапии врачам-курсантам и медицинским психологам, обучающимся на циклах «Психотерапия» и «Медицинская психология». Подходы к обучению врачей по этой теме были специально разработаны сотрудниками кафедры с учетом опыта работы в особых условиях в 2014-2016 гг. Представлена схема проведения занятий и ориентировочный набор тем, которые осваивались врачами и медицинскими психологами на занятиях.

Ключевые слова: военный конфликт, последиplomное образование, арт-терапия, медицинская психология.

A DISTURBING REACTION TO WAR EVENTS BY PROLETARIAN AND BUDENNOVSKY DISTRICT OF DONETSK RESIDENTS

Gashkova L.A., Lik-wan-gy N.E., Firsova G.M.

M. Gorkiy National Medical University, Donetsk

Department of Psychiatry, Psychotherapy, Medical Psychology and Narcology FIPE

Summary. The art therapy course was specially developed for medical doctors and medical psychologists advanced postgraduate education cycle "Psychotherapy" and "Medical psychology" with the experience of working in war conditions of 2014-2016. The article discusses the features of this training program. The new approaches, algorithm and a tentative set of issues are exposed for familiarization by medical doctors and medical psychologists in the classroom.

Keywords: military conflict, advanced medical education, art-therapy, medical psychology.

Актуальность. На протяжении прошедшего столетия, и особенно нескольких последних десятилетий, нарушения в психической сфере в результате воздействия чрезвычайных ситуаций являются актуальной темой исследовательских публикаций. Драматизм последствий трагических событий (от Чернобыльской катастрофы, ураганов, землетрясений до террористических актов и военных бомбардировок), широко освещаемых в средствах массовой информации, вызывает все большую обеспокоенность и напряженность у населения всей планеты. Но особенно затрагивает тех людей, которые находятся в зоне бедствия [1, с. 2; 2, с. 11, с. 13].

Разработанная Н.Selye концепция стресса тесно связана с представлениями об общих закономерностях процесса адаптации и саморегуляции. Обычные условия отличаются от экстремальных теми ситуациями, в которых под воздействием психогенных (то есть актуализирующих психические реакции) факторов сложившиеся психофизиологические и социально-психологические механизмы более не могут обеспечивать адекватное отражение и регуляторную человеческую деятельность. В результате чего происходит

разрушение «адаптационного барьера» и наступает психическая дезадаптация или кризис [2, с. 12, с. 41].

Результаты и обсуждение. В марте 2015 года на кафедре психиатрии факультета последиplomного образования Донецкого Национального Медицинского Университета им. М. Горького возобновился учебный процесс. При подготовке к новому учебному году (2015-2016 гг.) был разработан специальный курс психотерапевтической методики, который осваивался курсантами в ходе циклов тематического усовершенствования по психотерапии и медицинской психологии. Обучающая программа основана на использовании арт-терапевтических приемов в виде рисования.

Рисование и другая художественная деятельность всегда были неотделимы от достижений человека. еще в доисторические времена люди с помощью рисунка и резьбы выражали свои чувства. Фрейд (1900-1958) представил гипотезу о том, что символы представляют утраченные воспоминания и в результате интрапсихического стресса проявляются в снах и в художественном творчестве. Он считал, что с помощью символов можно передать наполненное беспокойством содержание, они также защищают личность от страха. К. Юнг (1971) доказывал, что символы представляют личный опыт, который лишь частично сформировался. Используя рисунок, можно непосредственно столкнуться с образами, которые далеко не всегда можно вербализировать. Во время рисования активизируются воспоминания и фантазии, связанные с неосознанными смыслами и содержащими материал, менее подвергнутый цензуре сознания [3, с. 14, с. 15].

Общая схема занятий.

1. Во время занятия курсанты рисуют от 2-х до 4-х рисунков на белом листе бумаги акварельными красками.

2. В промежутках между рисованием проводится интерпретация работ коллег (с их согласия) в двух вариантах: профессиональной и «для пациента».

3. Одновременно с анализом рисунков курсанты обучаются психотерапевтическим приемам арт-терапии в формате мини-тренинга.

4. На первом занятии все курсанты рисуют на тему «Настроение».

5. Последующие занятия начинаются с «Психотерапевтической гимнастики» в течение 10 минут: рисование акварельными красками. Темы «стартовых» рисунков на протяжении цикла различны.

6. Тема «контрольного» рисунка в конце занятия всегда одна и та же – «Настроение», то есть курсантам предлагается нарисовать свое настроение в конце занятия.

7. Начиная со второго дня цикла, предлагается «продолжить» темы первого рисунка в следующем сразу за первым. Темы вторых рисунков всегда отражают действие: например, решить проблему, убрать препятствие, узнать содержание и т.д.

8. С четвертого занятия цикла после первой пары рисунков вводится еще одна тема рисунка (не ранее, чем через 1 час). Эта тема может быть в одном информационно-эмоциональном поле, либо полностью отличаться по содержанию и направленности. Однако темы этого порядка должны иметь позитивный радикал.

9. Начиная с шестого дня цикла курсанты по очереди предлагают «рабочие» темы рисунков самостоятельно.

Примерный перечень тем.

Первый рисунок: проблема, погода, страх, обучение, обида, мечта, отпуск, тревога, стыд, мой город и др.

Второй рисунок: разрешение проблемы, изменить погоду, понять страх, почувствовать обучение, растворить обиду, узнать город и т.д.

Третий рисунок: ожидание, согласие, гармония, вселенная и т.д.

Три типа рефлексии. При разработке тем рисунков, а также в ходе их анализа мы основывались на принципах рефлексивно-гуманистического направления И.Н. Семенова

и С.Ю. Степанова (1983), которые предлагают три типа рефлексии: интеллектуальную, личностную и кооперативную [4, с. 200].

Функция интеллектуальной рефлексии состоит в переосмыслении и преобразовании исходной модели объекта в более адекватную на основе новой информации о нем [4, с. 201]. Например, в нашем подходе тема рисунка «Проблема» продолжена темой «Решение проблемы». При анализе результатов данного задания обсуждалось переосмысление проблемы в свете ее решения в проекции: графика, содержание, цвета рисунка.

Функция личностной рефлексии заключается в самоопределении индивида и построении новых образов себя. В частности, в процессе решения нестандартной, творческой задачи (ситуации) субъект, «включая» личностную рефлексия, построив новый образ себя, как субъекта творчества, приходит к решению [4, с. 201]. Этот тип рефлексии имеет определяющее значение в терапии нарушений психических функций у лиц, подвергшихся воздействию военной ситуацией в нашем регионе.

Согласно авторам этой рефлексивной модели (И.Н. Семенов, С.Ю. Степанов (1983)), личностный тип в свою очередь подразделяется на три вида: ситуативный, ретроспективный и перспективный [4, с. 202]. Все три варианта используются при разработке сценария арт-терапевтических сеансов. Ситуативный вид развивается с помощью личностно-рефлексивных инструкций (в ходе обучения курсантов это отрабатывается на этапе подключения их к выбору тем рисунков). Затем, в процессе преодоления проблемной (актуальной) ситуации, подключается второй этап рисунка – «тема-действие». Анализируя первичную – проблемную тему, а затем ее трансформацию, можно вербализировать и осознать ситуацию, которая вызывает напряжение у человека. Важным аспектом здесь нам представляется методика включения «темы-действия», следующей за первой, которая проявляет «мотивировки» «Я» и «самооценки» события и «Я» в нем.

Вторым видом личностной рефлексии является ретроспективный, который актуализируется при самоотчете и анализе уже осуществленного (в виде рисунка) процесса собственного поиска решений. На этом этапе помимо второго рисунка, можно подключить третий, как указывалось выше. Особенно это целесообразно в случаях, если второй рисунок не запускает процесс эффективной рефлексии. Условия этого задания описаны в схеме ранее.

Перспективный вид личностной рефлексии включается, когда возникает необходимость наметить возможные перспективы преодоления проблемы. Этому способствует включение либо третьего рисунка с позитивным радикалом, либо заключительный на сессии рисунок, определяющий состояние участника к концу занятия.

Особенность всех видов личностной рефлексии состоит в том, что они создают новые возможности для саморазвития личности и помогают сформировать новые установки по преодолению трудностей в жизни.

Кооперативный вид рефлексии. В случае необходимости переосмысления и реорганизации коллективной деятельности (например, при групповой или семейной терапии) стоит подключать кооперативный вид рефлексии.

Опыт проведения занятий арт-терапии с курсантами. Курсанты проявили интерес к курсу арт-терапии. В ходе занятия проводился подробный анализ рисунков в отдельности и в совокупности набора тем, их взаимосвязь и взаимовлияние в свете рефлексии. Особое внимание уделялось выработке стратегии преодоления проблемной ситуации и осознания ресурсных компонентов личности.

Вывод. Включение диагностико-терапевтических методик в процессе обучения курсантов имеет важное значение в период напряженности и нестабильности в регионе, обусловленного военным конфликтом. Такой подход выполняет три функции:

1. выявление проблемных зон психической сферы курсантов (диагностическая функция);
2. коррекцию уровня выраженности психопатологических проявлений (терапевтическая функция);
3. оригинальный способ обучения в особых условиях, который позволяет снять или снизить психологический барьер между реальностью происходящего (имеется в виду военная обстановка) и потребностью специалистов обучаться.

Литература

1. Чрезвычайные ситуации и психическое здоровье/ Под ред. J. J. Lopez-Ibor.- Пер. с англ. О. Абессоновой.- К.: Сфера, 2006.- 240с.
2. Розов В.И. Психология экстремальных ситуаций: адаптивность к стрессу и психологическое обеспечение / В.И. Розов.- К.: КНТ;Саммит-Книга,2012.- 480с.
3. Джеральд Остер, Патриция Гоулд Рисунок в психотерапии: Методическое пособие / Д. Остер, П. Гоул.- М.: Маркетинг,2005.- 184с.
4. Психология, практика, образование: формы и способы интеграции: Сборник статей.- М.: Институт психологии РАН, Высшая школа психологии, 2007.- 260с.

УДК: 616.21/.23-0.89.819.3

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПОДДЕРЖАНИЮ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ

Городник Г.А., Кабанько Т.П., Смирнова Н.Н.,
Билошапка В.А., Агафонова Г.Ю., Ермилов Г.И.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М. Горького
Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний*

Аннотация. Данная статья посвящена проблеме обучения интернов- анестезиологов, приёмам и методам поддержания проходимости верхних дыхательных путей при трудной интубации. На кафедре анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний Донецкого национального медицинского университета, разработана программа тренинга по трудной интубации, который проводится для интернов-анестезиологов, ординаторов и врачей.

Ключевые слова: образовательный подход, трудная интубация, анестезиолог, симуляционный курс.

EDUCATIONAL APPROACH TO MAINTAINING AN OPEN AIRWAY IN DIFFICULT INTUBATION

Gorodnik G.A., Kabanko T.P., Smirnova N.N., Biloshapka V.A., Agafonova G.Yu., Ermilov G.I.

M. Gorkiy National Medical University, Donetsk

Department of Anesthesiology, Intensive Care Medicine and Emergency Conditions

Summary. This article is devoted to the training of anesthetist, techniques and methods for maintaining the patency of the upper airway during difficult intubation. The department of anesthesiology, intensive care medicine and emergency conditions of the Donetsk National Medical University, developed a program of training for difficult intubation, which is held for the interns, anesthetists, residents and physicians.

Keywords: educational approach, difficult intubation, the anesthesiologist, a simulation course.

Актуальность. Стандартизация в сфере образования врача является необходимостью, обусловленной объективными явлениями в образовательной сфере. Важным шагом к углублению процесса стандартизации стало принятое ЮНЕСКО международной стандартной классификации (МСКО-ISCED), рассчитанной на то, чтобы служить инструментом, способствующим сбору, компиляции и изложению статистических данных об образовании как в отдельных странах, так и в международном масштабе [1].

Ориентация обучения в послевузовском профессиональном образовании врачей должна быть направлена не на знание содержания дисциплины, а на формирование компетентностей, что требует пересмотра методологии учебного процесса. Эффективная

методология обучения на послевузовском этапе по специальности, должна обеспечить качество конечного результата обучения с минимальными временными и материальными затратами [1, 2].

Стандартизация – попытка приведения процессов, предметов и навыков к единому образцу. К главным достоинствам стандартов и стандартизации следует отнести возможность сравнить какие-то действия и их результаты с образцом, на который следует ориентироваться [2, 3].

Главной целью создания и применения стандартов в анестезиологии является совершенствования действий специалиста и безопасность больного в период воздействия факторов хирургической травмы, в условиях критического состояния пациента. Стандарт требует адекватной квалификации специалиста и стимулирует его к постоянному осмысливанию результатов своей работы. Всё это акцентирует внимание на стандарт специалиста- анестезиолога, формирование и усовершенствование которого проходит на кафедрах анестезиологии и интенсивной терапии [1].

Критические ситуации в анестезиологии и проблема с «трудными дыхательными путями» (ТДП) в частности, создают высокий стрессовый потенциал, требуют быстрой оценки ситуации, наличие лидера в команде профессионалов способного принять правильное и эффективное решение [3].

Общеизвестно, что «трудные дыхательные пути» составляют почти треть часть критических инцидентов, создающих прямую угрозу для жизни больного, а в акушерстве для жизни матери и плода [3].

Существующая до настоящего времени в медицинских вузах система обучения интернов – анестезиологов, приёмам и методам поддержания проходимости верхних дыхательных путей (ВДП), основана на первичном обучении их технике манипуляций на простых манекенах с последующей самостоятельной работой с реанимационными пациентами под контролем преподавателей. В условиях операционной и работы с реальным пациентом неприемлемо в учебных целях моделировать те или иные трудности, которые могут возникать в самостоятельной работе молодого врача [1, 4].

Результаты и обсуждение. В результате исследований П.Я. Гальперина установлено, что формирование мысленных действий приводит к зарождению мысли, а мысль – удвоенное образование: осмысление содержания действий и собственно мышления о них, как о психологии действия, собственно суть последнего. Суть исследований П.Я. Гальперина состоит в том, что выполнение какого-либо действия складывается из таких частей: ориентированной, исполняющей и контрольной. Первая часть отвечает за осмысление исполнения действия, правильность и качество. Вторая часть – выполнение самого действия (взять в руки конкретный инструмент и выполнить конкретную манипуляцию). Третья часть – это самоконтроль за правильностью выполнения. Формирование того или другого процесса предусматривает в первую очередь управление ориентировочной частью. Это достигается за счет построения схемы действий, от составления которой зависит качество и результат выполняемого действия. В теории поэтапного формирования умственных действий и представлений были выделены функциональные элементы схемы действия: цель (что нужно сделать), исходный материал, его характеристика, инструменты, план и последовательность операции до реализации цели, контроль (критерий адекватности действия). Построение полной схемы позволяет обучающимся с первого раза правильно выполнять манипуляцию. Вторым важным моментом будет организация условий для формирования практических действий и доведения их до необходимого качества. С этой целью преподаватель в начале занятия разбирает схему действия, а затем медленно выполняет каждый этап. Далее обучающиеся выполняют элементы действия все быстрее, превращая их в непрерывный процесс. Таким образом, изученное действие превращается в стойкий автоматический навык. Для

построения метода формирования практических навыков было выделено два основных аспекта: описание схемы манипуляций и создание комфортных условий для ее превращения в стойкое автоматическое выполнение навыка.

На кафедре анестезиологии, интенсивной терапии (ИТ) и медицины неотложных состояний (МНС) Донецкого национального медицинского университета, разработана программа тренинга по ТДП, который проводится для интернов-анестезиологов, ординаторов и при сертификации врачей на предаттестационных курсах обучающийся проходит симуляционную сессию на симуляторе пациента, во время которой он должен продемонстрировать свои навыки по работе с оборудованием и умения применять их в конкретных клинических ситуациях. После симуляционной сессии проводится дебрифинг: оцениваются практические и нетехнические навыки анестезиолога, самооценка обучающихся в вопросах владения современными методами обеспечения проходимости ВДП.

Рисунок.

Ступени непрерывного последиplomного профессионального образования по специальности «Анестезиология и интенсивная» терапия»



Теоретическая часть курса представлена в виде мультимедийной презентации, включающей вопросы эпидемиологии, классификации, прогнозирования трудностей при обеспечении проходимости ВДП. Также в лекциях рассматриваются все классы современных устройств для интубации трахеи и вентиляции лёгких, излагаются современные рекомендации по ТДП.

Практическая часть тренинга состоит из работы обучающихся в тренинговом зале, где они получают навыки работы с современным оборудованием на манекенах. Далее каждый обучающийся проходит симуляционную сессию на симуляторе пациента, во время которой он должен продемонстрировать свои навыки по работе с оборудованием и умения применять их в конкретных клинических ситуациях. После симуляционной сессии проводится дебрифинг: оцениваются практические и нетехнические навыки анестезиолога, самооценка обучающихся в вопросах владения методами обеспечения проходимости ВДП.

Проверка знаний через 1, 3 и 6 месяцев у обучающихся, прошедших разработанную на кафедре программу тренинга по ТДП, показала более высокий уровень знаний и умений в сравнении с обучаемыми, которые проходили данный модуль в виде лекций и работы на манекенах без симуляционных сессий.

Выводы. Введение в учебный процесс компетентного подхода и включения данных видов обучения в учебную программу, как важного элемента базовой подготовки анестезиологов, должны привести к большей стандартизации и унификации учебных модулей по ТДП в образовательных программах. Важно внедрение не только оценки практических и нетехнических навыков, но и обучение умению провести самооценку действий обучающихся. Регулярная переоценка этой фундаментальной компетентности анестезиологов должна также считаться неотъемлемым компонентом переподготовки квалифицированных врачей на протяжении всей их практической деятельности.

Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи при конкретной манипуляции дает возможность сократить время для формирования стойких автоматизированных навыков у обучающихся. Образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалиста-анестезиолога разработан коллективом кафедры анестезиологии, ИТ, МНС и лабораторной диагностики ДонНМУ на основе типовой программы министерства высшего образования с учётом рекомендаций ассоциации анестезиологов (рис.).

Образовательный стандарт повышает безопасность больного во время операций, проведения интенсивной терапии у больных, находящихся в критических состояниях.

Литература

1. Андриенко А.А., Долбнева С.Л., Ситамов В.И. Анализ образовательной деятельности комитета Федерации анестезиологов и реаниматологов РФ по проблеме обеспечения проходимости верхних дыхательных путей// Анестезиология и реаниматология.- 2015.- №4.- С. 12-13.
2. Байденко В.И. Болонский процесс: структурная реформа высшего образования Европы.- М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, Российский Новый Университет.- 2003.- 128с.
3. Буряк В. Методологический процесс построения учебного процесса/ В. Буряк // Вища школа.- 2007.- №1.- С. 10-21.
4. Чепелев П.Н. Образовательный мониторинг: формируется понятие / П.Н. Чепелев // Стандарты и мониторинг в образовании.- 2000.- №5.- С. 47-51.

УДК 371.315+004.9:378.147

ИЗМЕНЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭЛЕКТРОННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО РЕСУРСА В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Данькина И.А., Джеломанова С.А., Данькина В.В., Чистяков А.А.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра акушерства и гинекологии*

Аннотация. В статье рассматриваются взаимосвязь непосредственного и опосредованного педагогического взаимодействия в условиях применения электронного образовательного ресурса на учебном занятии, значимые с позиции дидактики положения, лежащие в основе применения ресурса, функциональная модель ресурса, а также изменение функций преподавателя при использовании электронного образовательного ресурса.

Ключевые слова: электронный образовательный ресурс, функции преподавателя, тьютор.

CHANGE OF ACTIVITY OF THE TEACHER OF THE USE OF ELECTRONIC EDUCATIONAL RESOURCES IN EDUCATIONAL PROCESS

Dankyna I.A., Dankyna V.V., Chistyakov A.A.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of obstetrics and gynecology*

Summary. The article deals with the relationship of direct and indirect pedagogical interaction in the conditions of use of electronic educational resources in the classroom, significant from the standpoint of didactics position underlying the use of the resource, the resource model function, and changing teacher functions using electronic educational resources.

Keywords: E-learning resources, teacher's function, tutor.

Актуальность. Появление нового вида средств обучения – электронного образовательного ресурса – в педагогической системе учебного процесса обуславливает изменение функций её компонентов и позволяет достичь нового качественного уровня образования. В условиях информатизации образования традиционные средства обучения стали заменяться учебными материалами, для воспроизведения которых используются информационно-коммуникационные технологии. Подобные учебные материалы в литературе именуют электронными образовательными ресурсами (ЭОР) [1, с. 15]. Они не могут быть редуцированы к бумажному варианту без потери части дидактических свойств. Данная статья посвящена проблемам изменения функций субъектов образовательного процесса, связанных с разработкой, внедрением и применением ЭОР.

Обсуждение и выводы. ЭОР – это сложный педагогический, технологический и программный продукт, функционирующий во времени в зависимости от деятельности участников учебного процесса. Эффективность педагогического общения в условиях использования электронных образовательных ресурсов, зависит как от качества используемого ресурса, так и от педагога, формирующего стратегию их использования, от уровня его педагогического мастерства и коммуникативной культуры. Анализ процесса обучения в высшей школе дает возможность вычленить ряд обобщенных функций [3, с. 128], которые выполняет преподаватель, управляющий образовательным процессом: образовательную, развивающую, воспитательную, коммуникативную, гностическую, экспериментально-исследовательскую, конструктивную и организационно-методическую.

Образовательная функция предусматривает включение в содержание образования фундаментальных теоретических знаний, их обязательное усвоение и формирование специальных умений, навыков, прикладных действий по предмету и отрасли науки.

Развивающая функция способствует развитию мышления, аналитических способностей, оценочных суждений, которые позволяют вскрыть внутреннюю структуру научного знания. Каждый преподаватель должен направлять процесс обучения на развитие студентов за счет постепенного поэтапного усложнения учебного материала.

Воспитательная функция в современных условиях, когда изменилась система ценностей, взглядов, убеждений, идеалов, стала трактоваться как функция социального самоопределения личности. В условиях высшей школы функция социального самоопределения реализуются через все вычлененные нами функции процесса обучения,

а также в активной деятельности самого студента. Поэтому важно составляющие данной функции включать в структуру остальных функций.

Коммуникативная функция реализуется каждым преподавателем в процессе организации индивидуальной, индивидуально-групповой, групповой и коллективной работы со студентами в зависимости от направленности учебного вида деятельности, уровня сплоченности той или иной группы.

Гностическая функция предполагает аналитическую оценку преподавателем системы использования индивидуальных методов, приемов, средств обучения, сопоставление собственного опыта с опытом работы других преподавателей, глубокий анализ количественных и качественных изменений личности студента, его способностей к изучению и восприятию научного знания, применение последнего в научном эксперименте.

Экспериментально-исследовательская функция предусматривает обязательное внесение изменений в учебный и научно-исследовательский процесс с целью получения образовательного эффекта. Преподаватель может раскладывать педагогические явления на составные элементы, варьировать условия, в которых эти элементы функционируют, прослеживать развитие отдельных сторон и связей.

Конструктивная функция включает умения педагога разрабатывать учебные планы и программы, проектировать содержание и характер педагогических действий и деятельности студентов. Данная функция позволяет корректировать ход учебного процесса, прогнозировать результаты работы, формировать умения, навыки, прикладные действия, личностные качества.

Организационно-методическая функция предусматривает создание условий для реализации учебного процесса: определение государственного стандарта и содержания образования; разработку и внедрение авторских систем педагогической деятельности; введение различных курсов и спецкурсов в соответствии с интересами студентов; обеспечение необходимым оборудованием, аудиовизуальными и электронными средствами обучения, учебной, научной, методической литературой.

Представленные функции преподавателя, управляющего образовательным процессом тесно взаимосвязаны: одна предшествует другой, побуждает к ее реализации, что и составляет диалектику их внутреннего единства. К тому же одни из этих функций реализуются в учебном процессе, другие – на практических и лабораторных занятиях, третьи – в более высокой интеллектуальной исследовательской и экспериментальной деятельности. Их связывают разнообразные формы, методы и средства обучения, контроля, самоконтроля, регулирования и корректирования образовательного процесса [2, с. 41].

Изменение функций преподавателя при использовании электронного образовательного ресурса. Проследим, какие функции педагога добавляются, а какие высвобождаются в условиях применения ЭОР с известной функциональной моделью. Ограничимся рассмотрением функций электронного образовательного ресурса, обеспечивающих правильность и эффективность его функционирования.

Функция по обеспечению запуска и завершения работы ЭОР предполагает добавление к организационно-методическим функциям педагога проведения инструктажа по включению компьютера и запуску установленных на нем программ. Высвобождаются организационно-методические функции по подготовке, раздаче, сбору и обновлению дидактических материалов, которые традиционно создаются на бумажном носителе, хранятся на стеллажах в учебных аудиториях, достаточно быстро приходят в негодность и требуют достаточно много места для хранения.

Функция по обеспечению настройки ЭОР требует добавления к конструктивным функциям педагога умения проектировать требования к содержанию и характеру

педагогических действий и деятельности студентов или выбрать и предварительно протестировать соответствующий ресурс, в котором реализуются необходимые функции. Кроме того, высвобождаются гностические функции учета индивидуальных свойств и скорости подачи материала для различных студентов.

Функция по обеспечению доступа к учебному материалу и навигации по учебному материалу требует добавления к организационно-методическим и конструктивным функциям предварительной проверки работоспособности ресурса на доступных студентам носителях, а также выделение типовой траектории его освоения, соответственно поставленным целям и представленной структуре учебного материала. Функция по представлению учебного материала и обеспечение взаимодействия с ним предполагает высвобождение образовательных функций преподавателя, среди которых остается предварительное знакомство с особенностями учебного материала и высвобождаются функции по кропотливой подготовке к лекции, ее устного изложения, подбора и тиражирования обучающих средств.

Функция по моделированию изучаемых объектов и процессов, реализуемая в электронном образовательном ресурсе, позволяет организовывать виртуальные лабораторные работы, сопровождаемые пояснениями и встроенным мониторингом их успешности, предполагает высвобождение образовательных функций преподавателя. При этом также высвобождаются организационно-методические функции по подготовке учебного оборудования к занятию.

Контроль знаний и умений как функция, реализуемая в электронном образовательном ресурсе, добавляет возможность сбора статистических данных и их обработки как для группы в целом, так и для каждого студента, при этом высвобождаются образовательные и гностические функции, связанные с фронтальным и устным текущим контролем.

Функция управления учебным процессом электронного образовательного ресурса позволяет каждому обучаемому работать в индивидуальном ритме и способствует тому, что преподаватель может уделить внимание персонально отдельным студентам и обеспечить гностические и развивающие функции по постепенному усложнению учебного материала для развития студентов.

Служебные функции электронного образовательного ресурса связаны с умением защитить от несанкционированного доступа, и осуществлять обновление программного обеспечения и учебных материалов, эта функция требует присутствия специального обслуживающего персонала.

Итак, в условиях использования электронного образовательного ресурса преподаватель сохраняет свои коммуникативную и воспитательную функции, образовательную, гностическую и развивающую функции разделяет с ресурсом, при этом существенно возрастает роль организационно-методической функции.

Новая педагогическая квалификация – тьютор. Преподаватель, который способен эффективно реализовать учебный процесс на основе электронного образовательного ресурса и их моделей в настоящее время все чаще называется тьютором.

В чем состоит основное отличие классического преподавателя от тьютора? Преподаватель, в первую очередь, транслирует информацию и опыт обучающимся, т. е. осуществляет процесс преподавания. Тьютор обеспечивает процесс обучения, т. е. деятельность самих обучаемых. Преподаватель делает акцент на содержательной стороне учебного процесса, в то время как тьютор концентрирует внимание на практических аспектах деятельности обучаемых, способствует усвоению полученной информации и навыков и, в идеале, стимулирует применение получаемых навыков. Смысл тьюторинга – в координации, обеспечении, поддержке и мониторинге учения и самообучения студентов.

В учебном процессе с использованием ЭОР тьюторы могут быть двух типов. Ведущую роль в обучении играет электронный образовательный ресурс. Здесь тьютору поручаются «кураторские» задачи: доведение норм деятельности, контроль посещаемости и скорости прохождения курса, своевременности выполнения контроля, представление интересов обучаемых в администрации образовательного учреждения и т.п. Такому тьютору не обязательно быть специалистом в изучаемой предметной области: он обеспечивает процесс усвоения знаний, но не обязательно сам учит овладению ими.

Ведущая роль в обучении отводится тьютору, вспомогательная – электронный образовательный ресурс. В этих обстоятельствах тьютор, как правило, является предметным экспертом и занимается, прежде всего, закреплением и применением обучаемыми передаваемых знаний, оказывает индивидуальную помощь, корректирует работу обучаемых, организует групповое взаимодействие и руководит им, обеспечивает обратную связь, осуществляет текущий и итоговый контроль и т.п. Другими словами, тьютор делает частично или полностью примерно то же, что обычный преподаватель, кроме трансляции содержания образования на всю аудиторию.

Доминирующей функцией тьютора является обеспечение процессов учения и самообучения, то есть получения обучаемыми требуемых знаний и освоения соответствующих практических действий. Преобладание иных функций над этой сделает тьютора уже носителем иной роли и даже другой профессии. Так, приоритет организационной и координационной деятельности над функцией обеспечения усвоения знаний способен превратить тьютора в методиста-распорядителя. К сожалению, подобные метаморфозы позиции тьютора в другие позиции диагностируются с трудом и чреваты снижением эффективности обучения.

Основные функции тьютора:

– *функция обеспечения усвоения знаний*, педагогическая поддержка со стороны тьютора обеспечивает понимание учебного материала и овладение им. Через демонстрацию оптимальных способов работы с электронным образовательным ресурсом тьютор стимулирует выработку новых навыков и способов поведения;

– *организационная функция*, координация взаимодействия обучаемого с образовательным учреждением, организация взаимодействия обучаемых с тьютором и друг с другом, организация взаимного обучения, управление последовательностью и временем обучения;

– *коммуникативная функция*, осуществление общения обучающихся с тьютором и между собой; управление групповой динамикой, распределение групповых позиций и ролей;

– *мотивационная функция*, выявление индивидуальных мотивов и потребностей обучаемых; помощь в осознании личностных перспектив, связанных с обучением;

– *мониторинг и контроль*, выявление индивидуальных затруднений и ограничений учащихся, помощь в их преодолении; пошаговый мониторинг деятельности обучающихся; контроль и оценка знаний и умений по окончании обучения.

Но главная – *обеспечение усвоения знаний*. Именно она является целеобразующей и посвящена выполнению главной задачи тьютора – добиться успешного процесса обучения студентов. Все остальные функции являются производными.

Литература

1. Беляев М.И., Григорьев С.Г., Гришкун В.В., Демкин В.П., Краснова Г.А., Щенников С.А. Теоретические основы создания образовательных электронных изданий.- Томск, 2002.- 86с.
2. Афанасьева А.М. Организационно-экономические аспекты модернизации высшего образования инновации в образовании.- М.: Высшая школа, 2005.- 145с.
3. Ляудис В.Я. Инновационное обучение: стратегия и практика.- Минск: Университетское, 2005.- 230с.

УДК 618.1/5:378.147:614.25

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Джеломанова С.А., Чурилов А.В., Данькина И.А., Клецова М.И.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им.М.Горького
Кафедра акушерства и гинекологии*

Аннотация. Обучение на кафедре акушерства и гинекологии этике и деонтологии актуально и имеет свои особенности, поскольку касается интимных и психологических вопросов пациентки.

Ключевые слова: деонтология, преподавание, студент, пациентка.

DEONTOLOGICAL ASPECTS OF TEACHING OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Dzhelomanova S.A., Churilov A.V. Dankina I.A., M.I. Kletsova

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Obstetrics and Gynecology*

Summary. Education at the Department of Obstetrics and Gynecology, ethics and deontology is overdue and has its own characteristics, as regards sexual and psychological problems of the patient.

Keywords: deontology, teaching, student, patient.

Актуальность. В настоящее время вопросы медицинской деонтологии приобрели особую остроту и звучание в результате изменения социально-экономических отношений, модернизации системы здравоохранения, обусловленной интенсивным появлением новых действенных методов инструментального и лабораторного исследования, подходов к терапии, появления рыночных отношений в медицине [3]. В высших медицинских учебных заведениях общие понятия о деонтологических принципах преподаются студентам на кафедрах психологии, социальной гигиены и организации здравоохранения, а также на клинических кафедрах. Одним из важных компонентов обучения студентов на кафедре акушерства и гинекологии является усвоение деонтологических особенностей этой специальности, которые могут быть мало известны или совсем непонятны студентам.

Обсуждение. Впервые основные этические принципы медицины сформулировал греческий ученый Гиппократ. Они дошли до нас в виде «клятвы Гиппократа». В ней нашли отражение ставшие каноническими традиции врачебной деятельности.

Медицинская деонтология определяет поведение врача в процессе его профессиональной деятельности, рассматривает вопросы взаимоотношений врача и больного, врача и коллектива медицинского учреждения, врачебные ошибки, определяет профессиональные требования к врачу. Термин «деонтология» впервые применил в начале XIX века английский философ Бентам, но основные ее принципы формировались и изменялись на протяжении столетий и определялись социально-экономическими отношениями, уровнем культуры, национальными и религиозными традициями [2, с. 2].

Деонтология является важнейшим элементом врачебной этики и охватывает широкий круг отношений. Взаимоотношения студента и беременной, роженицы и больной разнообразны. В каждой конкретной ситуации студент должен выбирать индивидуальный подход к пациентке. Главные правила поведения: гуманность, уважение и, конечно, умение правильно распознать заболевание и определить психоэмоциональное состояние женщины. Вот почему на практических занятиях целесообразно уделять внимание психоэмоциональному состоянию беременной, роженицы и больной.

Обучение на кафедре акушерства и гинекологии связано с решением сложных деонтологических задач, поскольку ситуации, возникающие во время обходов, курации,

консультирования или оказания медицинской помощи женщинам касаются интимных сторон жизни женщины и ее окружающих, что требует создания таких условий, при которых меньше бы травмировалось физическое и психическое состояние. При этом большое значение имеют: организация занятия, поведение студентов, умение "подойти" к пациентке, завоевать ее симпатию. Конечно же, имеет огромное значение личный пример преподавателя, и его личностные качества [4, с. 167]. Преподаватель, склонный к жесткой манере общения со студентами, вряд ли убедит их быть мягкими, добрыми и общительными с пациентом [1, с. 2].

Беременность и роды являются одной из актуальных психологических проблем, возникающих на жизненном пути женщины. При зачатии возникают опасения за судьбу будущего ребенка, к концу беременности возникает тревога, связанная с предстоящими родами. Процесс родов является физиологическим процессом, в то же время очень ответственным периодом для женщин. Студенты, которые общаются с беременными, а также присутствуют при родах, должны помнить об этом и своими действиями создавать атмосферу покоя, доверия, уверенности в положительном исходе родов. Студентами беременная женщина, должен восприниматься не как объект проведения определенных медицинских манипуляций с целью ее родоразрешения, а прежде всего, как личность и основной участник в важный момент его жизни – родах. Во время родов необходимо соблюдать принципы конфиденциальности: в родильном зале обеспечивается пребывание нескольких студентов.

При наличии показаний к прерыванию беременности необходимо консультирование по вопросам предоставления беременной информации относительно обоснованности прерывания, оказания психологической поддержки, объема медицинских вмешательств и реабилитации в послеоперационном периоде. Информацию о возможных негативных последствиях прерывания беременности целесообразно в таких случаях предоставлять в виде угрожающих утверждений, учитывая психологическое состояние беременной и ее родственников.

При наличии желания родильницы отказаться от ребенка, целесообразно провести в корректной форме беседу по преодолению препятствий, мешающих забрать ребенка из родильного стационара и предоставление информации о возможных путях решения проблемы в соответствии с действующим законодательством.

При курации больных с гинекологическими заболеваниями возникает много проблем интимно-сексуального, психологического, социального и этнического характера, что существенно усложняет взаимоотношения между пациенткой и студентом. Вопросы, касающиеся интимной стороны жизни человека, должны быть понятны, их логика, построение и последовательность определенным образом отражают уровень знаний студента, его личное понимание деонтологии. Нередко студенты, собирая анамнез заболевания, задают больным вопросы, касающиеся интимной жизни, прямо в палате, в присутствии других пациенток и студентов. Это свидетельствует о недостаточной культуре студента и его бестактности. Конечно, необходимые данные собрать необходимо, но делать это следует так, чтобы не травмировать больную. Для установления хорошего контакта с женщиной необходимы тактичность и осторожность при беседе и обследовании. При гинекологическом обследовании необходимо учитывать застенчивость, особенно девушек.

Выводы. Таким образом, в процессе обучения студентов необходимо пополнять и совершенствовать их знания в области профессиональной этики и деонтологии с целью определения культуры мышления будущего медицинского работника.

Литература

1. Волосовец Г.Г. Деонтологические аспекты преподавания клинических дисциплин на педиатрическом факультете медицинского вуза // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. - 2014.-

№39-1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/deontologicheskie-aspekty-prepodavaniya-klinicheskikh-distiplin-na-pediatriceskom-fakultete-meditsinskogo-vuza> (дата обращения: 12.05.2016).

2. Гречкин В. И., Сапронов Г. И., Пахоленко О. А. Формирование у студентов медицинского вуза этико-деонтологических принципов взаимоотношений врача и пациента // *Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии.* - 2014, №40. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-u-studentov-meditsinskogo-vuza-etiko-deontologicheskikh-printsipov-vzaimootnosheniy-vracha-i-patsienta> (дата обращения: 12.05.2016).

3. Пикуза О. И., Закирова А. М., Шошина Н. К. Актуальные вопросы медицинской деонтологии в подготовке врача-педиатра // *Казанский мед. журн.* - 2014. №3. - С. 469-471.

4. Есауленко И.Э., Пашков А.Н., Плотникова И.Е. Теория и методика обучения в высшей медицинской школе: учебное пособие. - 2-е изд. - Воронеж: ИПЦ «Научная книга», 2011. - 384с.

УДК 613.71:615.825:796.412]-057.875

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ФИТНЕССА В СИСТЕМЕ ОЗДОРОВЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ

Добровольская Н.А., Лисицкая Н.В., Калиновская Т.Н.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра физического воспитания*

Аннотация. Экспериментальный курс занятий по фитнесу содействует повышению уровня физической выносливости и тренированности. Одним из наиболее эффективных средств, позволяющих добиться наилучших результатов, является комплекс оздоровительного фитнеса. Правильно подобранная методика, индивидуальный подход на занятиях содействуют улучшению физических и функциональных показателей, а также могут быть действующим методом в оздоровлении студентов специальной медицинской группы.

Ключевые слова: оздоровительный фитнес, студенты, специально медицинская группа.

THE USES OF FITNESS FACILITIES IN THE SYSTEM OF STUDENT IMPROVEMENT

Dobrovolskaya N.A., Lisitskaya N.V., Kalinovskaya T.N.

M. Gorkiy National Medical University, Donetsk, Department of Physical Education

Annotation. The experimental course of fitness assists rise of level of physical endurance and trained. One of the most effective means that help achieve the best results, is a complex of health fitness. Correctly neat method, individual approach on the training can assist improvement of physical and functional parameters of organism as well as may be the current method in the improvement of students of special medical group.

Keywords: health fitness, students, special medical group.

Актуальность. Данным ВОЗ здоровье человека на 50-55% зависит от социальных условий, на 20-25% – от степени загрязнения среды, на 15-20% – от генетических факторов и на 10-15% – от состояния и уровня здравоохранения в стране.

Техническая революция, которая проходила во многих развитых странах, привела к резкому сокращению применения физического труда в процессе производства и, как следствие, к малоподвижному образу жизни населения. Появилось неизвестное ранее заболевание, получившее название гипокинетической болезни. Эта болезнь включает в себя коронарную болезнь сердца, гипертонию, тучность, тревогу, депрессию (стрессы) и т.д. Чтобы человек мог противостоять изменениям, вызванным техническим прогрессом и малоподвижным образом жизни, необходимо включать в повседневную жизнь физические упражнения [3, с. 35].

Вопрос о влиянии оздоровительного фитнеса на организм студенток специальной медицинской группы в настоящее время является актуальным.

Цель исследования – определить эффективность оздоровительно-профилактических занятий с использованием фитнеса для студенток специальной медицинской группы в учебном процессе по физическому воспитанию.

Материалы и методы исследования. В экспериментальной группе занималось 40 девушек с заболеванием сердечно-сосудистой и дыхательной системы, отнесенных к специальной медицинской группе. Занятия продолжительностью 90 минут проходили регулярно два раза в неделю на базе кафедре физического воспитания ДонНМУ.

Девушки контрольной группы в количестве 40 человек могли занимались по общепринятой методике.

Отличительными чертами предложенной методики в процессе занятий фитнесом являются:

- разнообразии форм занятий (каждому человеку присущи свои интересы и предпочтения двигательной активности, это нужно учитывать и строить занятия, разбив группы девушек по интересам);

- сочетание на одном занятии нескольких видов аэробики;

- направленность занятий, использование элементов танца, бокс-аэробики, йоги и др.);

- высокую эмоциональную окраску: занятия проводились с музыкальным сопровождением;

- подбор индивидуальных элементов занятий с учетом имеющихся отклонений в состоянии здоровья.

Основа методики проведения занятий заключалась в следующем:

- сохранение типичной структуры занятия, то есть занятия состояло из подготовительной (разминки), основной и заключительной частей. В разминке использовался мягкий стретчинг, что переходит в более активные разогревающие, общеразвивающие упражнения. В основной части использовались аэробные упражнения различной направленности: высокоударная аэробика (бег, прыжки, подскоки), танцевальные элементы, элементы боевых искусств. Активная фаза основной части занятия постепенно переходила в медленные танцевальные элементы и после кратковременного отдыха-восстановления (1-2 мин), в течение которого можно было измерить пульс и артериальное давление (АД), начиналась активная часть занятия уже лежа и сидя на полу. В процессе работы на полу использовались упражнения более локальной направленности. Основная часть постепенно переходила к заключительной, где использовали элементы йоги, пилатеса, стретчинга, мануальной гимнастики, корректирующие позвоночный комплекс;

- подбор фитнес-программы происходил с учетом исходного уровня физической подготовленности студенток;

- особое внимание на занятиях уделялось мануальной гимнастике и растяжению (занятия в парах);

- занятия иногда проводились в игровой и соревновательной форме, что способствовало улучшению настроения;

- на занятиях использовались вспомогательные средства: мячи, скакалки, эспандеры, гантели и обременять;

- в групповых занятиях использовался индивидуальный подход с учетом формы фигуры, типа нервной деятельности.

Антропометрические методы исследования включали измерения роста и массы тела, объемов талии и бедер. Физиологические методы исследования использовали для изучения функциональных возможностей организма студенток в состоянии покоя, как характеристики их здоровья: для определения состояния сердечно-сосудистой системы – измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС) в покое пальпаторно и с использованием фонендоскопа; измерения АД – систолического и диастолического методом Короткова; для определения резервов обеспечения кислородом проводили пробы с задержкой дыхания – пробы Штанге и Генчи; для определения физической работоспособности использовался Гарвардский степ-тест в 3-х минутной модификации.

Результаты исследования и обсуждение. Под влиянием годового курса занятий оздоровительным фитнесом отмечено и зафиксировано статистически достоверные изменения морфометрических и функциональных показателей у студенток специальной медицинской группы занимающиеся по экспериментальной программе.

Достоверные изменения антропометрических показателей в сторону улучшения зафиксированы преимущественно в экспериментальной группе.

Известно, что тренированное сердце сокращается в состоянии покоя значительно реже после унифицированной нагрузки отмечается меньший прирост ЧСС. Установлено, что систематическая мышечная деятельность приводит к повышению тонуса блуждающего нерва, который производит тормозящее влияние на генерацию импульсов сокращения в сердце. Однако, механизм такого замедления частоты сокращений нельзя считать до конца установленным: обнаружено, что ЧСС у тренированных лиц в покое меньше, чем у нетренированных. Выявлена связь между уровнем двигательной активности и ЧСС [1, с. 116; 4, с. 78; 5, с. 63].

Систематическая работа умеренной интенсивности в аэробном режиме способствует снижению артериального давления, подтверждается положительным эффектом умеренных физических нагрузок. Слишком интенсивная анаэробная работа не позволяет достичь гипотонического эффекта [5, с. 98].

Данные в таблице подтверждают литературные сведения о том, что с повышением уровня тренированности снижается ЧСС, нормализуется уровень АД, улучшается работа дыхательной системы.

Наиболее значительные изменения в показателях наблюдались в экспериментальной группе. Так, после занятий оздоровительным фитнесом в экспериментальной группе достоверно снизилась частота сердечных сокращений в покое, систолическое артериальное давление и увеличились продолжительность задержки дыхания на вдохе и выдохе при $p < 0,05$ (табл. 1).

В конце экспериментального курса занятий студентки были протестированы для определения уровня физической работоспособности.

Таблица.

Динамика показателей сердечно-сосудистой и дыхательной систем у девушек специальной группы в разные периоды проведения эксперимента, n=80.

ЧССсп		АДсист		АДдиаст		Проба Штанге		Проба Генчи	
до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
Контрольная группа									
75,3±3,2	76,1±3,3	122±3,1	120±3,5	66,4±6,3	70,1±5,2	30,0±5	31,0±6	21,0±4	24,0±5
p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Экспериментальная группа									
76,0±4,5	70,11,3	125,0±22	110,0±1,5	65,0±4,2	63,0±2,1	37,0±4	43,0±5	20,0±4	30,0±5
p<0,05		p<0,05		p>0,05		p<0,05		p<0,05	

Показатели индекса Гарвардского степ-теста свидетельствуют о повышении уровня физической работоспособности в экспериментальной группе у 100% студенток. В контрольной группе эти показатели стали несколько ниже при $p > 0,05$.

За 10 месяцев занятий по предложенной фитнес-программе девушки специальной медицинской группы повысили уровень тренированности в сравнении с исходным.

Выводы:

1. Разработана программа по фитнесу, которая основывается на комплексном учете индивидуальных показателей здоровья, позволяет достичь высокого тренировочного эффекта.

2. Экспериментальный курс занятий по фитнесу способствует повышению уровня физической выносливости и тренированности.

3. Использование всех средств и принципов оздоровительного фитнеса в комплексе позволяют достичь лучших результатов, несмотря на возрастные особенности. Правильно подобранная методика, индивидуальный подход на занятиях способствуют улучшению физических и функциональных показателей, а также могут быть действенным методом в борьбе со старением организма.

Литература

1. Уилмор Дж. Х., Костилл Д.Л. Физиология спорта и двигательной активности.- К.: Олимп. лит., 1997.- 502с.
2. Сермеев Б. В. Женщинам о физической культуре.- К.: Здоровье, 1991.- 192с.
3. Хоули Эдвард Т., Френке Б. Дон. Оздоровительный фитнес.- К.: Олимп, лит., 2000.- 355с.
4. Энока Р. М. Основы кинезиологии: Пер. с англ.- К.: Олимп. лит., 1998.- 504с.
5. Mohrman D.E., Heller L.J. Cardiovascular Physiology.- Duluth, Minnesota: McGraw-Hill, 1997.-250 p.

УДК 61:378.046.4/.048.2:331.45+62]-051

**ПОДГОТОВКА ИНЖЕНЕРОВ И СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОХРАНЕ ТРУДА
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СИСТЕМЕ
НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Ермаченко А.Б., Котов В.С., Темертей С.И.

Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького

Кафедра гигиены ФИПО

Аннотация. Рассмотрены проблемы состояния охраны труда в медицинской отрасли, указано на недостаток информационно-методического обеспечения для подготовки инженеров и специалистов по охране труда. Приведен опыт работы и указана актуальность обучения специалистов на кафедре гигиены.

Ключевые слова: охрана труда, медицинские работники, обучение.

**TRAINING OF ENGINEERS AND SPECIALISTS FOR THE PROTECTION OF LABOR
HEALTH CARE IN CONTINUING EDUCATION**

Yermachenko A.B., Kotov V.S., Temertey S.I.

M. Gorky National Medical University, Donetsk

Department of Hygiene Faculty of Internship and Postgraduate Education

Summary. Considered the problems of labor protection the healthcare industry stated the lack of information-methodical support for the training of engineers and specialists labor protection. The experience of the work and the relevance of specialists training indicated at Hygiene department.

Keywords: labor protection, health care workers, training.

Актуальность. Труд медицинских работников – один из наиболее опасных, нуждающийся в разработке, научном обосновании и внедрении адекватных и эффективных мер по охране труда [1]. Это подтверждается многочисленными фактами получения травм медиками, возникновения профессиональных заболеваний при выполнении своих профессиональных обязанностей [2, с. 5; 3].

В условиях повышенной угрозы для здоровья медицинские работники должны быть всесторонне осведомлены во всех аспектах безопасности труда. Тем не менее, уровень обучения охране труда, который складывается в отрасли, не отвечает современным требованиям.

Анализ законодательных и нормативно-правовых актов, которые регламентируют вопросы охраны и безопасности труда в области здравоохранения, показывает, что только небольшая часть необходимых нормативно-правовых актов и инструкций, утвержденных Министерством здравоохранения и Государственным Комитетом Гортехнадзора ДНР, охватывают необходимое количество рабочих мест, профессий и медицинской техники, где и с которой работают медицинские работники. По вопросам охраны труда в медицинской отрасли нет систематизированных информационно-справочных изданий для организаторов здравоохранения, врачей и специалистов по охране труда.

Процесс реформирования медицинской отрасли нуждается в профессионально обоснованной организационной и методической поддержке, которую должны оказывать специалисты, разбирающиеся в механизмах управления системой здравоохранения, специалисты профильных управлений и отделов здравоохранения [4].

Обсуждение. В 1973 г. на факультете интернатуры и последипломного образования ДонНМУ (раньше – факультет усовершенствования врачей Донецкого медицинского института) был организован цикл тематического усовершенствования инженеров и специалистов по охране труда лечебно-профилактических учреждений.

Целесообразность данного курса вытекает из того, что ВУЗы Украины не выпускают специалистов по охране труда в области медицины, а выпускники технических, сельскохозяйственных, военных и прочих институтов, университетов и академий, которые занимают эти должности, имеют весьма приблизительное представление о специфике работы и организации работы по охране труда в медицинских учреждениях.

За это время на цикле прошли обучение и проверку знаний более 2000 инженеров и специалистов по охране труда всех областей Украины, многие из них неоднократно.

Для повышения уровня подготовки специалистов по охране труда в системе непрерывного образования на кафедре гигиены ФИПО подготовлена и утверждена МОЗ ДНР учебная программа по специальности "Охрана труда". В программе предусмотрено изучение как общих вопросов охраны труда (законодательство об охране труда, психология безопасности труда, организация работы по охране труда, пожарная безопасность, взрывобезопасность, электробезопасность) так и задач службы охраны труда в медицинских учреждениях (вопросы охраны труда в подразделениях учреждений МЗ ДНР, гигиена труда и производственная санитария).

Соответственно требованиям Болонской конвенции и международного стандарта ISO 9001:2008 разработано учебно-методическое обеспечение занятий. Для самостоятельной работы слушателей подготовлены учебные пособия для практических и семинарских занятий. Используются технические средства обучения, мультимедийные презентации, сетевые ресурсы, компьютерное тестирование курсантов.

В процессе занятий детально разбираются задачи, обязанности, знания - умения, необходимые для развития ключевых компетенций специалиста по охране труда. Рассматриваются правила проведения инструктажей, разработки инструкций по охране труда для работников разных подразделений лечебно-профилактических учреждений, при эксплуатации медицинского оборудования и приборов.

Санитарно-гигиенические условия работы медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений характеризуются комплексным влиянием на организм разнообразных факторов производственной среды и трудового процесса. Медицинский персонал подвержен действию целого ряда физических факторов, к которым относятся (вибрация, шум, ультразвук, электромагнитное и ультрафиолетовое излучение и др.), химических факторов (лекарственные препараты, дезинфектанты, антисептики, пломбирочные материалы и др.). Большую часть работы приходится выполнять, используя технические средства, поэтому высока возможность травматизма. Одной из особенностей профессиональной деятельности медицинских работников многих

специальностей является контакт с инфицированными пациентами. Так, туберкулез как заболевание, характерное для медицинских работников противотуберкулезных учреждений, описан во многих странах.

На практических занятиях подробно рассматриваются вредные и опасные факторы в условиях лечебно-профилактических учреждений и их влияние на здоровье человека. Приводятся примеры исследований этих факторов, порядок организации и проведения аттестации рабочих мест по условиям труда.

Сотрудниками кафедры широко оказываются консультации по составлению карт условий труда, разработке технических и организационных мероприятий по улучшению условий труда, а также обоснованию конкретных льгот и компенсаций за работу во вредных и тяжелых условиях труда (льготное пенсионное обеспечение, дополнительные отпуска, доплаты за вредные условия труда, бесплатное предоставление молока и др.).

На практических занятиях по учету и расследованию несчастных случаев и профзаболеваний поэтапно объясняется порядок проведения обычного и специального расследования несчастных случаев, взаимодействие с другими органами (Государственным Комитетом Гортехнадзора ДНР, санитарного надзора, Фонда социального страхования, МЧС, прокуратуры), составление соответствующей документации.

Внимание курсантов обращается на то, что согласно Закону ДНР «Об охране труда», за нарушение законодательных и других нормативных актов об охране труда установлены различные виды ответственности: дисциплинарная, административная, материальная, уголовная. Предусмотрена ответственность как организаций, так и самих работников.

На занятиях анализируются типичные нарушения требований законодательных актов об охране труда (непроведение соответствующего инструктажа, отсутствие или неисправность специальных средств для безопасной работы механизмов, оборудования, средств индивидуальной защиты, ненадлежащая проверка работниками знания техники безопасности и др.) а также мероприятия по предотвращению и устранению таких нарушений.

В процессе занятий курсанты углубляют свои знания и навыки по правилам поведения в экстремальных ситуациях, в том числе во время боевых действий, оказанию первой доврачебной помощи при электротравмах, отравлениях, кровотечениях, переломах и т.п. Эти знания и навыки необходимы всем сотрудникам, так как несчастный случай может произойти в любое время и в любой обстановке - на производстве, дома, на улице, при занятиях спортом и т.п.

Статистика свидетельствует о том, что большинство несчастных случаев социально обусловлены или являются следствием психофизиологических качеств и личностных особенностей персонала, который осуществляет трудовую деятельность, а причиной травматизма являются опасные действия работников. При этом человеческий фактор в безопасности труда становится определяющим.

Именно в формировании у работников медицинских учреждений правильных отношений в области охраны труда, взглядов, убеждений и психологических установок, в разрушении ошибочных стереотипов поведения путем влияния на качества личности заложен резерв снижения уровня травматизма, поэтому такие задачи ставятся перед курсантами.

Актуальными остаются вопросы охраны труда женщин, молодежи, инвалидов. С целью фактического обеспечения равноправия, с учетом особенностей организма, трудовым законодательством предусмотрены специальные правила охраны труда женщин, молодежи, инвалидов, льготы и дополнительные гарантии их трудовых прав, которые детально рассматриваются на практических занятиях.

Рассматриваются правила радиационной безопасности и охраны труда медперсонала рентгеновских кабинетов, при проведении медицинских радиологических процедур, с курсантами проводится рассмотрение и анализ ситуационных заданий по этой тематике.

Как показывает анализ причин и последствий пожаров, большое число жертв и разрушений происходит вследствие элементарного незнания сотрудниками правил поведения при пожаре, что приводит к потерям времени, ошибочным действиям, материальным и человеческим жертвам. Поэтому на практических занятиях рассматривается порядок действий работников ЛПУ при возникновении загорания, задымления, пожара. Также рассматриваются мероприятия профилактики пожаров, куда входит комплекс организационных и технических мероприятий, направленных на предотвращение пожаров, спасение людей и материальных ценностей и создание условий для тушения пожаров.

Значительное время уделяется организации самостоятельной работы инженеров по охране труда. Вместе с методическими разработками кафедры курсанты получают индивидуальные задания по разным вопросам охраны труда в своем учреждении, на основании чего пишут рефераты и защищают их на занятиях.

Для обмена опытом курсанты посещают кабинеты по охране труда лечебно-профилактических учреждений г. Донецка, областную пожарно-техническую и другие тематические выставки.

Анонимное анкетирование «Удовлетворенность курсантов качеством преподавания дисциплины», проводимое в каждой группе после изучения дисциплины с целью определения соответствия процесса освоения дисциплины и его результатов ожиданиям курсантов, свидетельствует о полезности и актуальности обучения.

Тематика занятий вызывает углубленный интерес и у курсантов других кафедральных циклов, поскольку задачи охраны труда неразрывно связаны с практической деятельностью врачей по гигиене труда, общей гигиене, других гигиенических специальностей, а также врачей-лаборантов.

Вывод. В связи с реорганизацией и сокращением персонала учреждений здравоохранения ДНР в переходный период возникают проблемы с финансированием деятельности служб охраны труда. При этом увеличивается текучесть кадров и снижается исходный уровень подготовки инженеров и специалистов по охране труда. Некоторые из них имеют недостаточный опыт практической работы и недостаток теоретических знаний и поэтому обучение в медицинском университете становится еще более актуальным.

Литература

1. Кочін І.В. Проблеми підготовки медичних працівників з предмету охорони праці / І.В. Кочін, П.І. Сидоренко, О.М. Акулова та ін. / Актуальні питання медичної науки та практики: Збірник наук. праць.- Вип. 78.- Т. 2, Кн. 1.- Запоріжжя: ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», 2011. - С. 78-84.
2. Москаленко В.Ф. Гігієна та охорона праці медичних працівників: Навч. посіб. (для III-IV рів. акред.) / В.Ф. Москаленко, О.П. Яворовський, Д.О. Ластков.- К: Медицина, 2009.- 176с.
3. Басанець А.В. Профзахворюваність – актуальна проблема сучасності / А.В. Басанець, І.П. Луб'янова, Д.П. Тимошина // Охорона праці.- 2011.- № 2.- С. 42-45.
4. Лобас В.М. Підготовка керівників з державного управління охороною здоров'я – підтримка реформування галузі / В.М. Лобас // Арх. клін. експ. медицини.- 2012.- Том 21.- № 1.- С. 111-114.

УДК 811.111: 378.018.43:004.9

ОПЫТ РАЗРАБОТКИ КУРСА ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ НА ПЛАТФОРМЕ MOODLE КАК МЕХАНИЗМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ

Жданова Е.В., Еромянц И.С.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра иностранных языков*

Аннотация. В статье описана методика разработки курса дистанционного обучения английскому языку, обоснована также основная цель разработанного курса, объяснены основные компоненты электронного учебно-методического комплекса представленного курса. Авторы отметили, что такой метод, как лекция, является важным деятельностным компонентом. Курс дистанционного обучения на платформе системы менеджмента обучения Moodle имеет большие преимущества, а именно: доступ студентов к различным информационным материалам, интерактивность обучения, самоконтроль учебных действий.

Ключевые слова: дистанционное обучение, иностранный язык, учебно-методический комплекс, информационный блок, лекция, форум для консультаций.

EXPERIENCE IN DEVELOPPING DISTANCE LEARNING COURSE IN ENGLISH ON THE MOODLE PLATFORM

Zhdanova E.V., Eromiants I.S.

*M. Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk
Foreign Languages Department*

Summary. The article describes a method of distance learning course in English; the main objective of the course is designed pointed out. The basic components of electronic educational complex of the course are explained. The authors noted the lecture method as the important active part. The benefits of distance learning course on the Moodle learning platform are highlighted such as students' access to a variety of informational materials, online training, and self-learning activities.

Keywords: distance learning, foreign language teaching methodical complex, information unit, lecture, forum for consultations.

Актуальность. Психологи установили: только те знания становятся убеждениями человека, которые им самостоятельно обдуманы и пережиты. И если первичное восприятие знаний может быть фронтальным и групповым, то последующая работа должна быть индивидуальной, в том объеме и темпе, который необходим каждому индивидууму [4].

Дистанционное обучение является актуальным методом получения высшего образования. Одной из наиболее известных и распространенных систем управления дистанционным обучением является LMS Moodle (Модульная Объектно-Ориентированная Динамическая Учебная Среда). Система Moodle активно внедрена во многих университетах мира, статистика пользования размещена по адресу: <http://moodle.net/stats/>. Сегодня в вузе внедрена дистанционная форма обучения, что позволяет студентам получать образование посредством Интернета. По сравнению с традиционным, очным обучением дистанционное обучение имеет целый ряд преимуществ:

- относительно свободный график обучения;
- территориальная независимость;
- индивидуальный темп обучения;
- отсутствие личных ограничений.

Такая особенность дистанционного обучения иностранным языкам, позволяет избежать традиционных недостатков очных коллективных аудиторных занятий: нехватки

учебников и раздаточного материала, дисциплинарных нарушений, обучение в переполненном помещении [1].

В 2014-2015 учебном году кафедра иностранных языков разработала курс дистанционного обучения по дисциплине «Английский язык». На момент невозможности проведения очных занятий, представленный курс рассматривался как альтернатива. При возобновлении занятий этот курс стал дополнением к практическим занятиям. Дистанционный курс «Английский язык» был разработан на основе системы менеджмента обучения Moodle:

- система реализует философию "Педагогики социального конструкционизма" (сотрудничество, действия, критическое осмысление и т. п);

- на 100% подходит для организации online-классов, а также подходит для организации традиционного обучения;

- система дистанционного обучения Moodle является: простой, легкой, эффективной, совместимой с различными продуктами, предъявляя невысокие требования к браузеру;

- система требует только одну базу данных;

- список курсов, размещенных в системе дистанционного обучения Moodle, содержит описание для каждого курса;

- большинство страниц могут быть отредактированы с помощью встроенного редактора.

Материалы и методы. Целью разработанного курса является развитие иноязычной коммуникативной компетенции в совокупности ее составляющих, а именно: совершенствование навыков и умений во всех видах иноязычной речевой деятельности (говорение, аудирование, чтение, письмо), овладение языковыми средствами в соответствии со сферами и ситуациями профессионального общения в медицине. В центре процесса обучения находится самостоятельная познавательная деятельность студента, который должен научиться самостоятельно добывать знания, пользоваться различными источниками профессионально значимой информации; уметь работать с полученной информацией, используя различные способы познавательной деятельности [5, с. 58].

Результаты и обсуждение. Авторы курса отвечали за его содержательное наполнение и редактирование, контроль, включающий изменение настроек, правка содержания. Преподаватели организовывали процесс дистанционного обучения на основе разработанной рабочей программы и календарно-тематического плана. Электронный учебно-методический комплекс состоит из определенного набора обязательных частей: методические указания для самостоятельной работы студентов, грамматического материала, лексического минимума, интерактивного блока, аудирования и индивидуальных заданий, тестовых заданий.

Инструктивный блок курса включал в себя последовательность и этапы прохождения курса, инструкции по организации дистанционного обучения, базовый учебное пособие, календарно-тематический план, список литературы, форум для консультаций, новостной форум.

В информационном блоке были собраны текстовые ресурсы. Информация файлов, папок включает тексты письменной формы фиксации, аудио- и видеоматериалы.

Широко был использован метод лекции. В каждой лекции были добавлены вопросы, правильность ответа на которые, связана с условными переходами между страницами. При ошибочном ответе на вопрос или неправильном выполнении задания студент перемещается программой к ранее изученному правилу из соответствующей темы [2, с. 216]. Важно, что время прохождения такого занятия ограничено.

Форум для консультаций – асинхронное средство общения участников курса для обсуждения вопросов в ходе дискуссии. Простое обсуждение предполагает дискуссию в

рамках одной темы, стандартный общий форум позволяет не только преподавателю, но и каждому студенту задавать все вопросы, начать тему для обсуждения.

Современная методика преподавания иностранного языка в системе дистанционного образования подразумевает большую самостоятельную работу студентов, чему способствует размещение справочной информации, новости на иностранном языке, полезные ссылки и другие материалы, рассчитанные как на студентов, так и на специалистов, желающих повысить свой уровень владения иностранным языком [3].

В методических указаниях для самостоятельной работы студентов были сформулированы: актуальность, цель, основные теоретические вопросы к занятию, список литературы с указанием страниц в базовом учебнике по данной теме, целевые обучающие задачи. Правильность выполнения целевых учебных задач студенты могли сверить с эталонами ответов.

Выводы. Стоит отметить, что привлечение инструментов программы Moodle при проектировании курса английского языка позволило:

1. слушателям реализовывать учебные потребности, на основе средств асинхронного взаимодействия осуществлять обучение в удобное для студентов время. Была возможность для коммуникации с другими участниками курса, представлять результаты своей деятельности, оценивать работы других участников группы.

2. преподавателям быстро реагировать на события, при необходимости изменять временные рамки выполнения заданий, добавлять элементы курса, корректировать их.

Таким образом, инструменты системы Moodle, использованные при разработке курса «Английский язык», реализуют коммуникативные, учебные и административные цели обучения. К основным преимуществам разработанного курса мы относим доступ студентов к различным информационным материалам, интерактивность обучения, самоконтроль учебных действий.

Литература

1. Кожевникова Т.В. Методика составления упражнений для работы с компьютером. Вариантность в обучении иностранным языкам в неязыковом вузе.- М., 1999.- С. 126-134 (Тр. МГЛУ; вып. 425).
2. Овчинникова О.М. Разработка курса «Иностранный язык» в системе дистанционного обучения Moodle // Мир науки и образования (Саранск).- 2011.- № 4-1 (29).- С. 212-218.
3. Кожевникова Т.В. Взаимодействие в дистанционном обучении иностранным языкам //Обучение иностранному языку как коммуникативному взаимодействию (неязыковые вузы).- М., 1999.- С. 105-110 (Тр. МГЛУ; вып. 443).
4. Овчинникова О.М. Использование информационного потенциала креолизованного текста при обучении иноязычному профессионально- ориентированному говорению в неязыковом вузе (на материале немецкого языка) / О.М. Овчинникова, О.А. Галанова // Образование и наука: Известия Урал. отд-ния Рос. акад. образования.- Екатеринбург.- 2009.- № 9 (66).- С. 91-101.
5. Андреев А.В. Практика электронного обучения с использованием Moodle / А.В. Андреев, С.В. Андреева, И.Б. Доценко.- Таганрог: Изд-во ТТИ ЮФУ, 2008.- 146с.

УДК 378.147:616-097-08-084

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИЧЕСКОЙ И ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ

Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Грушина М.В., Евтушенко И.С.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра пропедевтической и внутренней медицины*

Аннотация. Представлен опыт организации и функционирования студенческого научного кружка на кафедре пропедевтической и внутренней медицины.

Ключевые слова: опыт, организация и функционирование, студенческий научный кружок, кафедра пропедевтической и внутренней медицины.

**EXPERIENCE OF ORGANIZATION AND FUNCTIONING OF STUDENT SCIENTIFIC GROUP
ON DEPARTMEN PROPEDEVTC AND INTERNAL MEDICINE**

Ignatenko G.A., Mukhin I.V., Grushina M.V., Evtushenko I.S

M.Gorkiy National Medical University, Donetsk

Departmen of Propaedeutic and Internal Medicine

Summary. In paper, consider organization and private questions of functioning of student scientific group on clinical department.

Keywords: organization and functioning, student scientific group, therapeutic department.

Актуальность. Успех подготовки специалистов зависит от многих факторов, одним из которых является научно-практическая работа студентов. Студенческие научные кружки – одна из форм научно-практической деятельности студентов, направленная как на расширение врачебного кругозора, так и активацию научного потенциала.

Научно-исследовательская работа студентов – одно из важнейших средств повышения качества подготовки специалистов в высшей школе. Это комплекс мероприятий научного, методического, воспитательного, организационного характера, обеспечивающий привитие практических навыков и методологии проведения научных исследований, выходящие за рамки учебного процесса [1, с. 12].

Результаты и обсуждение. Студенческий научный кружок при кафедре пропедевтической и внутренней медицины представляет собой коллектив единомышленников, объединенный разработкой определенной научной концепции. Он объединяет энтузиастов, изучающих принципы, методы и приемы ведения научной работы. Каждый студент в кружке выполняет самостоятельное задание в рамках научной тематики кафедры. При планировании заседаний и научных исследований учитываются потребности, как научного направления кафедры, так и практической медицины для того, чтобы выпускник после окончания ВУЗа и прохождения интернатуры мог самостоятельно заниматься научно-исследовательской и практической лечебной работой.

Кафедра пропедевтической и внутренней медицины, осуществляет подготовку студентов на базах многопрофильных медицинских научно-исследовательских центров – Донецкого клинического территориального медицинского объединения и учебно-научно-лечебного комплекса «Университетская клиника» Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. Именно в этих клинических базах сконцентрировано самое современное оборудование, которое позволяет проводить научные исследования в области кардиологии, пульмонологии, ревматологии, эндокринологии, нефрологии и сочетанной терапевтической патологии.

Основными целями функционирования научного кружка является повышение уровня научно-практической подготовки студентов, формирование интереса и потребности к научному творчеству, развитие творческого мышления, научной самостоятельности, активация внутренней организованности, углубление, закрепление и систематизация полученных знаний-умений [2, с. 43; 4].

Общими направлениями студенческой научной деятельности являются обеспечение активного участия в проведении научных конференций и семинаров, формирование интереса к научному творчеству, обучение методикам и способам самостоятельного решения научных и практических задач, помощь студентам в овладении методиками и навыками проведения научных исследований, содействие углубленному изучению более широкого объема материала, подготовка из числа наиболее способных и активных

студентов резерва научных и научно-педагогических кадров, выявление наиболее способных студентов, использование их творческого и интеллектуального потенциала для решения актуальных задач повышения эффективности образовательного процесса [3, с. 13].

В виду возросшего интереса студентов к научной работе и увеличения численности студентов, возникла необходимость формирования двух групп. В старшей группе занимаются студенты 4-6 курсов, а в младшей студенты 3-го курса медицинских факультетов. В начале учебного года вновь пришедшие студенты, желающие выполнять научные исследования, получили научную тему. Студенты, которые являются кружковцами продолжают выполнять и совершенствовать свою тему.

Заседание научного кружка, проходит в присутствии руководителя кружка, обычно открывает староста, избираемый из числа наиболее подготовленных студентов. Он принимает участие в разработке годового плана работы научного кружка, готовит информацию для опубликования в научных изданиях, конференциях, принимает участие в подготовке отчета о работе. На каждом заседании проводится осмотр тематического больного в одном из подразделений клиники.

В процессе сбора клинического материала студенты учатся методам статистической обработки полученных данных, написанию тезисов по результатам собственных исследований, описанию клинических случаев. Большая часть времени отводится реферативной и научной деятельности. Одновременно работа с больными позволяет осваивать различные методы исследования (физикальные, инструментальные, лабораторные), трактовать их результаты и глубже понимать их диагностическое значение.

В течение последнего года кружковцы приняли участие в научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической, экспериментальной, профилактической медицины, стоматологии и фармации» и Олимпиаде по терапевтическим дисциплинам.

Основными формами работы научного кружка является: заседание научного кружка; выступления с результатами собственных и обзорных исследований, научными сообщениями, докладами, реферативными сообщениями на заседаниях кружка; подготовка выступлений на научно-практических конференциях; участие в научных, научно-практических, научно-методологических семинарах; написание конкурсных работ на лучшую научную работу среди курсантов, слушателей и студентов.

За последние годы на кафедре увеличилось не только количество активных студентов, но и повысился научный уровень студенческих исследовательских работ, более актуальной и практической стала их тематика.

Студенты, которые принимают участие в научно-исследовательской работе кафедры, обеспечены оборудованием, приборами и инструментами научных лабораторий по исследованию функции кардиореспираторной системы в рамках кафедральной НИР «Разработка, патогенетическое обоснование и внедрение методов липосомальной и адаптационной терапии в комплексном лечении мононозологической и мультинозологической терапевтической патологии».

Выводы. Таким образом, привлечение студентов к работе в научных кружках позволило не только получить навыки проведения научных исследований и практической работы, но и увеличить возможности для интеллектуального развития личности.

Литература

1. Мараш Я. Н. Студенческий научно-исследовательский кружок / Я.Н. Мараш.- Минск: Вышэйшая школа, 1976.- 128с.
2. Научно-исследовательская работа студентов: метод. пособие / М.Г. Сачек, Л.И. Богданович, П.И. Лобко и др.; под ред. М.Г. Сачек.- Минск: Вышэйшая школа, 1989.- 109с.

3. Пятницкая-Позднякова И.С. Основы научных исследований в высшей школе: учебное пособие / И.С. Пятницкая-Позднякова.- М.: Высшая шк., 2003.- 116с.

4. Титова В.А., Черкашина Т.В., Андронов Д.Е., Власов Р.В. Об опыте работы студенческого научного кружка и его влиянии на обучение студентов инженерной специальности // Наука-RASTUDENT.RU.- 2014.- №3 [Электронный ресурс].- Режим доступа.- URL: <http://nauka-rastudent.ru/3/1260/> (дата обращения: 29.05.16).

УДК 796.011.3:378.147

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

Нескреба Т.А., Калмыкова В.И., Неведомский С.Е.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра физического воспитания*

Аннотация. В данной работе были представлены новые пути совершенствования профессиональной подготовки при помощи рефлексивно-деятельностной педагогической технологии.

Ключевые слова: профессиональная подготовка, физическая культура, спорт, рефлексивно-деятельностной, педагог, интериоризации, экстериоризации.

IMPROVE TRAINING OF SPECIALISTS IN THE SPHERE OF PHYSICAL CULTURE AND SPORTS

Neskreba T.A., Kalmikova V.I., Nevedomskiy S.E.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Physical Education*

Summary. In this paper, we presented new ways to improve the training in using reflexive-activity of educational technology.

Keywords: training, physical education, sports, reflexive-activity, teacher, internalization, externalization.

Актуальность. На современном этапе развития русского общества сохраняется актуальность всесторонней поддержки отрасли физической культуры и спорта со стороны государства, поскольку это является важным элементом общей культуры, престижа и статуса государства. Физическая воспитание как составляющая общей культуры, общественными проявлениями которой является физическое воспитание и массовый спорт, является важным фактором здорового образа жизни, профилактики заболеваний, организации содержательного досуга, формирование гуманистических ценностей и создание условий для всестороннего гармоничного развития человека. Спорт способствует достижению физического и духовного совершенства человека, выявлению резервных возможностей организма, формированию патриотических чувств у граждан и позитивного международного имиджа государства. Вопросы совершенствования профессиональной подготовки специалиста в сфере физической культуры и спорта решаются в различных направлениях, в том числе, и в области применения педагогических технологий в общем и профессиональном образовании. Актуальность внедрения инновационных педагогических технологий в процесс профессиональной подготовки специалистов в сфере физической культуры и спорта определяется несоответствием содержания высшего физкультурного образования новым социальным требованиям российского образования, стремительно меняющимся потребностям личности и общества, условиям жизни и деятельности человека. Вопросы

профессиональной подготовки специалиста в сфере физической культуры и спорта решаются в различных направлениях. Профессиональная подготовка специалиста в сфере физической культуры и спорта – сложная, динамичная педагогическая система, эффективность функционирования которой зависит от многих взаимосвязанных факторов, проявляющихся на основе общих закономерностей педагогического процесса и управления им [2, с. 47].

Поэтому в процессе подготовки специалиста в сфере физической культуры и спорта мы предлагаем использовать рефлексивно-деятельностную педагогическую технологию подготовки (схема 1). В качестве механизма усвоения выступает принцип интериоризации – экстериоризации как преломление внешнего через внутреннее (С.Л. Рубинштейн) [3, с. 62]. В таком случае проект учебно-воспитательного процесса предусматривает последовательную, взаимосвязанную систему действий педагога, направленных на решение педагогических задач, гарантирует достижение поставленных целей и ориентируется на создание особого педагогического взаимодействия, учитывающего индивидуальные особенности учебно-познавательной деятельности в педагогическом вузе [1, с. 85].

Рефлексивно-деятельностная технология реализуется в рефлексивно-творческой учебной деятельности, системе специальных методов и форм обучения. Деятельность индивида будет рефлексивно-творческой, если он «переносит» данную ситуацию, способ, норму, алгоритм деятельности на ряд подобных ситуаций. Подключение рефлексии в процесс творческой учебной деятельности превращает учение в лично значимое событие. Рефлексия наряду с конкретно-практическим осмыслением приносит в изучаемый предмет знаковый абстрактно-символический контекст [4, с. 127].

Схема 1.

РЕФЛЕКСИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА В СФЕРЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА



Механизмы рефлексии обогащают процесс обучения принципиально новым содержанием, превращая его из «пассивного» вида обучения в традиционном понимании в «активный». В таком случае основой обучения становится анализ способов текущей и будущей деятельности, что позволяет устанавливать границы собственных знаний, возможностей.

Рефлексивно-творческая учебная деятельность реализуется в таких методах, как поведенческого научения, «вживания», ошибок, психодрамы, образного видения, рефлексивно-аналитической беседы, образной картины, самооценки, игрового моделирования, проблемной лекции и т.д. Методы обучения находят практическую реализацию в таких формах обучения, как ролевая игра, защита индивидуальных авторских программ, комплексная конференция и т.д.

Таким образом, результатом внедрения рефлексивно-деятельностной технологии подготовки специалиста в сфере физической культуры и спорта должно стать соотнесение себя «увиденного» (действующего) с имеющимися в собственном опыте представлениями о себе, о подобных ситуациях, о своих и чужих действиях [5, с. 116].

Материалы и методы. Целью опытно-экспериментального исследования стала оценка эффективности рефлексивно-деятельностной технологии подготовки специалиста в области физической культуры и спорта. Группы испытуемых, участвующих в эксперименте, имели одинаковые начальные параметры. В ЭГ-1, вошли испытуемые, занимающиеся циклическими видами спорта, в ЭГ-2 – спортивными играми, в ЭГ-3 – координационными видами спорта, в КГ – единоборствами. Выделение в КГ испытуемых, занимающихся единоборствами, связано с тем, что в процессе психологической подготовки в соревновательном и тренировочном процессах в этих видах спорта, в отличие от других, в большей степени происходит ориентация на рефлекссию, интенцию.

Опытно-экспериментальная работа состояла из нескольких этапов. Констатирующий этап эксперимента позволил выявить уровни подготовки специалистов в сфере физической культуры и спорта. На формирующем этапе мы конструировали рефлексивно-деятельностную технологию подготовки специалиста в области физической культуры и спорта. Возможность обработать, обобщить и оформить результаты педагогического эксперимента позволил обобщающий этап.

В качестве критериев, позволяющих, по нашему мнению, адекватно оценить ход педагогического эксперимента, были выделены: направленность на изменение собственной деятельности (интенция), самоконтроль, рефлексия. Уровни сформированности критериев оценивались на основе анализа данных психодиагностики. В качестве метода математической статистики, позволяющего оценить различия в уровне сформированности признака, использовался критерий χ^2 (хи-квадрат).

Результаты и обсуждение. Как показывают результаты констатирующего этапа эксперимента, в контрольной и экспериментальных группах выявлено преобладание низкого уровня критериев интенция, самоконтроль, рефлексия.

Так, в контрольной группе 61,00% испытуемых находится на низком уровне сформированности самоконтроля, в экспериментальных группах ЭГ-1, ЭГ-2, ЭГ-3 количество учащихся, находящихся на низком уровне сформированности интенции, самоконтроля, рефлексии, составило 64,53%, 69,00%, 72,65%, соответственно. Сравнение результатов констатирующего и формирующего этапов эксперимента показали положительную динамику сформированности интенции, самоконтроля, рефлексии, что свидетельствует об эффективности разработанной рефлексивно-деятельностной технологии подготовки специалиста в сфере физической культуры и спорта. Так, количество испытуемых, находящихся на низком уровне сформированности интенции, самоконтроля, рефлексии, в ЭГ-3 понизилось на 54,56%, количество испытуемых, находящихся на среднем уровне, увеличилось на 38,71% по сравнению с первоначальным срезом. В контрольной группе существенных изменений не наблюдается. Существующие различия между контрольными и экспериментальными группами не могут быть случайными, поскольку на начало эксперимента различия в группах были незначительными. Существенное различие по уровню сформированности интенции, самоконтроля, рефлексии ЭГ-3 с ЭГ-1 и ЭГ-2, по сравнению с КГ, объясняется недостаточностью развития данных критериев только в тренировочном процессе единоборств.

Достоверность результатов педагогического эксперимента определялась на основании критерия согласия χ^2 - Пирсона. В качестве нулевой гипотезы H_0 было выдвинуто предположение о том, что выборки взяты из генеральных совокупностей с одинаковым законом распределения, а различие в результатах объясняется чисто случайными причинами. В качестве альтернативной гипотезы H_1 предложено утверждение, что уровни выполнения работы в экспериментальных и контрольных группах различны, что объясняется использованием в экспериментальной группе новой методики. Для проверки рассмотренной выше нулевой гипотезы был использован критерий согласия χ^2 - Пирсона.

Для оценки результатов педагогического эксперимента и принятия решения был выбран уровень значимости $\alpha=0,05$. Определенное значение ТЭМП сравнивается с табличным значением ТКРИТ, и при выполнении неравенства ТЭМП > ТКРИТ нулевая гипотеза может быть отвергнута, с вероятностью 95% может быть принята альтернативная, о наличии статистически значимых различий в экспериментальной группе по сравнению с контрольной.

Выводы. Эффективность подготовки специалиста в сфере физической культуры и спорта зависит от многих взаимосвязанных факторов, проявляющихся на основе общих закономерностей педагогического процесса и управления им. Разработанная нами инновационная рефлексивно-деятельностная технология позволяет повысить уровень общей подготовки и стимулировать развитие таких индивидуально-психологических качеств личности, как интенция, рефлексия и самоконтроль.

Литература

1. Беспалько, В.П. Слагаемые педагогической технологии / В.П. Беспалько.- М.: Педагогика, 1989.- 190с.
2. Железняк, Ю.Д. Подготовка специалиста по физической культуре и спорту в системе педагогического образования / Ю.Д. Железняк // Теория и практика физической культуры.- 2002.- № 5.- С. 47-53.
3. Кларин, М.В. Инновации в обучении: метафоры и модели: анализ зарубежного опыта / М.В. Кларин.- М.: Наука, 1997.- 223с.
4. Селевко, Г.К. Педагогические технологии / Г.К. Селевко // Школьные технологии.- 1998.- № 2.- 156с.
5. Сластенин, В.А. Введение в педагогическую аксиологию: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.А. Сластенин, Г.И. Чижикова.- М.: Издательский центр «Академия», 2003.- 192с.

УДК 378.146/.147:159.9

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МОТИВАЦИИ
ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ**

Пузик А.А., Ковтун И.В., Омельченко Е.М.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра иностранных языков*

Аннотация. В работе представлены некоторые положения современной педагогики и психологии, на которые полагаются авторы для теоретического обоснования в разработке методических приёмов в рамках личностно-ориентированного обучения. Создание таких условий включает все аспекты учебной деятельности: организационный, методический, психологический. На основании некоторых психологических учений, в частности, учении о планомерно-поэтапном формировании умственной деятельности, авторы формулируют основную задачу личностно-ориентированного обучения.

Ключевые слова: личностно-ориентированное обучение, психологические процессы, когнитивная деятельность.

PSYCHOEDUCATIONAL MOTIVATION IN PERSONALITY-ORIENTED EDUCATION PROCESS

Puzik A.A., Kovtun I.V., Omelchenko E.M.

*M. Gorky National Medical University, Donetsk
Foreign Languages Department*

Annotation. The given article deals with some points of modern pedagogy and psychology that are used by the authors as a theoretical basis of methods in personality-oriented education process. The conditions created include all aspects of learning activity such as organization, methodology, psychology. On the basis of some psychological doctrines, the doctrine of regular and systemic organization of mental activity, in particular, the authors formulate the main aim of personality-oriented education.

Keywords: personality-oriented education, psychological process, cognitive activity.

Актуальность. Проблема личностно-ориентированного подхода к обучению рассматривается в рамках инноваций технологий современной педагогики. По словам одного из выдающихся российский педагогов П.Я. Гальперина преподаватель должен «...не перекладывать свои обязанности на того, кто обучается, а самостоятельно выяснять ту систему условий, по наличию которых учащийся не может не выполнить задание. Причём выполнить задание в таком качестве, которое мы ему задали» [1, с. 94]. Теоретические основы индивидуализации и дифференциации обучения, суть этих понятий и основные формы их практического внедрения рассматриваются в работах ведущих педагогов и психологов. Ценным представляется предложенное А.А. Кирсановым положение о том, что личностно-ориентированное образование может осуществляться эффективно только на основе дифференциации обучающихся в зависимости от их уровня подготовки, интересов и личных склонностей.

Несмотря на то, что в последнее время разработка личностно-ориентированных технологий обучения нашла весьма широкое применение в педагогической литературе, по мнению авторов, иногда недостаточно чётко проводится граница между такими понятиями как дифференциация обучения и индивидуализация. Не весьма теоретично и обоснованно ведётся речь о разных моделях личностно-ориентированного обучения, недостаточно разработаны методические рекомендации воплощения теоретических положений в практику преподавания профессиональных дисциплин, в том числе иностранных языков, как необходимой составляющей профессионального общения [2, с. 117].

Обсуждение. Наши знания о психологических процессах основываются на наблюдении за внешними проявлениями этих процессов, поэтому основными методами исследования является наблюдение, психологические измерение и эксперимент. Как известно, большое значение в обучении принадлежит работе с текстом и зависит от типов мышления студентов: аналитического, синтетического или смешанного [4, с. 48]. Главная задача преподавателя в данном случае заключается в том, чтобы путём дифференциации заданий устранить трудности восприятия информации и создать наиболее равные условия для учеников обеих групп. Считаем целесообразным для «аналитиков» помочь обратить внимание на наиболее значимые детали при помощи вспомогательных вопросов, различного рода подсказок и заданий типа «найти», «объяснить почему», и т.д. Для «синтетиков», наоборот, важно помочь разделить главное при помощи опорных слов или фактов, дат, названий, использование структуры текста и абзаца, при помощи составления плана к тексту, наводящих вопросов, касающихся установления логической связи между фрагментами текста. Таким образом, не только устраняются трудности с восприятием информации, но и ученики с разными типами мышления ставятся в относительно равные условия для полноценного восприятия учебного текста. Абсолютно понятно, что невозможно учитывать индивидуальные психологические и когнитивные способности каждого и обеспечить ему работу в индивидуальном модуле. Поэтому задания для работы с новой информацией должны предлагаться по принципу избыточности, чтобы обеспечить выбор для наибольшего проявления индивидуальных способностей и склонностей. Важным фактором восприятия информации, на наш взгляд, являются так же репрезентативные способности. «Визуалы» легче справляются с творческими и письменными заданиями, что следует учитывать во время разработки заданий для самостоятельной работы. «Аудиалы» легче воспринимают задания в письменном виде, информацию в виде устных сообщений, лекций и т.д. Для «кинестетиков» желательно предлагать информацию, которая включает в себя как можно больше рецепторов (звук, яркая зрительная опора, определённое эмоциональное настроение) [3, с. 239].

Актуальной, но недостаточно разработанной проблемой остаётся проблема личностно-ориентированного подхода к развитию коммуникативных навыков. В первую очередь, необходимо выяснить какие когнитивные и психологические факторы влияют на формирования групп и пар для работы в диалоге, проведение бесед и ролевых игр. Следует выявить какие виды коммуникативных заданий, а также форм работ, смогут создать наиболее комфортные условия развития коммуникативных способностей учащихся. В перспективе дальнейшего исследования проблемы личностно-ориентированного подхода к преподаванию профессиональных предметов и иностранных языков ставится задача разработать целостную систему учёта индивидуальных особенностей восприятия информации в процессе обучения.

Выводы. Разработка методических приемов в рамках личностно-ориентированного обучения включает все аспекты учебной деятельности. Только на поэтапном формировании возможно создать качественный личностно-ориентированный процесс обучения для подготовки квалифицированных специалистов.

Литература

1. Гальперин П.Я. Психология.- М., 2000.- 112с.
2. Голубева Э.И. Способности и индивидуальность.- М.: Прометей, 1993.- 512с.
3. Корнилова Т.Н. Методологические основы психологии.- СПб: Питер, 2006.- 320с.
4. Турищева Л.В. Психолого-педагогические аспекты урока.- Харьков, 2007.- 120с.

УДК 378.147: 616.89

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПСИХИАТРИЯ» В УСЛОВИЯХ ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНБАССЕ

Титиевский С.В., Бабюк И.А., Побережная Н.В., Черепков В.Н., Фирсова Г.М.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра психиатрии, психотерапии, медпсихологии и наркологии ФИПО*

Аннотация. Данная статья посвящена обоснованию дистанционного обучения врачей-интернов специальности «психиатрия» в период ведения боевых действий в Донбассе. Данное обучение рассматривается как дополнение традиционных способов обучения и основывается на создании электронных учебников и методических рекомендаций, дидактических принципах, специфических требованиях к навыкам обучения, поведению обучаемых и преподавателя, соответствуя всем выделенным нами основным характеристикам подготовки врачей-интернов специальности «психиатрия».

Ключевые слова: интернатура по психиатрии, дистанционное образование, боевые действия в Донбассе.

CHARACTERISTICS OF DISTANCE EDUCATION OF MEDICAL INTERNS OF SPECIALTY "PSYCHIATRY" IN CONDITIONS OF COMBAT OPERATIONS IN THE DONBASS

Titievsky S.V., Babyuk I.A., Poberezhnaya N.V., Cherepkov V.N., Firsova G.M.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Psychiatry, Psychotherapy, Medical Psychology and Narcology FIPE*

Summary. This article is devoted to the justification of distance education of medical interns of specialty "psychiatry" during combat operations in the Donbass. This education is regarded as a complement to traditional ways of learning and is based on the creation of electronic textbooks and guidelines, didactic principles, specific requirements for training skills, behavior of students and teachers, conforming to all selected by us the main characteristics of the training of doctors-interns of specialty "psychiatry".

Keywords: internship in psychiatry, distance education, fighting in the Donbass.

Актуальность. Под дистанционным образованием (ДО) понимается комплекс образовательных услуг, предоставляемых широким слоям населения с помощью специализированной информационно-образовательной среды, базирующейся на средствах обмена учебной информацией на расстоянии (спутниковое телевидение, радио, компьютерная связь и т.п.) [2]. Современные компьютерные программы позволяют обеспечить передачу знаний и доступ к разнообразной учебной информации, а новые технологии, такие как интерактивные электронные учебные пособия, мультимедийный контент, сеть Интернет, способствуют более активному привлечению учащихся к процессу обучения. Интерактивные возможности систем доставки информации позволяют наладить и даже стимулировать обратную связь, обеспечить диалог и постоянную поддержку, которые невозможны в большинстве традиционных систем обучения [1].

Системы ДО подразделяются на глобальные, региональные и локальные [2]. Локальные системы ДО могут действовать на уровне отдельной профессиональной области знаний или в рамках одного города или университета, что делает их важной формой обучения в условиях ведения боевых действий в Донбассе, сопряженных с периодическими трудностями очной формы обучения. Дистанционное обучение при подготовке врачей-интернов, являясь инновационной организацией учебного процесса, реализуется в специфической педагогической системе, базирующейся на принципе самостоятельного обучения врача и интерактивного взаимодействия преподавателя и интерна.

Результативность дистанционного обучения на последипломном этапе образования врачей в решающей степени зависит от эффективного взаимодействия преподавателя и врача, налаженной активной обратной связи, качества предварительного проектирования процесса дистанционного образования и способов управления им, разработанных дидактических материалов [3]. Нами проведена работа по обоснованию дистанционного обучения врачей-интернов специальности «психиатрия» в период ведения боевых действий в Донбассе.

Материалы и методы. Обоснование принципов разработки дистанционного обучения врачей-интернов специальности «психиатрия».

Результаты и их обсуждение. При проведении ДО информационные технологии как совокупность методов, форм и средств взаимодействия с человеком в процессе самостоятельного, но контролируемого освоения им определенного массива знаний [2] призваны обеспечивать доставку обучаемым основного объема изучаемого материала, интерактивное взаимодействие врачей-интернов и преподавателей в процессе обучения, предоставление обучаемым возможности самостоятельной работы по усвоению изучаемого материала, а также оценку знаний и навыков, полученных ими в процессе обучения.

Применение ДО предполагает два варианта его использования [2]:

1. Полная замена традиционных способов обучения, когда весь процесс обучения происходит дистанционно, отсутствуют очные встречи преподавателя и обучаемого, быть может, кроме встречи на последнем выпускном экзамене или защите выпускной работы.

2. Дополнение традиционных способов обучения. Данный вариант предполагает совмещенное использование принципов ДО с общепринятыми элементами очного образования. Считается наиболее эффективным направлением использования ДО в высшем образовании.

В условиях ведения боевых действий в Донбассе затруднена очная форма обучения, однако полностью исключить её при подготовке врача-психиатра не представляется возможным, даже при использовании всех преимуществ интерактивного потенциала ДО. Поэтому наиболее приемлемым мы считаем второй вариант ДО, предполагающий работу в клинике (к тому же, как указано выше, наиболее эффективный). В данной связи основной нам представляется работа по созданию электронных учебников. Индивидуальная работа с ними даёт возможность глубокого усвоения и понимания материала. Данные технологии позволяют при соответствующей доработке приспособить существующие курсы к индивидуальному пользованию, предоставляют возможности для самообучения и самопроверки полученных знаний. В отличие от книг, эта технология позволяет подавать материал в динамичной графической форме. Такие учебники должны основываться на базовых учебниках, издаваемых большими тиражами, которые не обязательно могут быть ориентированы на ДО, но должны содержать основную информацию, обеспечивать основные знания. Комплекс материалов для ДО также включает электронные методические указания с тестовым контролем.

В дополнение к базовым универсальным учебникам обучаемые в процессе ДО адресуются к печатным изданиям, содержащим информацию по изучаемым темам. Необходимы также и печатные методические материалы к каждому учебному курсу.

При подготовке интернов-психиатров в условиях ведения боевых действий в Донбассе используются следующие основные свойства ДО:

1. Гибкость. Обучаемые, в основном, не посещают регулярных занятий в виде лекций и семинаров, а работают в удобное для себя время в удобном месте и в удобном темпе.

2. Модульность. В основу программ ДО положен модульный принцип. Каждый отдельный курс программ создает целостное представление об определенной предметной

области. Это позволяет из набора независимых курсов-модулей формировать учебную программу, отвечающую необходимым требованиям.

3. Экономическая эффективность. Средняя оценка мировых образовательных систем показывает, что ДО обходится на 50% дешевле традиционных форм образования. Опыт отечественных негосударственных центров ДО показывает, что их затраты на подготовку специалиста составляют примерно 60% от затрат на подготовку специалистов по дневной форме. Относительно низкая себестоимость обучения обеспечивается за счет использования более концентрированного представления и унификации содержания, ориентированности технологий ДО на большое количество обучающихся, а также за счет более эффективного использования существующих учебных площадей, технических средств, например, в выходные дни [2].

В системе ДО изменилась роль преподавателя. На него возлагаются такие функции, как координирование познавательного процесса, корректировка преподаваемого курса, консультирование при составлении учебного плана, руководство учебным процессом. Взаимодействие обучаемых и преподавателя ДО, как правило, асинхронно, т.е., предполагает обмен сообщениями путем их взаимной посылки по адресам корреспондентов. Это позволяет анализировать поступающую информацию и отвечать на нее в удобное для корреспондентов время. Методами асинхронного взаимодействия являются электронная голосовая почта или электронные компьютерные сети.

На основании имеющегося у нас опыта можно выделить следующую основную группу принципов ДО интернов-психиатров, обозначив их как «дидактические»:

1. Соответствие дидактического процесса закономерностям учения.
2. Ведущая роль теоретических знаний.
3. Единство образовательной, воспитательной и развивающей функций обучения.
4. Стимуляция и мотивация положительного отношения к учебе.
5. Сочетание коллективных и индивидуальных форм учебной работы.
6. Сочетание абстрактности мышления с наглядностью в обучении.
7. Сознательность, активность и самостоятельность обучающихся при руководящей роли преподавателя.
8. Системность и последовательность в обучении.
9. Связь теории с практикой.
10. Доступность.
11. Прочность овладения содержанием обучения.
12. Эффективность обучения.

Из дополнительных принципов применительно к ДО наиболее значимыми представляются следующие:

1. Гуманистический принцип. Предполагает направленность обучения и образовательного процесса к личности, создание максимально благоприятных условий для овладения знаниями, соответствующими избранной профессии, для развития и проявления творческой индивидуальности, высоких гражданских, нравственных, интеллектуальных и физических качеств обучаемых.

2. Принцип целесообразности применения новых информационных технологий. Предполагает, что новые информационные технологии воздействуют на все компоненты системы обучения: цели, содержание, методы и организационные формы обучения, средства обучения, что позволяет решать сложные и актуальные задачи педагогики, а именно: развитие интеллектуального, творческого потенциала, аналитического мышления и самостоятельности человека.

3. Принцип опережающего образования. Заключается в необходимости не только передачи новому поколению уже накопленного научного и культурного наследия

прошлых поколений, но и формирования его сознания и мировоззрения, которое помогло бы этому поколению адаптироваться в быстро изменяющемся мире.

ДО предполагает использование ряда обучающих стратегий: ориентации; отбора; повторения; проработки; организации; метапознавательные [2].

Дидактическая специфика дистанционного обучения интернов-психиатров в значительной степени направлена на особые познавательные стратегии и стратегии обучения, мобилизующие познавательные ресурсы (например, долговременную память и внимание) для достижения цели обучения.

Характеристики познавательных стратегий в ДО врачей-интернов таковы: целенаправленны; сформированы; предполагают усилие; привязаны к ситуации.

Стратегия обучения в ДО врачей-интернов понимается нами как совокупность действий изучающего психиатрию для сбора, осмысления и возврата полученной информации таким образом, что она превращается в значимое профессиональное знание.

Среди требований к процессу ДО можно выделить требования к навыкам обучения, поведению обучаемых и преподавателя. Нами выделены три группы навыков обучения интернов-психиатров:

1. Операционные навыки, т.е., умение работать с программным обеспечением, принимать решения, отфильтровывать нужную информацию, вырабатывать идеи, взаимодействовать с товарищами по группе.

2. Навыки обработки информации – умение при создании сообщения сфокусировать внимание на главном, справляться с параллельной структурой дискуссии (одновременное обсуждение нескольких тем).

3. Навыки управления нагрузкой – умение создать персональную методику для просмотра всех сообщений и быстро обрабатывать информацию для того, чтобы не отставать от потока входящих сообщений.

Нами также выделены следующие основные требования к поведению обучаемых в интернатуре по психиатрии:

1. Активное участие.
2. Ответственность.
3. Поддержка остальных участников.
4. Краткость и точность при создании сообщений.

Требования к преподавателю ДО интернов-психиатров, с нашей точки, зрения таковы:

1. Управление дискуссией путем выработки ее структуры, направление дискуссии в нужное русло и, в то же время, обеспечения определенной ее свободы, снижения отрицательного воздействия нетактичных и не относящихся к делу замечаний участников.

2. Содействие дискуссии в тех случаях, когда требуется быстрая техническая помощь, чтобы обобщить результаты дискуссии, представить, поприветствовать или поощрить интернов-психиатров.

Вывод. Таким образом, ДО обладает всеми основными характеристиками подготовки врачей-интернов специальности «психиатрия», в качестве которых мы выделяем:

1. Необходимость овладения большим количеством профессиональных навыков, связанных с различными направлениями деятельности врача-психиатра.

2. Необходимость разносторонней теоретической подготовки специалиста, обеспечивающей в последующем его профессиональный рост и адаптацию к условиям работы психиатром.

3. Наличие жесткой взаимосвязи между учебными дисциплинами и профессиональными навыками (невозможность высококачественной подготовки без достижения заданного уровня по предыдущим дисциплинам).

4. Возможность четко сформулировать профессиональные требования к специалисту как на этапах подготовки, так и в конечном итоге.

Литература

1. Ващенко В.Ю., Скляр В.А., Козьяков К.О. Дистанционная форма обучения. История. Проблемы. Перспективы развития [Электронный ресурс].- Режим доступа: URL: <http://www.uran.donetsk.ua/~masters/2011/etf/sinegub/library/tez9.htm> (дата обращения: 06.06.16).
2. Педагогическое проектирование и педагогические технологии / М.В. Буланова-Топоркова, А.В. Духовнева, Л.Д. Столяренко и др. // Педагогика и психология высшей школы: Учебное пособие. 2-е изд, доп. и перераб. / под. ред. М.В. Булановой-Топорковой.- Ростов н/Д: Феникс, 2002.- Ч.1, Гл.6. [Электронный ресурс].- Режим доступа: URL: <http://www.uran.donetsk.ua/~masters/2011/etf/sinegub/library/tez9.htm> (дата обращения: 06.06.16).
4. Пимонов Р.В. Технологический подход к организации дистанционного обучения в условиях повышения квалификации военных специалистов в вузе: Автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.08 / Пимонов Роман Владимирович.- Курск: Кур. гос. ун-т, 2007.- 25с.

УДК 811.03:80:378.147

АННОТИРОВАНИЕ И РЕФЕРИРОВАНИЕ КАК СПОСОБ КОНТРОЛЯ ПРОЧИТАННОГО ИНОЯЗЫЧНОГО ТЕКСТА В НЕЯЗЫКОВОМ ВУЗЕ

Червоненко В.Д., Мариненко Л.А.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра иностранных языков*

Аннотация. Понимание текста при чтении органически сливается с его семантической компрессией и выделением смысловых опорных пунктов. В то же время формулирование и фиксация главного содержания прочитанного текста составляет суть аннотирования и реферирования. Следовательно, аннотирование и реферирование обладают огромным обучающим и контролирующим потенциалом.

Ключевые слова: аннотация, реферат, обобщение, клише, первоисточник, компрессия, вторичная литература.

ANNOTATION AND ABSTRACTING AS METHODS OF READ FOREIGN TEXT CONTROL IN NON-LINGUISTIC UNIVERSITY

Chervonenko V. D., Marinenko L.A.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Foreign Languages Department*

Annotation. The understanding of the text when reading merges organically with its compression and selection of semantic reference points. At the time the formulation and fixing of the main idea of the text is the essence of annotation and referencing. Therefore, annotating and abstracting have a huge teaching and controlling potential.

Keywords: annotation, abstract, generalization, cliché, original source, compression, secondary literature.

Актуальность. Аннотирование можно широко использовать в практике обучения в ВУЗе как один из способов контроля прочитанного иноязычного текста. Владение навыками и умениями аннотирования и реферирования иностранной литературы по специальности является насущной необходимостью современного специалиста, что предусмотрено программами по иностранному языку для средней и высшей школы.

Обсуждение. Аннотацией следует считать кратчайшее сообщение о главном смысле первичного документа, представление о его теме, предмете изложения и составленное в результате компрессии текста оригинала. Аннотация не может заметить первичного документа, так как не дает сколько-нибудь целостного представления о его содержании, именно поэтому аннотация является вторичной литературой по отношению к первоисточнику [1, с. 76].

Назначение аннотации состоит в том, чтобы дать возможность специалисту составить мнение о целесообразности более детального ознакомления с данным материалом.

Средний размер аннотации 30-40 слов, т.е. 3-4 предложения. Аннотация, суммирующая тематическое отражение текста, так называемая индикативная аннотация, может состоять из 1-2 предложений. Широко распространенным типом такой аннотации является библиотечная картотека, в которой тематика целой книги может быть сформулирована с помощью одного предложения.

Высокая степень обобщения подразумевает минимальное использование оригинала, которое фактически сводится к ключевым тематическим словам. Содержание текста излагается своими словами и обеспечивает высокую степень обобщения смысла первоисточника [3, с. 56]. Эта особенность полностью соответствует тенденции использования в аннотации клише. Клишированные выражения, с одной стороны, являются результатом высокой степени абстракции, с другой – они часто приобретают оценочный характер: «речь идет о...», «обсуждается важная проблема...».

Манера подачи материала в аннотации принципиально отличается от реферата или пересказа: аннотация пишется как бы «извне» специалистом, суммирующим своими словами работу другого автора.

Учебную аннотацию рекомендуется составлять на 2-4 предложения, соответствующих приводимому нами общему плану:

1. Общая тема текста.
2. Ключевые моменты, освещаемые в аннотируемом документе.
3. Главный вывод, заключение, к которому приходит автор.

Следует библиографически правильно оформить аннотацию, т.е. правильно написать в оригинальной орфографии название публикации, фамилии авторов, выходные данные.

Для осмысления композиционно-смысловой структуры первоисточника необходимо: извлечь информацию из заголовка вводной части публикации и раздела «Выводы», из подписей к рисункам и схемам; уметь использовать штаммы, характерные для составления аннотации, а именно безличные и неопределенно-личные конструкции типа «речь идет о...», «из этого вытекает...», «в начале текста говорится, что...», «прежде всего следует указать...», особенно подчеркивается, что...», и з сказанного следует...» и т.д. Предлагаемая методика обучения аннотированию текста направлена на формирование следующих умений: находить опорные слова в исходном тексте или его реферате; использовать основные типы сжатия текста операции сообщения; использовать принципы дескриптивной конденсации; последовательно абстрагировать главный смысл; оформлять свое сообщение с помощью клише, формулировать суммирующие предложения и редактировать аннотации.

Реферат – сжатое изложение основной информации первичного документа, сохраняющее схематическую целостность первоисточника и предназначенное для его замены в целях экономии времени на чтение. Материал реферата излагается не критически, т.е. с позиций автора исходного текста, и поэтому не обнаруживает моментов интерпретации или оценки [2, с. 30].

Практика работы применительно к задачам ВУЗа приводит к следующей последовательности операций при реферировании:

- а) выписать заголовок реферируемой работы с указанием фамилии и инициалов ее автора (авторов) и выходных данных книги (журнала);
- б) пронумеровать абзацы текста (арабскими цифрами);
- в) просмотреть текст и ответить на вопрос: о чем он? Так определяется основная тема текста;
- г) внимательно прочитать текст. Проанализировать смысловые связи внутри каждого абзаца, между отдельными абзацами и связками абзацев;

д) выбрать в каждом абзаце ключевые фрагменты и вписать лексические тематические цепочки в той же последовательности, в которой они встречаются в оригинале, помечая соответствующие номера абзацев;

е) выделить подтемы текста и развивающие их темы низших рангов, хотя бы мысленно построить схему иерархической структуры текста;

ж) сформулировать пункты логического плана текста в соответствии с субъектами I-II рангов;

з) рассмотреть перечень ключевых фрагментов, перегруппировать материал и распределить эти фрагменты в качестве тезисов по пунктам соответственного логического плана;

и) на материале логического плана и развивающих его тезисов по пунктам (ключевых фрагментов) составить текст реферата. Использовать весь арсенал средств, необходимых для сокращения и трансформации текста: обобщение, умозаключения, абстрагирования, перефразирования. Ввести переходные элементы, союзы и связочные средства, которые потребуют логики изложения в новом тексте;

к) прочитать составленный текст рефератов и отредактировать его, исправить погрешности в логике изложения в языке.

Существенный этап в работе по реферированию – составление плана. Он создает определенную систему ориентиров для развертывания смыслового содержания и является одной из форм упреждения текста.

Следующая фаза – развертывания плана в тезисы (абзацные презакаты). Эти презакаты распределяются по степени их смысловой значимости в соответствии с иерархическим строением текста. Часть детализирующих презакатов опускается, реферат строится, как правило, на предикататах I-II рангов.

План строится из обобщенных формулировок субъектов II ранга, т.е. ключевых фрагментов, суммирующих содержание подтем текста. Каждый пункт плана развертывается в ряде тезисов, строящихся на базе смысловых кусков низших рангов с использованием ключевых фрагментов на уровне абзаца.

Следует особенно подчеркнуть тот факт, что процесс реферирования начинается с осмысления оригинала и выделения опорных пунктов, т.е. ключевых фрагментов. При последовательном изложении тем получаем линейно-расположенные цепочки ключевых фрагментов.

Однако чаще всего имеет место нелинейное их расположение, отражающее мозаично-звеньевую структуру текста. В этом случае процесс смысловой организации ключевого материала неизменно сопровождается его перегруппировкой. Подобная перегруппировка легко прослеживается на приведенном нами выше примере логического плана при сопоставлении цифр (в скобках), обозначающих номера абзацев, из которых были заимствованы ключевые фрагменты тезисов плана.

Следующая фаза – составление текста реферата. Каждое его предложение строится на материале ключевых фрагментов-тезисов плана.

При этом следует привлекать внимание студентов к тому факту, что любое высказывание бинарно, и в каждом отдельном случае надлежит решить, используется ли данный фрагмент в качестве тематической или в качестве рематической части нового предложения [4, с. 121].

Поскольку новый текст имеет собственную логику, появляется необходимость в специальных связочных средствах и переходных элементах, помогающих связать отдельные высказывания в единое целое.

Заключительная фаза работы над рефератом – контроль и редактирование. Оно заключается в стилистической шлифовке составленного текста и применении его в соответствии с определенным стандартом.

Выводы. Понимание текста при чтении органически сливается с его семантической компрессией и выделением смысловых опорных пунктов. В то же время формулирование и фиксация главного содержания прочитанного текста составляет суть аннотирования и реферирования. Следовательно, аннотирование и реферирование обладают огромным обучающим и контролирующим потенциалом.

Литература

1. Реферирование в общественных науках: теория и методика: сб. ст. / редкол.: В.А. Виноградов и др.; АН СССР, Ин-т науч. информации по общественным наукам.- М.: Наука, 1982.- 160с.
2. Вейзе А.А. Смысловая компрессия текста при обучении иностранным языкам // Методика и лингвистика. Иностранный язык для научных работников.- М.: Наука, 1981.- С. 25-47.
3. Синев Р.Г. Аннотирование и реферирование в языковой подготовке научных кадров / Функциональные стили и преподавание иностранных языков.- М.: Наука, 1982.
4. Васильева В.П., Закчейм Е.И. Обучение реферированию научной литературы.- М., 1986.

УДК:616.08-039.34:159.9:378.147

МОТИВАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ КАК КЛЮЧ К УСПЕШНОМУ ОСВОЕНИЮ ПРЕДМЕТОВ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Швиренко И.Р., Поважная Е.С., Зубенко И.В., Пеклун И.В., Терещенко И.В.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра Медицинской Реабилитации, ЛФК и Нетрадиционной Медицины*

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы повышения эффективности обучения студентов на кафедре медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины путем активного использования внутренней и внешней мотивации, обуславливающей высокую активность и познавательную деятельность студентов.

Ключевые слова: обучение, мотивация студентов.

MOTIVATION OF STUDENT TRAINING AS THE KEY TO THE SUCCESSFUL MASTERING OF THE SUBJECTS AT THE DEPARTMENT OF MEDICAL REHABILITATION

Shvirenko I.R., Povazhnaya E.S., Zubenko I.V., Peklun I.V., Tereshchenko I.V.

*M. Gorky National Medical University, Donetsk
Department of Medical Rehabilitation, Exercise Therapy and Alternative Medicine*

Summary. The article is devoted to the effectiveness increasing of student training at the medical rehabilitation, physical therapy and alternative medicine department through the active use of internal and external motivation causing high activity and cognitive activity of students.

Keywords: training, motivation of students.

Актуальность. Без процесса побуждения самого себя или других к деятельности, направленной на освоение того или иного предмета, невозможно ни одно действие человека. При изучении предметов студентами важно понимать, для чего он обучается, в какой будущей деятельности необходимо будет использовать полученные знания-умения, как облегчить и сделать процесс обучения более легким и эффективным. С первых курсов обучения студентам необходимо знать и понимать, что их побуждает в процессе освоения новых знаний-умений, зачем они хотят получить крепкие знания. Это поможет студенту без постоянного внешнего контроля научиться побуждать себя к овладению знаниями для достижения цели [1, с. 18; 3, с. 43].

Обсуждение. Важным представляется в данной ситуации изучение внешней и внутренней мотивации. Внутренняя мотивация при изучении предмета медицинской реабилитации является первичной. Мотивы к обучению предметом должны

самостоятельно возникать в сознании студента. Это тесно связано с первичными (присущи человеку от рождения) и в большей степени с вторичными, чаще всего психологическими, потребностями человека. Важно испытывать уважение со стороны преподавателя и товарищей, причастность к студенчеству.

Более существенное значение в изучении медицинских дисциплин имеет так называемая внешняя мотивация, побуждающая студента выполнять определенные действия путем влияния из вне. И здесь важную роль начинают играть преподаватели кафедр, которые осуществляют комплекс соответствующих мероприятий для получения студентами необходимого уровня знаний-умений. В первую очередь формирование определенных мотиваций начинается с правильного изложения актуальности изучения того или иного предмета [2, с. 56]. Так, например, актуальность преподавания предмета «Спортивная медицина» студентам медицинских факультетов объясняется ростом числа людей, занимающихся разнообразными видами спорта. Независимо от вида спорта, возраста, от уровня спортивной подготовки каждый спортсмен может получить травму, заболеть и обратиться за помощью к врачу любой специальности. Для того чтобы оказать необходимую помощь в достаточном объеме важно знать особенности течения любых патологических процессов у спортсменов на фоне длительных и интенсивных тренировок. Повышенное внимание к «спортивной медицине» в настоящее время, связано, прежде всего, с усилением роли профилактической медицины в целом. Необходимо совершенствовать существующие правовые, экономические, социальные основы спортивной медицины. Создание цельной инфраструктуры профилактических медицинских организаций, системы подготовки соответствующих специалистов позволит поднять значимость профилактического звена спортивной медицины в общей системе охраны здоровья.

В связи с такой спецификой подготовки специалистов во многих случаях функции спортивного врача выполняют врачи различного профиля на основном месте их работы или приглашенные в качестве консультантов по мере обращения к ним спортсменов. Те же спортивные врачи, которые входят в штат спортивной организации или команды осуществляет текущий контроль состояния здоровья спортсменов и оказание медицинской помощи, в соответствии с квалификационным уровнем «врач общей практики». В случае возникновения медицинской ситуации, выходящее за рамки компетенции спортивного врача, при согласии спортсмена (его родственников, лечащего врача) проводится консультирование и лечение у соответствующих специалистов. Последующее восстановление здоровья, тоже, как правило, проводится в условиях специализированного реабилитационного центра или отделения, в соответствии с его специализацией.

Мотивация студентов также осуществляется путем влияния разных приемов и способов влияния на них. Важная роль отводится стимулам и разным видам поощрения. Необходимо использовать материальное (стипендия), моральное (грамоты, участие в конкурсах) и другое поощрение. С этой целью на кафедре проводится олимпиада по всем предметам. Конкурс проводится в два этапа: 1 – в каждой группе по окончании цикла проводится конкурс презентаций по темам, предложенным кафедрой. Оценивание рефератов-презентаций осуществляет преподаватель, закрепленный за данной группой. Студент, имеющий лучшую презентацию в данной группе считается победителем 1 тура в данной группе, имеет дополнительные 0,5 балла и выходит во 2 тур, который будет проводиться в конце учебного года. Конкурс рефератов-презентаций 2 тура оценивает жюри из организаторов олимпиады. Лучшим вручаются дипломы.

В процессе мотивации большое значение имеет понятие вознаграждения, которое имеет более широкий смысл, чем материальное поощрение или моральное удовлетворение студента. Здесь важно выбрать то, что имеет ценность у конкретного

студента. Это может быть ощущение самосовершенствования, самоуважения человека. Внешние виды вознаграждений также используются на кафедре. Например, высокие баллы на итоговом контроле и в конечном итоге при оценивании всего цикла обучения. Моральные вознаграждения предлагаются студентам за добросовестное и качественное выполнение обучающих заданий и достижение желаемых результатов. Это наблюдается тогда, когда студент высоко мотивирован и прилагает максимальные усилия, направленные на достижение высокого результата.

Важно выставлять высокие оценки в процессе текущего или итогового контроля студентам только за крепкие знания, умения, практические навыки. В то же время у студентов важно сформировать мнение о том, что их должна интересовать не сама по себе оценка их знаний и оценка знаний своих товарищей по группе, а качественный уровень собственных знаний-умений.

Одним из мотивирующих факторов на кафедре так же является широкое внедрение студентов в практическую деятельность при работе в функционирующем отделении либо физиотерапевтическом, либо отделении восстановительного лечения, зале ЛФК, физкультурном зале и т.д.

Выводы. Таким образом, формирование основных качеств высококвалифицированного специалиста возможно при условиях достаточной и грамотно построенной мотивации, обуславливающей высокую активность и познавательную деятельность студентов.

Литература

1. Афонин А. Основы мотивации труда.- К.: МАЗУУП, 1994.- 299с.
2. Медицинская реабилитация в спорте: Рук-во для врачей и студентов.- Донецк: Каштан, 2011.- 620с.
3. Сладкевич В.П. Мотивационный менеджмент: Курс лекций.- К.: МАУП, 2001.- 168с.

УДК 796.012/.015.5

ВЛИЯНИЕ РАЗВИТИЯ ГИБКОСТИ НА ПОВЫШЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКОГО МАСТЕРСТВА В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СПОРТА

Шиншина С.И., Добровольская Н.А., Фёдорова Г.В.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра физического воспитания*

Аннотация. В статье представлено обоснование методики использования стретчинга в процессе физического воспитания студентов. Невысокая интенсивность и сложность выполнения упражнений стретчинга дает возможность рекомендовать его для широкого использования на занятиях по физическому воспитанию и для самостоятельных занятий физическими упражнениями студентов ВУЗа.

Ключевые слова: стретчинг, студенты, гибкость, техническое мастерство.

INFLUENCE OF DEVELOPMENT OF FLEXIBILITY ON INCREASE OF TECHNICAL SKILL IN STUDENT'S SPORT

Shinshina S.I., Dobrovolskaya N.A., Fedorova G.V.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Physical Education*

Summary. In article expediency of use of methodology stretching during physical education of the students. Some intensification and difficulty of doing stretching exercises make it possible to recommend for self-training of the students.

Keywords: stretching, students, flexibility, technical skill.

Актуальность. Развитие основных двигательных качеств, является актуальной проблемой физического воспитания в высших учебных заведениях. Для изучения

физической подготовленности студентов и эффективности предлагаемых упражнений в процессе тренировок, большое значение имеет исследование качества гибкости [1, с.23].

В работе отражена взаимосвязь развития гибкости и повышения технического мастерства в различных видах спорта у студентов [4, с. 148].

Техническое совершенствование в спорте невозможно без развития у занимающегося качества гибкости, высокий уровень которой, помогает быстрее овладевать рациональной техникой движений, необходимой в достижении спортивного мастерства.

Различные виды спорта предъявляют специфические требования к гибкости, что обусловлено прежде всего, биомеханической структурой соревновательных движений [2, с. 25]. Но в каждом виде спорта есть ещё и свой, мышечный для него, тип гибкости. Например, пловцам – это подвижность плечевых и голеностопных суставов, а боксёру необходимо особенно отрабатывать подвижность суставов рук и эластичность голеностопных связок.

Гибкость характеризуется степенью подвижности звеньев опорно-двигательного аппарата и способностью выполнять движения с большой амплитудой [2, с. 65], тем самым во многом определяет эффективность спортивной деятельности. Зависит проявление гибкости от многих факторов, прежде всего от строения суставов, эластичности связок, сухожилий, мышц, силы мышц, формы суставов, а также от нервной регуляции тонуса мышц. На основании анализа тематической научной литературы известно, что гибкость зависит и от пола. Так подвижность в суставах у девушек выше, чем у юношей примерно на 25% [3, с. 49].

Мера измерения гибкости служит максимальная амплитуда движений в суставах, выраженная в сантиметрах или угловым градусом. Для повышения подвижности в суставах используют активные и пассивные движения. Пассивная гибкость связана с приложением внешних сил (отягощение), активная – обуславливается тягой мышц.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение взаимосвязи развития гибкости и повышение технического мастерства в различных видах спорта у студентов. К исследованию были привлечены студенты I-III курсов всех факультетов в количестве 118 человек (мужчин и женщин) основной медицинской группы, в возрасте 17-20 лет.

Результаты и обсуждение. На первом этапе исследования определялся исходный уровень развития гибкости у девушек, занимающихся такими видами как: спортивная аэробика, атлетическая гимнастика, баскетбол, плавание, бадминтон, у мужчин – лёгкая атлетика, баскетбол, футбол, плавание. Измерения уровня развития гибкости проводилось с применением определенного упражнения с измерительным приспособлением, позволяющим регистрировать величину максимальной амплитуды движений. В практике, наибольшее распространение получил тест «наклон вперед». Этот тест, к сожалению, позволяет определить только подвижность в одном суставе.

Результаты исследования показали, что уровень развития гибкости не одинаков у представителей различных видов спорта. Наиболее высоким уровнем развития гибкости позвоночного столба обладают девушки специализации спортивная аэробика, у мужчин – лёгкая атлетика. Уровень развития подвижности в плечевом суставе отмечается наиболее высоким у пловцов: как у мужчин, так и у женщин. Показатели подвижности в тазобедренном суставе лучшими были у женщин специализации спортивная аэробика, у мужчин – лёгкая атлетика.

Анализ полученных результатов показал, что это обусловлено характером спортивной деятельности и специфики участия того или иного сустава в основных двигательных актах каждого вида спорта.

Изучение объёма движений у девушек, занимающихся различными видами спорта, не выявило существенных различий. У мужчин, занимающихся легкой атлетикой,

плаванием отмечается полный объём движений; у футболистов наблюдается ограничение амплитуды движений в позвоночных и плечевых суставах, при полном объёме в тазобедренном и голеностопном суставах.

На основании полученных данных студентам была предложена программа, включающая наряду с обучением основным техническим приёмам, специальные упражнения, способствующие развитию подвижности суставов и увеличению эластичности мышечно-связанного аппарата. Упражнения выполнялись повторным методом с определенным количеством повторений.

Для плечевого сустава – 50-60 повторений, тазобедренных – 60-70 повторений, позвоночного столба – 80-90 повторений, голеностопного – 20-25 повторений. Эти упражнения чередовались с упражнениями в расслаблении, которые обеспечивают прирост подвижности за счет улучшения способности мышц к расслаблению, следовательно, к растягиванию.

Так же к использованию в тренировочном процессе была предложена система упражнений стретчинг (от англ. stretching – растягивание), способствующих улучшению эластичности мышц и подвижности суставов.

Упражнения стретчинга использовались в разминке после упражнений на разогревание, как средство подготовки мышц и связок к выполнению интенсивной тренировки.

Активный динамический стретчинг в начале тренировки для тех мышечных групп, на которые будет направлена нагрузка в основной части тренировки. Планирование тренировочной нагрузки направленной на развитие гибкости при проведении педагогического эксперимента предусматривало решение следующих задач:

Подготовка опорно-двигательного аппарата к нагрузке.

Стимулирование нервно – мышечной системы.

Профилактика травматизма.

Психологический настрой на тренировку.

Повышение качества движений и улучшение технического выполнения упражнений в основной части тренировки.

В конце тренировочного процесса на те группы мышц, которые получили нагрузку был предложен пассивный статический стретчинг. Целью введения этих упражнений в заключительную часть тренировки было:

1. Ускорить процесс восстановления мышечной системы.

2. Снять усталость и мышечное напряжение.

3. Улучшить подвижность в суставах.

Так же на основании систематизации опыта специалистов и анализа научно – методической литературы мы предложили методические рекомендации в использовании упражнений стретчинга для студентов, занимающихся различными спортивными специализациями.

Регулярность занятий. Не менее 2-х раз в неделю.

Время выполнения. От 20 до 60 секунд с интервалом отдыха от 15 до 30 секунд.

Количество подходов. Анализ научно – методической литературы показал, что изменение длины мышц происходит в первых 4-х подходах.

Внимание к ощущениям. Растяжка должна приносить удовольствие. Если возникает боль, мышечный тремор, вибрация – это говорит о повышенной нагрузке.

Правильное дыхание. Задерживать дыхание нельзя. Дышать необходимо медленно и глубоко. Все наклоны выполняются на выдохе, упражнения на раскрытие – на вдохе.

В результате занятий у студентов, уделявших больше внимание в тренировочном процессе развитию гибкости, успешнее протекало освоение технических приёмов в избранном виде спорта, улучшились скоростные и координационные способности.

Выводы. Анализ полученных результатов позволил оценить возможность студентов, занимающихся различными видами спорта, выполнять движения с большой амплитудой и рациональной техникой движений. А практический опыт показывает, использование упражнений стретчинга, повышает эффективность тренировочного процесса.

Литература

1. Вайцеховский С.Н. Книга тренера.- М.: Физкультура и спорт, 1991.- 288с.
2. Васильев Е.П. Исследование гибкости.- М.: Физкультура и спорт, 1966.- 121с.
3. Годик М.А., Брамидзе А.М., Киселева Т.Г. Стретчинг: подвижность, гибкость, эластичность.- М.: Совет. спорт, 1991.- 96с.
4. Холодов Т.К. Теория и методика изучения физического воспитания и спорта: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений.- М.: Издательский центр «Академия», 2008.- 480с.

УДК 796-051:613.735]-003.96-008.9

ПЛАНИРОВАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СПОРТА С УЧЁТОМ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ СПОРТСМЕНОВ

Ясько Г.В., Витовский В.С., Шиншина С.И.

*Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького
Кафедра физического воспитания*

Аннотация. В настоящее время остро встаёт проблема разработки новой методологии тренировочного процесса, позволяющей существенно расширить диапазон адаптационных возможностей организма спортсмена и повысить эффективность мышечной деятельности. Однако высокие тренировочные нагрузки, выполняемые с целью достижения максимальных спортивных результатов, могут отрицательно повлиять на метаболическую систему спортсмена, дисфункция системы рассматривается как один из критических факторов, лимитирующих работоспособность человека.

Ключевые слова: Метаболическая система, пиковый уровень, перекисное окисление липидов, система антиоксидантной защиты.

PLANNING AND ORGANIZATION OF THE TRAINING PROCESS IN DIFFERENT SPORTS TAKING INTO ACCOUNT THE ADAPTIVE CAPACITY OF THE METABOLIC SYSTEM OF ATHLETES

Yasko G.V., Vitovsky V.S., Shinshina S.I.

*M. Gorkiy National Medical University, Donetsk
Department of Physical Education*

Annotation. Currently, the acute problem of development of a new methodology of the training process, which allows to significantly extend the range of adaptation possibilities of organism of the athlete and increase the efficiency of muscle activity. However, the high training load performed in order to achieve maximum athletic performance, can negatively affect the metabolic system of the athlete, the dysfunction of the system is considered as one of the critical factors limiting human performance.

Keywords: metabolic system, peak level, lipid peroxidation, antioxidant protection.

Актуальность: Цель каждого спортсмена – это достижение наивысшего результата в избранном виде спорта на соревнованиях разной значимости, включая самые выдающиеся – Олимпийские Игры и Чемпионаты Мира. Для реализации этой цели (достижение наивысшего спортивного результата) необходимо поступательное повышение общей и специальной работоспособности и своевременное достижение спортсменом пика спортивной формы. Под спортивной формой понимается состояние спортсмена, характеризующее оптимальной (наилучшей) готовностью к достижению планируемого спортивного результата. В настоящее время [1, с. 115], как и многие

десятилетия тому назад [2, с. 16], центральное место в характеристике спортивной формы занимает проблема функциональных состояний (ФС) человека.

Понятие «ФС» первоначально возникло и получило развитие в физиологии и использовалось преимущественно для характеристики деятельности отдельных органов, физиологических систем или организма в целом [3, с. 98]. Основным содержанием физиологических исследований в области ФС был анализ мобилизационных возможностей и энергетических затрат работающего организма. Затем физиологи начали использовать слово «состояние» для характеристики определённым образом организованных относительно устойчивых на том или ином отрезке времени взаимоотношений элементов (или компонентов) систем любой степени сложности (от нейрона до организма) и динамического взаимодействия этих систем со средой [4, с. 25]. Однако необходимость изучения состояний работающего человека расширила рамки традиционного содержания этого понятия и сделала его предметом психологического и физиологического анализа [5]. В связи с этим задачи изучения взаимообусловленности ФС и эффективности выполнения деятельности с позиций физиологии спорта продиктованы нуждами самой практики. Они заключаются в определении наиболее адекватных способов диагностики и понимания механизмов их регуляции.

Цель и задачи. Изучить влияние тренировок пикового уровня различной частоты на адаптационные возможности метаболической систем спортсменов.

Для достижения цели были поставлены следующие отдельные задачи: исследовать в динамике тренировочного цикла количественные и функциональные характеристики процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и активности ферментативной системы антиоксидантной защиты (АОЗ).

Результаты и обсуждение. Установлено, что тренировки пикового уровня наиболее значительно влияют на активность ПОЛ и ферментативную систему АОЗ спортсменов. При этом степень указанного воздействия увеличивается по мере возрастания частоты данных тренировок в течение недели. Наибольшие нарушения показателей ПОЛ и ферментативной системы АОЗ имеют место у спортсменов, занимающихся 5 раз в неделю при физических нагрузках пикового уровня, тогда как наименьшие – при частоте аналогичных тренировок 1 раз в неделю. При тренировках пикового уровня, проводимых 1 раз в неделю, как до начала, так и после окончания цикла тренировок, изучаемые показатели ПОЛ и ферментативной системы АОЗ существенно, от аналогичных показателей здоровых нетренированных лиц, не отличались. То есть указанный режим тренировок не вызывал срыва адаптационных возможностей ферментативной системы АОЗ наблюдаемых спортсменов (таблица).

Увеличение частоты тренировок до 2 раз в неделю вызывало значимое изменение показателей ПОЛ и ферментативной системы АОЗ сыворотки крови у спортсменов. После окончания цикла тренировок в указанном режиме, концентрация ДК превысила соответствующий показатель здоровых нетренированных лиц в 1,15 раза ($p < 0,05$), МДА – в 1,17 раза ($p < 0,01$).

Активность каталазы сыворотки крови после окончания цикла тренировок увеличилась относительно показателя здоровых нетренированных лиц в 1,07 раза ($p > 0,05$), активность СОД сыворотки – в 1,14 раза ($p < 0,05$).

Вследствие указанных сдвигов в системе ПОЛ/АОЗ коэффициент К статистически достоверно от аналогичного показателя здоровых нетренированных лиц не отличался.

Под влиянием силовых тренировок пикового уровня, проводимых 3 раза в неделю, изменения со стороны ферментативной системы АОЗ сыворотки крови оказались ещё более значительными, чем это наблюдали при их частоте 2 раза в неделю. Активность каталазы сыворотки крови превысила показатель здоровых тренированных лиц в 1,17 раза. Активность СОД в сыворотке крови спортсменов, имевших физические нагрузки

пикового уровня 3 раза в неделю, оказалась в 1,18 раза выше показателя здоровых тренированных лиц, а также в 1,04 раза выше аналогичных активностей СОД в сыворотке крови спортсменов, занимающихся 2 и 3 раза в неделю при физических нагрузках пикового уровня соответственно ($p < 0,05$ в первом сопоставлении).

Таблица.

Влияние силовых тренировок пикового уровня на про- и антиоксидантные процессы в сыворотке крови спортсменов.

Показатели	Здоровые нетренированные лица (n=63)	Период тренировок	
		Начало	Окончание
1 раз в неделю (n=18/n=18)			
ДК, мкмоль/л	5,4±0,2	5,3±0,25	5,9±0,3
МДА, мкмоль/л	4,2±0,1	4,3±0,2	4,6±0,25
Каталаза, мкат/ч×л	12,7±0,4	12,8±0,6	13,1±0,65
СОД, МЕ/мг Нв	6,5±0,3	6,6±0,3	6,9±0,35
К, у.е.	0,5±0,03	0,49±0,25	0,53±0,025
2 раза в неделю (n=23/n=23)			
ДК, мкмоль/л	5,4±0,2	5,5±0,3	6,2±0,3*
МДА, мкмоль/л	4,2±0,1	4,2±0,2	4,9±0,25**
Каталаза, мкат/ч×л	12,7±0,4	12,8±0,6	13,6±0,7
СОД, МЕ/мг Нв	6,5±0,3	6,4±0,3	7,4±0,35*
К, у.е.	0,5±0,03	0,50±0,03	0,53±0,025
3 раза в неделю (n=32/n=32)			
ДК, мкмоль/л	5,4±0,2	5,4±0,3	6,8±0,3**
МДА, мкмоль/л	4,2±0,1	4,3±0,2	5,9±0,3***
Каталаза, мкат/ч×л	12,7±0,4	12,6±0,4	14,9±0,7*
СОД, МЕ/мг Нв	6,5±0,3	6,5±0,3	7,7±0,4*
К, у.е.	0,5±0,03	0,51±0,025	0,56±0,03
4 раза в неделю (n=25/n=25)			
ДК, мкмоль/л	5,4±0,2	5,3±0,3	8,4±0,4***
МДА, мкмоль/л	4,2±0,1	4,3±0,2	6,9±0,35***
Каталаза, мкат/ч×л	12,7±0,4	12,6±0,4	16,7±0,8***
СОД, МЕ/мг Нв	6,5±0,3	6,5±0,3	8,0±0,4**
К, у.е.	0,5±0,03	0,50±0,025	0,62±0,03**
5 раз в неделю (n=15/n=15)			
ДК, мкмоль/л	5,4±0,2	5,5±0,3	9,3±0,45***
МДА, мкмоль/л	4,2±0,1	4,4±0,2	7,6±0,4***
Каталаза, мкат/ч×л	12,7±0,4	12,9±0,4	17,1±0,85***
СОД, МЕ/мг Нв	6,5±0,3	6,7±0,3	8,3±0,4***
К, у.е.	0,5±0,03	0,50±0,025	0,67±0,03***

Примечание. * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$ по сравнению с аналогичным показателем здоровых нетренированных лиц.

Вследствие указанных изменений изучаемых показателей ПОЛ и ферментативной системы АОЗ сыворотки крови спортсменов, занимающихся 3 раза в неделю при физических нагрузках пикового уровня, коэффициент К имел тенденцию к увеличению. Его значение в конце цикла тренировок недостоверно (в 1,12 раза) превышало

аналогичный показатель здоровых нетренированных лиц (во всех приведенных сопоставлениях $p > 0,05$).

При тренировках пикового уровня, проводимых 4 раза в неделю, значительно измененными оказались все изучаемые показатели ПОЛ и системы АОЗ. Так, концентрация ДК в сыворотке крови после окончания тренировочного цикла превысила аналогичный показатель здоровых нетренированных лиц в 1,56 раза ($p < 0,001$), а также была в 1,24 раза выше уровня ДК, зарегистрированного у спортсменов занимающихся, при пиковом уровне физических нагрузок, 3 раза в неделю ($p < 0,05$ в двух последних сравнениях).

Под влиянием физических нагрузок пикового уровня, воздействующих на спортсменов занимающихся 4 раза в неделю, концентрация МДА в сыворотке крови превысила соответствующий показатель здоровых нетренированных лиц в 1,64 раза ($p < 0,001$) и в 1,17 раза, чем у спортсменов с пиковыми нагрузками и частотой тренировок 3 раза в неделю ($p < 0,05$ в обоих случаях сравнения).

Активность каталазы в сыворотке крови спортсменов, занимающихся с пиковыми нагрузками 4 раза в неделю, после окончания цикла тренировок превысила показатель здоровых нетренированных лиц в 1,35 раза ($p < 0,001$). Указанный уровень активности каталазы был также в 1,12 раза выше, чем это имело место в группе спортсменов, занимающихся при пиковых физических нагрузках 3 раза в неделю.

В то же время, активность СОД сыворотки крови у спортсменов, тренировавшихся при пиковых уровнях физических нагрузок 4 раза в неделю, оказалась увеличенной относительно показателя здоровых нетренированных лиц в 1,23 раза ($p < 0,01$). Данный уровень активности СОД недостоверно отличался также от показателя спортсменов, тренировавшихся при пиковых физических нагрузках 3 раза в неделю. Указанные изменения в системе ПОЛ/АОЗ вели к тому, что у спортсменов, занимающихся 4 раза в неделю при физических нагрузках пикового уровня, коэффициент К повысился в 1,24 раза против аналогичного показателя здоровых нетренированных лиц ($p < 0,001$). Приведенное значение коэффициента К было также в 1,11 раза выше, чем у подобных спортсменов, тренировавшихся при пиковых физических нагрузках 3 раза в неделю. То есть под влиянием силовых тренировок пикового уровня и проводимых 4 раза в неделю, развивалась недостаточность ферментативной системы АОЗ.

Наиболее выраженные отрицательные сдвиги мы регистрировали у группы спортсменов, которые тренировались 5 раз в неделю при физических нагрузках пикового уровня. После окончания цикла тренировок в указанном режиме концентрация ДК в сыворотке крови превысила аналогичный показатель здоровых нетренированных лиц в 1,72 раза ($p < 0,001$), что было заметно выше аналогичных уровней ДК, зарегистрированных в группах спортсменов при другой частоте тренировок. Содержание МДА в сыворотке крови оказалось в 1,81 раза выше показателя здоровых нетренированных лиц ($p < 0,001$), и в 1,1 раза выше, чем у спортсменов, тренировавшихся при пиковых физических нагрузках 4 раза в неделю ($p > 0,05$). Активность каталазы сыворотки крови после окончания цикла тренировок пикового уровня, проводимых 5 раз в неделю, увеличилась против показателя здоровых нетренированных лиц в 1,35 раза ($p < 0,001$), СОД – в 1,28 раза ($p < 0,001$). Вследствие указанных изменений показателей ПОЛ и ферментативной системы АОЗ коэффициент К после окончания цикла тренировок оказался выше соответствующего показателя здоровых нетренированных лиц в 1,34 раза ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, результаты исследования, представленные в данной работе, свидетельствуют о том, что пиковые физические нагрузки, испытываемые спортсменами, в зависимости от их частоты, способны отрицательно влиять на активность процессов ПОЛ и состояние ферментативной системы АОЗ. Указанное отрицательное влияние

частоты физических нагрузок выражалось в интенсификации процессов ПОЛ и формировании относительной функциональной недостаточности ферментативной системы АОЗ. Наибольшие отрицательные сдвиги ПОЛ и системы АОЗ имели место физические нагрузки пикового уровня при частоте 5 раз в неделю. Отрицательное влияние физических нагрузок на ПОЛ и систему АОЗ снижалось по мере уменьшения частоты пиковых нагрузок в недельном цикле.

Литература

1. Алябьев А.Н. Вопросы физиологии, психологии и педагогики в лыжной подготовке / А.Н. Алябьев, В.Л. Маришук, В.Н. Цыган.- С.-Пб.: Издательство Военно-медицинской академии, 2001.- 128с.
2. Васильев Г.Б. Значение общей физической подготовки для спортсмена / Г.Б. Васильев.- М.: Физкультура и спорт, 1994.- 41с.
3. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем / П.К. Анохин.- М.: Медицина, 1975.- 447с.
4. Илюхина В.А. Нейрофизиология функциональных состояний человека / В.А. Илюхина.- С.-Пб.: Наука, 2003.- 181с.
5. Дятлов Д.А. Исследование взаимосвязей показателей перекисного окисления липидов и гуморального иммунного ответа у лыжников-гонщиков в соревновательном периоде / Д.А. Дятлов, И.А. Волчегорский, Е.И. Львовская // Теория и практика физической культуры.- 1995.- № 10.- С. 21-22.

Министерство образования и науки Донецкой Народной Республики
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины
Кафедра физического воспитания

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ,
АКТИВНОГО СОХРАНЕНИЯ, ВОССТАНОВЛЕНИЯ
И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»**

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ
заочно-очной научно-практической конференции

18 апреля – 30 мая 2016 года

ДонНМУ им. М. Горького

г.Донецк

Тезисы отражают содержание докладов, размещенных в соответствии с требованиями конференции на форуме сайта Донецкого Национального медицинского университета им. М.Горького, для широкого ознакомления и обсуждения посредством обмена мнениями с авторами на страницах форума (<http://forum.dnmu.ru/viewforum.php?f=3>). Тезисы в секциях приведены в алфавитном порядке.

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ»

Гашкова Людмила Анатольевна

к.мед.н., доцент
(кафедра психиатрии, психотерапии, медпсихологии
и наркологии ФИПО ДонНМУ им. М.Горького)

Штугин Игорь Алексеевич

студент
(3 курс, медицинский ф-т №1 ДонНМУ им. М.Горького)

ТРЕВОЖНАЯ РЕАКЦИЯ НА ВОЕННЫЕ СОБЫТИЯ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРОЛЕТАРСКОМ И БУДЕННОВСКОМ РАЙОНЕ г. ДОНЕЦКА

С целью определения уровня ситуативной тревожности проводилась экспресс-диагностика по шкале Спилбергера-Ханина в 3-х группах населения Пролетарского и Буденовского районов. В результате исследования выявлено, что в период военных действий ситуативная тревожность пролонгирована во времени, остается высокой с момента начала боевых действий и сохраняется на высоких цифрах на этапе выхода в так называемый «период затишья». Наиболее снизилась тревожность в группе, где обследуемые перенесли только психологическое воздействие военных действий: без ранений, утраты близких, потери имущества, нарушения социального функционирования. Исследование в данной области важно для разработки эффективных моделей реабилитации.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=15>

Зубенко Инна Валерьевна

к.мед.н., доцент

Лыкова Любовь Алексеевна

ассистент

(все – кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и
нетрадиционной медицины ДонНМУ им. М.Горького)

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНО- КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Проведен анализ комплексного лечения больных пояснично-крестцовой радикулопатией, обоснована его патогенетическая направленность на стационарном этапе лечения. Показана высокая эффективность двухэтапной системы реабилитации с использованием физических факторов, аппаратных видов массажа и современных методик кинезотерапии. Отмечено значительное улучшение состояния пациентов с

уменьшением и прекращением болевого синдрома, восстановлением объема движений за счет улучшения кровоснабжения пораженного участка, улучшения обменных процессов, снятия мышечного спазма. Данную программу реабилитации можно рекомендовать у пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией на стационарном этапе лечения.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=12>

Луцкий Игорь Степанович

к.мед.н., доцент
(кафедра детской и общей неврологии
ФИПО ДонНМУ им. М.Горького)

Лютикова Лилия Владимировна

врач-невропатолог
(неврологическое отделение
Дорожной клинической больницы станции Донецк)

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

На модели машинистов магистральных локомотивов изучены этапы формирования эндотелиальной дисфункции (ЭД) на воздействие хронического психоэмоционального стресса. Показано, что реакция стрессорной системы характеризуется этапностью: стадией активации, адаптации и дезадаптации. Признаки формирования эндотелиальной дисфункции выявлены в начале действия стрессогенных стимулов. Полученные данные позволяют предположить, что в первые 15-17 лет действия стрессогенных факторов основную роль в формировании ЭД оказывает активация симпатoadреналовой системы. В дальнейшем в этот процесс включается ренин-ангиотензин-альдостероновая система, что подтверждается ростом содержания ангиотензина II.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=4>

Степанова Марина Геннадиевна

к.б.н., доцент
(кафедра медицинской биологии ДонНМУ им. М.Горького)

Степанов Александр Игоревич

врач-отоларинголог
(Клиническая Рудничная Больница, г. Макеевка)

ДИРОФИЛЯРИОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ОТОЛАРИНГОЛОГА

На примере клинического случая локализации дирофилярии в глотке рассмотрены особенности биологии гельминта, как возбудителя подкожного дирофиляриоза у человека. Паразитирование гельминта в глотке сопровождается формированием опухолей, приводящих к воспалительным процессам и дальнейшему абсцедированию. Извлечение гельминта возможно только хирургическим путем. Тщательный сбор анамнеза, знание биологии паразита и проведение дополнительных методов исследования позволяет предположить дирофиляриоз как нозологическую единицу в практике отоларинголога.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=5>

Поважная Елена Станиславовна

к.мед.н., доцент

Терещенко Ирина Валерьевна

к.мед.н., доцент

(все – кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины ДонНМУ им. М.Горького)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДАПТАЦИОННОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИСКРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Реабилитационная программа посттравматической дисциркуляторной энцефалопатии с использованием методов кинезотерапии зависит от исходного состояния вегетативной нервной системы пациентов. Основные изменения у пациентов чаще наблюдаются в психоэмоциональной сфере при ДЭП I ст., или же связаны с явлениями сосудистой дистонии, с симптомами поражения ствола и мозжечка мозга при ДЭП II ст. и определяются состоянием вегетативного тонуса. На основании полученных данных проводился отбор больных, и строилась программа реабилитации. При симпатикотонии использовали седативные, релаксационные, антиспастические методы кинезотерапии. На фоне парасимпатикотонии и депрессии назначали стимулирующие методики воздействия. Критерием отбора больных для адаптационной кинезотерапии может являться коэффициент вегетативного равновесия А.М. Вейна.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=11>

Фирсова Галина Михайловна

ассистент

(кафедра психиатрии, психотерапии, медпсихологии и наркологии ФИПО ДонНМУ им. М.Горького)

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ХОМВИО-ТЕНЗИНА НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У МУЖЧИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТЕНЗИИ

В работе приведены результаты исследования эффективности препарата Хомвио-тензин у мужчин, больных гипертонической болезнью I-II стадии, выявлено отсутствие побочных эффектов на половую функцию, улучшение качества жизни. Препарат Хомвио-тензин показал хорошую переносимость у пациентов с АГ I-II стадии – за всё время исследования не выявлено побочных эффектов ни субъективных, ни объективных. В отличие от других гипотензивных препаратов, Хомвио-тензин существенно не влияет на качество половой жизни и состояние эректильной функции у мужчин. Натуральный растительный препарат рекомендован для применения у пациентов с непереносимостью синтетических гипотензивных средств. Препарат Хомвио-тензин может быть рекомендован в качестве моно- и комбинированной терапии для более широкого амбулаторного и стационарного использования при лечении больных с ГБ I, II и III стадии (в комбинации с другими гипотензивными средствами).

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=16>

Секция «МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ»**Куляс Валентина Михайловна**

к.б.н., доцент

(кафедра гигиены ФИПО ДонНМУ им. М.Горького)

**РОЛЬ ВНУТРИЖИЛИЩНОЙ СРЕДЫ В ФОРМИРОВАНИИ
АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**

Изучена гиперчувствительность немедленного типа к внутрижильным аллергенам у детей с аллергопатологией. Показана значимость бытовых, эпидермальных, бактериальных аллергенов и дрожжеподобных, плесневых грибов-сапрофитов в формировании аллергических заболеваний. Высокие уровни специфических IgE-антител к бытовым, грибковым, бактериальным и эпидермальным аллергенам, представленным в составе домашней пыли, можно расценивать как фактор риска в формировании аллергопатологии. Адекватная оценка сенсибилизирующей активности компонентов домашней пыли позволит выявлять группы риска возникновения аллергопатологии на доэпидемиологическом уровне, а также проводить эффективные профилактические мероприятия внутри жилых помещений с целью их очистки от факторов, являющихся потенциальными аллергенами.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=14>

Садеков Дмитрий Рыфатович

к.мед.н., доцент

(кафедра гигиены ФИПО ДонНМУ им. М.Горького)

**АТМОСФЕРНЫЙ ВОЗДУХ УРБАНИЗИРОВАННОГО РЕГИОНА
КАК КАНЦЕРОГЕННЫЙ ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ**

Проведена оценка канцерогенного риска для здоровья населения урбанизированного региона в связи с загрязнением атмосферного воздуха выбросами промышленных предприятий и автотранспорта. Определен уровень индивидуального риска от приоритетных загрязняющих веществ для взрослого населения от бенз(а)пирен (1,6 x 10⁻⁶), свинца (7,7 x 10⁻⁵), формальдегида (4,1 x 10⁻⁵) и хрома (VI) (4,8 x 10⁻⁵). По международным критериям оценивается как приемлемый, на котором, как правило, устанавливаются гигиенические нормативы для населения. Уровень бензола (3,0 x 10⁻⁴) является средним, требующим динамического контроля и углубленного изучения источников и возможных последствий вредного влияния для решения вопроса о мероприятиях по управлению риском. Количество случаев злокачественных новообразований, которые могут возникнуть на протяжении жизни вследствие влияния приоритетных канцерогенных веществ атмосферного воздуха на население составляет от бензола 294,25, от бенз(а)пирена – 1,58, свинца – 74,25, формальдегида – 39,55, хрома (VI) – 45,77 случая.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=13>

Томачинская Лариса Павловна

к.мед.н., доцент
(кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и
нетрадиционной медицины ДонНМУ им. М.Горького)

**КОМПЛЕКС ВОДНЫХ ПРОЦЕДУР И АРОМАТЕРАПИИ КАК
ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ
СОПРОТИВЛЯЕМОСТИ ОРГАНИЗМА**

Предложена система закаливающих процедур в сочетании с использованием ароматических масел, повышающих иммунитет, улучшающих трофику тканей, благотворно влияющих на психику пациентов, которая базируется на принципах непрерывности, систематичности, комплексности, индивидуальной дозировке. Доступность процедур, необременительность их для пациента, а также их высокая эффективность позволяют рекомендовать данный комплекс для широкого использования. Показано, комплексное применение водных закаливающих процедур, благодаря 3-х фазному действию, в сочетании с ароматическим воздействием позволит значительно улучшить здоровье и повысить неспецифический иммунитет.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=8>

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ»

Котов Валерий Семенович

к.б.н., доцент
(кафедра гигиены ФИПО ДонНМУ им. М.Горького)

**ПОДГОТОВКА ИНЖЕНЕРОВ И СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОХРАНЕ
ТРУДА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В
СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

В связи с реорганизацией и сокращением персонала учреждений здравоохранения ДНР в переходный период возникают проблемы с финансированием деятельности служб охраны труда. При этом увеличивается текучесть кадров и снижается исходный уровень подготовки инженеров и специалистов по охране труда. Рассмотрены проблемы состояния охраны труда в медицинской отрасли, указано на недостаток информационно-методического обеспечения для подготовки инженеров и специалистов по охране труда. Приведен опыт работы и указана актуальность обучения специалистов на кафедре гигиены.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=6>

Лик-ван-джи Наталья Евгеньевна

ассистент

(кафедра психиатрии, психотерапии, медпсихологии
и наркологии ФИПО ДонНМУ им. М.Горького)

СПЕЦИАЛЬНЫЙ КУРС АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ КУРСАНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ЦИКЛАХ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Рассматриваются особенности преподавания курса арт-терапии врачам-курсантам и медицинским психологам, обучающимся на циклах «Психотерапия» и «Медицинская психология». Подходы к обучению врачей по этой теме были специально разработаны сотрудниками кафедры с учетом опыта работы в особых условиях в 2014-2016 гг. Представлена схема проведения занятий и ориентировочный набор тем, которые осваивались врачами и медицинскими психологами на занятиях. Включение диагностико-терапевтических методик в процессе обучения курсантов имеет важное значение в период напряженности и нестабильности в регионе, обусловленного военным конфликтом.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=9>

Швиренко Игорь Разикович

к.мед.н., доцент

Пеклун Ирина Владимировна

к.мед.н., доцент

(все – кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и
нетрадиционной медицины ДонНМУ им. М.Горького)

МОТИВАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ – КЛЮЧ К УСПЕШНОМУ ОСВОЕНИЮ ПРЕДМЕТОВ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Повышения эффективности обучения студентов на кафедре медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины рассматривается с позиции активного использования внутренней (врожденные и приобретенные (психологические) познавательные потребности человека) и внешней мотивации (получение студентами необходимого уровня знаний-умений), обуславливающей общую активность и познавательную деятельность студентов. Одним из важных побудительных механизмов повышения интереса и значимости результатов обучения, кроме привычного балльного оценивания студентов, является проверка уже ранее изученных навыков и умений (измерение артериального давления, пульса, физических и функциональных параметров и др.) в сопоставлении с приобретением и отработкой новых (оценка физического развития, функционального состояния и др.). необходимых для правильной оценки уровня физического состояния и уровня физического здоровья, лежащих в основе реабилитационного диагноза и выборов методов реабилитации.

<http://forum.dnmu.ru/viewtopic.php?f=3&t=10>

ПРОГРАММА КРУГЛОГО СТОЛА

на тему:

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В ДНР: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА»

г.Донецк, 2016

Место проведения: лекционный зал кафедры медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины (г. Донецк, пр. Ильича, 12, водолечебница ЛОРЦ ДоКТМО).

Время проведения: 20 апреля 2016 г., 10.00-13.00.

Организаторы: Министерство Здравоохранения ДНР, кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины ДонНМУ им. М. Горького.

Задачи мероприятия: обсуждение состояния реабилитационной помощи в ДНР, перспективы организации службы медицинской реабилитации, путей ее развития и перспектив совершенствования, современные подходы применения реабилитационных факторов в клинической практике с учетом их доступности.

Участники: представители Министерства Здравоохранения ДНР; сотрудники каф. медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины; каф. акушерства и гинекологии (все – ДонНМУ им. М. Горького); врачи-физиотерапевты, врачи ЛФК, спортивной медицины и других специальностей, главные врачи больниц и их заместители по лечебной работе г. Донецка и др. городов ДНР.

Регламент: доклады – до 15 минут; выступления – до 5 минут; дискуссионные выступления – до 3 минут.

Регистрация: 9.00 – 10.00.

Председательствующий: Лыков Алексей Александрович, профессор кафедры медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины ДонНМУ им. М. Горького.

Повестка заседания круглого стола.

Приветственное слово:

10.00 – **Ткалич Людмила Владимировна**, главный внештатный специалист МЗ ДНР
10.10 по спортивной медицине и ЛФК, физиотерапии.

Доклады:

10.15 – **Лыков Алексей Александрович** – профессор кафедры медицинской
10.30 реабилитации, ЛФК и нетрадиционной
медицины.

От физиотерапии – к медицинской реабилитации: история эволюции названия и содержания предмета на примере кафедры медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины.

10.35 – **Ткалич Людмила Владимировна** – главный внештатный специалист МЗ
10.50 ДНР по спортивной медицине и ЛФК,
физиотерапии.

О состоянии физиотерапевтической помощи в лечебно-профилактических учреждениях ДНР в 2015 году.

10.55 – **Швиренко Игорь Разикович** – зав. кафедрой медицинской
11.10 реабилитации, ЛФК и нетрадиционной
медицины, доцент.

Медицинская реабилитация: основные понятия, место дисциплины в системе оказания медицинской помощи, перспективные пути развития и совершенствования подготовки специалистов.

- 11.15 – **Пеклун Ирина Владимировна** – доцент кафедры медицинской
11.30 реабилитации, ЛФК и нетрадиционной
медицины.

Общество специалистов, работающих в области медицинской реабилитации: необходимость создания, цели и задачи, устав и регламент деятельности, права и обязанности правления и участников.

- 11.35 – **Егорова Марина Александровна** – доцент кафедры акушерства и
11.50 гинекологии.

Актуальные вопросы медицинской реабилитации в акушерстве. Гестозы беременности: основные понятия, подходы к лечению и медицинской реабилитации.

- 11.55 – **Томаш Лариса Александровна** – ассистент кафедры медицинской
12:10 реабилитации, ЛФК и нетрадиционной
медицины.

Современные подходы в комплексной медицинской реабилитации женщин с гестозом беременности.

Выступления и дискуссия по теме круглого стола.

- 12.15 – Сотрудники Министерства Здравоохранения ДНР, кафедры медицинской
12.45 реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины, кафедры акушерства и
гинекологии ДонНМУ им.М.Горького, врачи-физиотерапевты, врачи ЛФК,
спортивной медицины и других специальностей, главные врачи больниц и их
заместители по лечебной работе г. Донецка и др. городов ДНР.

Подведение итогов работы круглого стола и принятие резолюции.

- 12.45 – **Лыков Алексей Александрович**, профессор кафедры медицинской
12.55 реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины ДонНМУ им.М.Горького.

Заключительное слово.

- 12.55 – **Ткалич Людмила Владимировна**, главный внештатный специалист МЗ ДНР
13.00 по спортивной медицине и ЛФК, физиотерапии.

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции.....	3
Раздел 1. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ	
БАБЮК И.А., ЖАРИКОВ В.Ю., ТИТИЕВСКИЙ С.В., ПОБЕРЕЖНАЯ Н.В. Реабилитация больных с хроническим простатитом	6
БАБЮК И.А., ФИРSOVA Г.М., ПОБЕРЕЖНАЯ Н.В., РАКИТЯНСКАЯ Е.А. Оценка влияния хомвио-тензина на эректильную функцию у мужчин при лечении гипертензии	10
БАБЮК И.А., ФИСТАЛЬ Э.Я., ФИРSOVA Г.М., ТИТИЕВСКИЙ С.В. К вопросу о коррекции сомато-психических расстройств при травматизации и ожоговых поражениях.	13
БЕЛКИН А.Н., КРЮЧЕНКО О.А., ЯСЬКО Г.В. Особенности методов физической реабилитации детей с врожденной дисплазией тазобедренного сустава.	17
ГАШКОВА Л.А., ЛИК-ВАН-ДЖИ Н.Е., ФИРSOVA Г.М., ШТУТИН И.А. Тревожная реакция на военные события у лиц, проживающих в Пролетарском и Буденновском районе г. Донецка.....	22
ДАНЬКИНА И.А., ДАНЬКИНА В.В., ЧИСТЯКОВ А.А. Монотерапия бактериального вагиноза у пациенток репродуктивного возраста.....	25
ДУДИН А.М., ХАЦКО В.В., КУЗЬМЕНКО А.Е., НЕСТЕРОВ Н.А. Усовершенствованная гемипилорэктомия с пилоропластикой и ваготомией при прободных и кровоточащих язвах пилородуоденальной зоны.	28
ЛУЦКИЙ И.С., ЛЮТИКОВА Л.В. Роль хронического психоэмоционального напряжения в формировании эндотелиальной дисфункции.	31
ПОВАЖНАЯ Е.С., ЛЫКОВ А.А., ТЕРЕЩЕНКО И.В., ЗУБЕНКО И.В., ПЕКЛУН И.В., ТОМАЧИНСКАЯ Л.П. Эффективность адаптационной кинезотерапии посттравматической дисциркуляторной энцефалопатии.	35
ПОВАЖНАЯ Е.С., ЗУБЕНКО И.В., ТЕРЕЩЕНКО И.В., ПЕКЛУН И.В., ЛЫКОВА Л.А. Комплексная реабилитация больных с пояснично-крестцовой радикулопатией на стационарном этапе лечения.....	39
СТЕПАНОВА М.Г., СТЕПАНОВ А.И. Дирофиляриоз в практике врача отоларинголога.....	42
ХАЦКО В.В., БРАХМИ НОАМЕН БЕН АМАРА, ФОМИНОВ В.М., ПАРХОМЕНКО А.В. Качество жизни после операций на гепатобилиарной системе.	45
ХАЦКО В.В., ВОЙТЮК В.Н., БРАХМИ НОАМЕН БЕН АМАРА, ФОМИНОВ В.М. Роль лечебного питания после операций на печени и желчевыводящих путях.....	47
ХАЦКО В.В., КУЗЬМЕНКО А.Е., МЕЖАКОВ С.В., ГРЕДЖЕВ Ф.А., ПАРХОМЕНКО А.В. Современное комплексное лечение острого панкреатита.	48
ШАТАЛОВ А.Д., КУЗЬМЕНКО А.Е., ГРЕДЖЕВ Ф.А., ШАТАЛОВ С.А. Лечебно-диагностическая тактика при псевдокистах поджелудочной железы.	51
ШТУТИН А.А., ПОПОВ С.В., ШТУТИН И.А. Применение обогащенной тромбоцитами плазмы в реабилитации больных с тендопатией ахиллова сухожилия.	54
ШТУТИН А.А., ПОПОВ С.В., ШТУТИН И.А. Экстракорпоральная ударно-волновая терапия в реабилитации больных с хроническим подошвенным болевым синдромом.	58
КОЛКИН Я.Г., ХАЦКО В.В., БРАХМИ НОАМЕН БЕН АМАРА, ПАРХОМЕНКО А.В., ФОМИНОВ В.М. Критерии диагностики для определения показаний к операции при хроническом бескаменном холецистите (литературный обзор).	61

КОЛКИН Я.Г., ХАЦКО В.В., ДУДИН А. М., ПОТАПОВ В.В., ПАРХОМЕНКО А.В. Сепсис при остром деструктивном панкреатите (научный обзор).	64
ХАЦКО В.В., КОССЕ Д.М., ПОТАПОВ В.В., ПАРХОМЕНКО А.В., ПОПОВА Ю.В. Современное состояние проблемы острого пилефлебита (научный обзор).	69

Раздел 2. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ

АМАТУНИ Н.А., ШАПОВАЛОВА О.В., МЕЛЬНИК А.В. Аллергические реакции на прививку и предупреждение осложнений с помощью методов физической культуры.	76
АНТИПОВ Н.В., ПАРХОМЕНКО А.В., ЗАРИЦКИЙ А.Б. Овариоцелле: топографо-анатомическое обоснование этиологии.	78
БАЛЫКИНА А.О., РЕУТОВА Н.О., ЖЕДЕНОВА А.А. Гендерные различия показателей периферической крови у пациентов с хроническим обструктивным пиелонефритом.	81
БАСИЙ Р.В., ДОВГЯЛЛО Ю.В., КОСТИН Р.А. Оценка морфометрических показателей пазухи клиновидной кости для реабилитации пациентов с заболеваниями клиновидной кости.	85
КАБАНОВА Н.В., ТОМАЧИНСКАЯ Л.П. Факторы тревожности и пути ее коррекции у студентов в процессе обучения.	88
КУЛЯС В.М. Роль внутрижилищной среды в формировании аллергопатологии детского населения.	92
САДЕКОВ Д.Р. Атмосферный воздух урбанизированного региона как канцерогенный фактор риска для здоровья населения.	95
ТОМАЧИНСКАЯ Л.П., КАБАНОВА Н.В., ПОВАЖНАЯ С.В. Комплекс водных процедур и ароматерапии как эффективное средство повышения неспецифической сопротивляемости организма.	97
ЧУРКИН Д.В., ЛАСТКОВ Д.О. К вопросу об оценке показателей физической подготовки у военнослужащих по контракту, имеющих предшествующий стаж работы в угольной шахте.	100

Раздел 3. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ

АЛЕШИН Е.В., ШИНШИНА С.И., ФЕДОРОВА Г.В. Интеграция и гармонизация духовной и физической культуры студентов.	106
АНТИПОВ Н.В., ЖИЛЯЕВ Р.А., СИРОИД Д.В. Аспекты подготовки врачей на кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии в условиях требований и вызовов современности.	110
БАРИНОВ Э.Ф., БАЛЫКИНА А.О., ЧЕРКАСОВА Н.А. Обоснованность применения ситуационных задач на кафедре гистологии.	113
ГАШКОВА Л.А., ЛИК-ВАН-ДЖИ Н.Е., ФИРСОВА Г.М. Специальный курс арт-терапии для курсантов, обучающихся на циклах тематического усовершенствования в зоне военного конфликта.	116
ГОРОДНИК Г.А., КАБАНЬКО Т.П., СМЕРНОВА Н.Н., БИЛОШАПКА В.А., АГАФОНОВА Г.Ю., ЕРМИЛОВ Г.И. Образовательный подход к поддержанию проходимости дыхательных путей при трудной интубации.	119
ДАНЬКИНА И.А., ДЖЕЛОМАНОВА С.А., ДАНЬКИНА В.В., ЧИСТЯКОВ А.А. Изменение деятельности преподавателя при использовании электронного образовательного ресурса в учебном процессе.	122
ДЖЕЛОМАНОВА С.А., ЧУРИЛОВ А.В., ДАНЬКИНА И.А., КЛЕЦОВА М.И. Деонтологические аспекты преподавания акушерства и гинекологии.	127
ДОБРОВОЛЬСКАЯ Н.А., ЛИСИЦКАЯ Н.В., КАЛИНОВСКАЯ Т.Н. Использование средств фитнеса в системе оздоровления студентов специальной медицинской группы.	129

ЕРМАЧЕНКО А.Б., КОТОВ В.С., ТЕМЕРТЕЙ С.И. Подготовка инженеров и специалистов по охране труда лечебно-профилактических учреждений в системе непрерывного образования.	132
ЖДАНОВА Е.В., ЕРОМЯНЦ И.С. Опыт разработки курса дистанционного обучения английскому языку на платформе Moodle как механизма профессиональной направленности студентов.	136
ИГНАТЕНКО Г.А., МУХИН И.В., ГРУШИНА М.В., ЕВТУШЕНКО И.С. Опыт организации и функционирования студенческого научного кружка на кафедре пропедевтической и внутренней медицины.	138
НЕСКРЕБА Т.А., КАЛМЫКОВА В.И., НЕВЕДОМСКИЙ С.Е. Совершенствования профессиональной подготовки специалистов в сфере физической культуры и спорта.	141
ПУЗИК А.А., КОВТУН И.В., ОМЕЛЬЧЕНКО Е.М. Психолого-педагогические мотивации личностно-ориентированного обучения.	145
ТИТИЕВСКИЙ С.В., БАБЮК И.А., ПОБЕРЕЖНАЯ Н.В., ЧЕРЕПКОВ В.Н., ФИРСОВА Г.М. Характеристика дистанционного образования врачей-интернов специальности «психиатрия» в условиях ведения боевых действий в Донбассе.	147
ЧЕРВОНЕНКО В.Д., МАРИНЕНКО Л.А. Аннотирование и реферирование как способ контроля прочитанного иноязычного текста в неязыковом вузе.	151
ШВИРЕНКО И.Р., ПОВАЖНАЯ Е.С., ЗУБЕНКО И.В., ПЕКЛУН И.В., ТЕРЕЩЕНКО И.В. Мотивация обучения студентов как ключ к успешному освоению предметов на кафедре медицинской реабилитации.	154
ШИНШИНА С.И., ДОБРОВОЛЬСКАЯ Н.А., ФЁДОРОВА Г.В. Влияние развития гибкости на повышение технического мастерства в различных видах спорта.	156
ЯСЬКО Г.В., ВИТОВСКИЙ В.С., ШИНШИНА С.И. Планирование и организация тренировочного процесса в различных видах спорта с учётом адаптационных возможностей метаболической системы спортсменов.	159

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

заочно-очной научно-практической конференции
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ, АКТИВНОГО СОХРАНЕНИЯ,
ВОССТАНОВЛЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»
(18.01.16-30.05.16, Донецк, ДонНМУ им.М.Горького)

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ»

Гашкова Л.А., Штутин И.А. ТРЕВОЖНАЯ РЕАКЦИЯ НА ВОЕННЫЕ СОБЫТИЯ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРОЛЕТАРСКОМ И БУДЕННОВСКОМ РАЙОНЕ г. ДОНЕЦКА.	165
Зубенко И.В., Лыкова Л.А. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ.	165
Луцкий И.С., Лютикова Л.В. РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ.	166
Степанова М.Г., Степанов А.И. ДИРОФИЛЯРИОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ОТОЛАРИНГОЛОГА.	166
Поважная Е.С., Терещенко И.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДАПТАЦИОННОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.	167

Фирсова Г.М. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ХОМВИО-ТЕНЗИНА НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У МУЖЧИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТЕНЗИИ.	167
--	-----

Секция «МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ»

Куляс В.М. РОЛЬ ВНУТРИЖИЛИЩНОЙ СРЕДЫ В ФОРМИРОВАНИИ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ.	168
---	-----

Садеков Д.Р. АТМОСФЕРНЫЙ ВОЗДУХ УРБАНИЗИРОВАННОГО РЕГИОНА КАК КАНЦЕРОГЕННЫЙ ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.	168
---	-----

Томачинская Л.П. КОМПЛЕКС ВОДНЫХ ПРОЦЕДУР И АРОМАТЕРАПИИ КАК ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ СОПРОТИВЛЯЕМОСТИ ОРГАНИЗМА.	169
--	-----

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ»

Котов В.С. ПОДГОТОВКА ИНЖЕНЕРОВ И СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОХРАНЕ ТРУДА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ.	169
---	-----

Лик-ван-джи Н.Е. СПЕЦИАЛЬНЫЙ КУРС АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ КУРСАНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ЦИКЛАХ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА.	170
---	-----

Швиренко И.Р., Пеклун И.В. МОТИВАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ – КЛЮЧ К УСПЕШНОМУ ОСВОЕНИЮ ПРЕДМЕТОВ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.	170
---	-----

ПРОГРАММА КРУГЛОГО СТОЛА на тему:

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В ДНР: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА».	172
---	-----

Научное издание

Сборник научных трудов

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ
И ПЕДАГОГИКИ»**

Том II, выпуск 1 (2)

МАТЕРИАЛЫ

заочно-очной научно-практической конференции

**«Актуальные вопросы формирования, активного сохранения,
восстановления и укрепления здоровья населения»**

(18.01.16-30.05.16, Донецк, ДонНМУ им.М.Горького)

Подписано к печати 30.06.2016. Формат 60x84/16.

Усл. печ. л. 10,34 Тираж 100 экз. Заказ 06-09.

Отпечатано ФЛП Кириенко С.Г.

Свидетельство о государственной регистрации физического
лица-предпринимателя № 40160 серия АА02 от 05.12.2014 г.

ДНР, 83014, г. Донецк, пр. Дзержинского, 55/105.