

Издательский дом «Плутон»

Научный медицинский журнал «Авиценна»

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

УДК 378.001

**XXVIII Международная научная медицинская конференция
«Современные медицинские исследования»**

СБОРНИК СТАТЕЙ КОНФЕРЕНЦИИ

21 января 2019

Кемерово

СБОРНИК СТАТЕЙ ДВАДЦАТЬ ВОСЬМОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ»

21 января 2019 г.

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

ISBN 978-5-9907988-3-8

Кемерово УДК 378.001. Сборник докладов студентов, аспирантов и профессорско-преподавательского состава. По результатам XXVIII Международной научной медицинской конференции «Современные медицинские исследования», 07 января 2019 г. www.avicenna-idp.ru/

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» .

Тахирова Рохатой - кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтюк Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Афанасьева Галина Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

В сборнике представлены материалы докладов по результатам научной конференции.

Цель – привлечение студентов к научной деятельности, формирование навыков выполнения научно-исследовательских работ, развитие инициативы в учебе и будущей деятельности в условиях рыночной экономики.

Для студентов, молодых ученых и преподавателей вузов.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru

Подписано в печать 21.01.2019 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 2.2. | Тираж 500.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна.

Содержание

1. ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЙ МЕТОД КАК СРЕДСТВО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА К ОПРЕДЕЛЕННЫМ ВИДАМ СПОРТА.....4
Грицкевич Р.А.
2. ПРИМЕНЕНИЕ ЭКЗОСКЕЛЕТА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ МЫШЦ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА.....7
Лукьянчук Т.П.
3. ПОДВИЖНЫЕ ИГРЫ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....10
Пестрецова В.В.
4. ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ СКЛОННОСТИ К РИСКУ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ...12
Частоедова Е.В., Истомина М.С., Злоказова М.В.
5. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....15
Пойманова В.В., Красников Ю.А.
6. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ПИЛАТЕСА НА БОЛЬШОМ ОБОРУДОВАНИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ.....17
Затеева К.С., Журавская Н.С.
7. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ИХ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г.БЕЛГОРОД21
Амичба М.М., Новомлинская М.Н.
8. РИСК ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНГИБИТОРОВ 5- α РЕДУКТАЗЫ ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИЛИ АЛОПЕЦИИ.....23
Новомлинская М.Н., Амичба М.М.

Статьи XXVIII Международной научной медицинской конференции «Современные медицинские исследования»

Грицкевич Роман Алексеевич
Gritskевич Roman Alekseevich

Магистрант Дальневосточного федерального университета, школа искусств и гуманитарных наук; департамент физической культуры и спорта, направление «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья». E-mail: gritskевичroman@mail.ru

УДК 572.524.12

**ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЙ МЕТОД КАК СРЕДСТВО ОПРЕДЕЛЕНИЯ
ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА К
ОПРЕДЕЛЕННЫМ ВИДАМ СПОРТА**

**DERMATOGLYPHIC METHOD AS A MEANS OF DETERMINING THE PREDISPOSITION
OF CHILDREN WITH INTELLIGENCE BREACH TO DEFINED SPORTS**

Аннотация: Человечество давно заметило уникальность пальцевых узоров и ладонных рисунков, в последствии эта уникальность привлекла внимание ученых. В статье рассказывается об актуальности дерматоглифических исследований в адаптивной физической культуре и адаптивном спорте.

Annotation: Mankind has long noticed the uniqueness of finger patterns and palm patterns, later this uniqueness attracted the attention of scientists. The article describes the relevance of dermatoglyphic research in adaptive physical culture and adaptive sports.

Ключевые слова: дерматоглифика, предрасположенность, дети с нарушением интеллекта, адаптивная физическая культура.

Keywords: dermatoglyphic, predisposition, children with intellectual disabilities, adaptive physical culture.

Реалистичные изображения рук людей присутствуют в наскальных рисунках первобытных людей и свидетельствует о том, что интерес к своим рукам у людей проявился достаточно рано. У многих народов после смерти человека традиционным считалось снимать слепки с рук, что говорит о придании нашими предками особого значения данной части тела.

Старая китайская поговорка гласит: «Один вихревой завиток означает бедность; два вихревых завитка – богатство; три завитка, четыре завитка – открывай ломбард; пять завитков – сделайся комиссионером; шесть завитков – вор; семь – несчастье; восемь – жри солому; девять завитков и одна петля – тебе не надо работать, у тебя хватит еды до самой смерти» [10,23]. Если эта поговорка и не служит доказательством применения отпечатков пальцев для диагностирования свойств личности, все же она свидетельствует о том, как проникло в самые широкие слои китайского народа знание различных образцов линий пальцев.

Развитие науки доказало, что отпечатки пальцев и ладоней являются своеобразным «паспортом» человека, который никогда не повторяется. В этом «паспорте» имеются морфогенетические маркёры физических и психологических болезней, предрасположенности к ним, особенности личности, признаки родства, маркеры этнической принадлежности, маркеры двигательной активности, как следствие предрасположенности к определенным видам спорта.

В настоящее время в научной литературе много работ (Абрамова, 2003; Якушева, Естихин 2012; Сергиенко, Лишевская 2010; Комарова и соавт. 2013) по двигательной активности у здоровых детей и состоявшихся спортсменов с помощью дерматоглифическим признаков по определению возможности физических способностей человека, но нет исследований по определению этих маркеров у детей с отклонением в состоянии здоровья. А раннее определение специализации в спорте и потенциальный прогноз в определенном виде адаптивной физической культуры детей с нарушением интеллекта является очень важным аспектом жизни такого ребенка, его родителей и специалиста в области адаптивной физической культуры. Ведь благодаря правильно выбранному виду двигательной активности адаптация и лечебный процесс проходят качественно, плодотворно и интересно для ребенка.

Существует несколько классификаций видов спорта по характеру двигательной активности. Олимпийская классификация [6,9]:

- 1 группа - циклические виды спорта (беговые дисциплины легкой атлетики, плавание, гребля, велоспорт, лыжный, конькобежный спорт и т. д.);
- 2 группа - скоростно-силовые виды спорта (легкоатлетические виды спорта, метание, спринтерские номера программы в различных видах спорта);
- 3 группа - сложнокоординационные виды спорта (спортивная и художественная гимнастика, фигурное катание на коньках, прыжки в воду и др.);
- 4 группа – единоборства (все виды борьбы и бокса);
- 5 группа - спортивные игры (футбол, хоккей, волейбол и т. д.);
- 6 группа – многоборья (лыжное двоеборье, легкоатлетическое десятиборье, современное пятиборье и т. д.).

Классификация видов спорта по характеру двигательной активности в соревнованиях (по Матвееву Л. П. 1977)[7,11]:

- 1 группа - к данной группе относится большинство видов спорта виды спорта с предельно активной двигательной деятельностью, результаты которых зависят от собственных двигательных возможностей спортсмена, выявляемых в процессе соревнований (легкая атлетика, плавание, борьба, спортивные игры и т. д.);
- 2 группа - (мотоциклетный, автомобильный, виды спорта, основу которых составляют действия по управлению различными средствами передвижения, где спортивный результат обусловлен внешними движущими силами и умением рационально пользоваться ими парусный спорт и т. д.);
- 3 группа - виды спорта, двигательная активность в которых жёстко лимитирована условиями поражения цели из специального спортивного оружия (пулевая стрельба, стрельба из лука, дартс и др.);
- 4 группа - виды спорта, в которых сопоставляются результаты модельно-конструкторской деятельности спортсменов (авиамоделный, автомобильный спорт);
- 5 группа - виды спорта, основное содержание которых определяется характером абстрактно-логического обыгрывания соперника (шахматы, шашки);
- 6 группа - многоборья, составленные из различных дисциплин, входящих в различные виды спорта (биатлон, служебные многоборья, спортивное ориентирование и др.).

В.С. Фарфель (1969) и Ю.В. Верхошанский (1985) классифицировали все виды спорта по особенностям организации движений спортсмена и преимущественно роли тех или иных функциональных систем организма в обеспечении их рабочего эффекта [7,12]:

I группа — ациклические виды спорта, преимущественная роль в которых принадлежит совершенствованию двигательного аппарата в направлении тонкой регуляции движений и способности к выполнению рабочих усилий большой мощности (тяжелая атлетика, легкоатлетические метания и др.).

II группа — циклические (главным образом субмаксимальной и умеренной мощности) виды спорта, достижения в которых преимущественно связаны с ролью кислородного обеспечения мышечной работы (бег на средние и длинные дистанции в легкой атлетике и др.).

III группа — комбинированные виды спорта (комплексные), для которых характерна высокая вариативность двигательных действий в условиях компенсированного утомления и переменной интенсивности работы. Это в основном спортивные игры и единоборства.

Таким образом, основываясь на этих классификациях, представляется возможность использовать дерматоглифику как средство определения предрасположенности детей с нарушением интеллекта к определенным видам спорта.

Дерматоглифический метод позволяет провести раннее диагностирование врожденных особенностей двигательной активности, что является важной частью специализации в спорте – чем раньше будет правильно выбрана специализация, тем быстрее ребенок будет прогрессировать и добьется успеха. Поэтому очень важно должным образом как можно раньше определить возможности молодого спортсмена, подобрать соответствующий вид спорта и построить тренировочный процесс.

В дальнейшем планируется перейти к практической стороне исследования по Международной

классификации болезней (МКБ – 10) [8] с детьми с легкой (F-70) и умеренной (F-71) формами умственной отсталости. Практическое исследование будет основано прежде всего на циклических видах спорта, а именно плавание. Поскольку плавание уникальный вид спорта для развития двигательных навыков любого человека – как спортсмена, любителя, так и для инвалида, в том числе для детей с нарушением интеллекта. В настоящее время существует много научных исследований (Мазитова 2006; Фетисов 2014; Бударин 2014, 2016 и др.), доказывающих, что плавание оказывает положительно-корректирующее воздействие на умственную отсталость детей.

Библиографический список:

1. Абрамова Т.Ф. Пальцевая дерматоглифика и физические способности: диссертация на соискание ученой степени доктора биологических наук. М., 2003. 298 с.
2. Галактионов О.К. 2008. Дерматоглифика в популяционных исследованиях (анализ количественных и качественных признаков в архаичных монголоидных этносах). Учебное пособие. Владивосток: Издательство Дальневосточного университета. 102 с.
3. Гладкова Т.Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека. М. Наука., 1966. 153 с.
4. Исютин-Федотков Д.В. Краткая история дерматоглифики (до 1991 года) // Часопис академии адвокатуры Украины №10. 2011. С. 23-32.
5. Калаев В.Н. Методы психогенетики. Учебное пособие для вузов. Издательство - полиграфический центр Воронежского государственного университета., 2009. 75 с.
6. Никитушкин В.Г. Спорт высших достижений: теория и методика. Учебное пособие. М.: «Спорт», 2017. 617 с.
7. Руденик В.В. Основы спортивной тренировки: Тексты лекций.— Гродно: ГрГУ, 2000. 94 с.
8. <http://mkb-10.com/index.php?pid=4380> дата обращения: 6.01.2019

Лукьянчук Татьяна Петровна
Lukianchuk Tatiana Petrovna

студент магистратуры

ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет»

г. Владивосток

E-mail: lykianchyktanya@gmail.com

УДК 616.831-005.4

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКЗОСКЕЛЕТА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ МЫШЦ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

APPLICATION OF EXOSKELETA AND FUNCTIONAL ELECTRIC STIMULATION OF MUSCLE IN REHABILITATION AFTER STROKE

Аннотация: Активное развитие медицинской робототехники и биоинженерии на сегодняшний день позволяет внедрить в процесс физической реабилитации такие технологии как экзоскелет и электростимуляция мышц. Комплексное воздействие данных методов позволяет восстановить двигательные функции конечностей у пациентов после инсульта.

Abstract: The active development of medical robotics and bioengineering today allows the introduction of technologies such as exoskeleton and electrical muscle stimulation into the process of physical rehabilitation. The combined effect of these methods allows you to restore the motor functions of the limbs in patients after a stroke.

Ключевые слова: экзоскелет, инсульт, физическая реабилитация, электростимуляция мышц.

Keywords: exoskeleton, stroke, physical rehabilitation, muscle electrical stimulation.

Среди всех причин первичной стойкой инвалидизации взрослого населения (32 на 100 тыс. населения), обусловленной устойчивыми нарушениями двигательных функций, первое место занимает инсульт. Реабилитация больных с постинсультными двигательными нарушениями остается одной из наиболее сложных медико-социальных проблем [8,6]. Среди тех, кто перенес инсульт без летального исхода и прошел своевременный курс комплексной реабилитации, 25-50% людей остаются в постоянной зависимости от постороннего ухода из-за выраженной и умеренной инвалидизации [12,4; 13,46].

В последние годы при проведении анализа публикационной и патентной активности наблюдается активное развитие отрасли медицинской робототехники и зафиксирован тренд внедрения методов с использованием электромеханических систем в процессы реабилитации людей с нарушениями опорно-двигательных функций в постинсультном периоде [10,12].

Новые методы реабилитации основаны на стимуляции нейрональной перестройки мозговых структур, окружающих очаг поражения, путем активизации сенсомоторной коры и стимуляции нейронного ремоделирования как одного из проявлений нейропластичности. Исследования свидетельствуют о том, что активации сенсомоторных зон коры головного мозга способствует процесс кинестетического воображения движения и его целенаправленное систематическое повторение при помощи программно-аппаратных комплексов, электромеханических систем и нейроинтерфейсов [7,6; 14,10]. Для успешного ремоделирования выживших нейронов и формирования новых горизонтальных связей в первичной моторной коре (зона M1) необходимо сохранение афферентного звена [7,6]. Имеются данные об улучшении состояния больных с постинсультными двигательными нарушениями, реабилитационные программы которых включали в себя специальные локомоторные тренировки с многократным повторением образца двигательных действий с применением электромеханической системы «экзоскелет» [5,4; 6,6; 8; 9].

Общепринятое определение экзоскелета было дополнено А. А. Воробьевым с соавторами в числе исследовательской группы Волгоградского государственного медицинского университета в 2015 году – «Экзоскелет (от греч. ἔξω — внешний и σκελετός — скелет) — устройство, предназначенное для восполнения утраченных функций, увеличения силы мышц человека и расширения амплитуды движений за счет внешнего каркаса и приводящих элементов». Для данной электромеханической системы также была разработана классификация. Основными параметрами, описывающими данное устройство, являются: принцип работы привода, локализация на теле

пациента, стоимость (условно), область применения, вес конструкции, количество функций и мобильность пациента (мобильный или стационарный - для лиц с полной потерей двигательной функции нижних конечностей) при использовании экзоскелета. В процессе реабилитации пациентов с такими нарушениями двигательных функций как постинсультный (тетра-/геми-/моно-) парез или паралич конечностей актуально использовать пассивные экзоскелеты, источником питания которых является перераспределение кинетической энергии и остаточной силы человека от активных суставов и мышц. Процесс перераспределения и получения энергии осуществляется посредством подвижной и адаптированной системы поддерживающих соединений устройства. В зависимости от локализации двигательного нарушения эффективно может применяться как экзоскелет нижних конечностей, так и нижних, либо экзоскелет-костюм [4,5; 11,5].

Однако остается открытым вопрос об эффективности использования электромеханической системы экзоскелет не только как устройства, замещающего и протезирующего двигательные функции, но и для ее восстановления и дальнейшего самостоятельного функционирования. Большинство конструкций экзоскелетов выполняют механическое имитирование движений конечностей, близкое к нормативному. Для непосредственного восстановления двигательной активности необходимо принудительное стимулирование мышц, а именно функциональное электростимулирование. Данный метод представляет собой курс терапевтического воздействия электрическим током на сохранившийся нижний мотонейрон с одновременным выполнением целевого упражнения при помощи конструкции экзоскелета. В результате такого комплексного воздействия восстанавливаются нейромышечные связи. В 2018 году была разработана система функциональной электрической стимуляции мышц для интеграции в экзоскелет отечественными авторами [11,5].

На сегодняшний день интеграция системы электростимуляции в конструкцию экзоскелета остается технически сложно реализуемой, но данная отрасль медицинской робототехники активно развивается и имеет свои результаты – созданы активные ортезы коленного сустава с внедренной технологией электростимуляции. Данные устройства считаются составной частью экзоскелета и успешно применяются в комплексной реабилитации пациентов с нарушениями двигательных функций нижних конечностей [1; 2,8; 3,7].

Таким образом, активное развитие медицинской робототехники и биоинженерии на сегодняшний день позволяет значительно поднять эффективность реабилитации пациентов со сложными нарушениями двигательных функций. Внедрение экзоскелетов в комплексе с технологией функциональной электрической стимуляции мышц должно выйти на ежедневно доступный вид лечения, что улучшит не только результаты пациентов, но и облегчит условия работы для специалистов реабилитационных учреждений.

Библиографический список:

1. Бедняк С.Г., Еремина О.С. Роботизированные экзоскелеты HALC (почувствуй себя HAL'ком) // Сборник научных трудов Sworld. 2014. Т. 2. № 1. С. 49–51.
2. Вережкин А.А., Ковальчук А.К., Кулаков Д.Б., Семенов С.Е., Каргинов Л.А., Кулаков Б.Б., Яроц В.В. Синтез кинематической схемы исполнительного механизма экзоскелета // Актуальные вопросы науки. 2014. № XIII. С. 68–76.
3. Воробьев А.А., Андрущенко Ф.А., Засыпкина О.А., Соловьева И.О., Кривоножкина П.С., Поздняков А.М. Терминология и классификация экзоскелетов // Вестник ВолгГМУ. 2015. №3(55). С. 71-78.
4. Воробьев А.А., Петрухин А.В., Засыпкина О.А., Кривоножкина П.В. Клинико-анатомические требования к активным и пассивным экзоскелетам верхней конечности // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2014. № 1. С. 56–61.
5. Даминов В.Д., Горохова И.Г., Ткаченко П.В. Антигравитационные технологии восстановления ходьбы в клинической реабилитации // ВВМ. 2015. №4. С. 33-36.
6. Даминов В.Д., Ткаченко П.В. Экзоскелеты в медицине: мировой опыт и практика Пироговского центра // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2017. Т. 12. № 4 (2), С. 17-22.
7. Дамулин И.В., Екушева Е.В. Процессы нейропластичности после инсульта. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014; (3): 69–74.
8. Фролов А.А., Бирюкова Е.В., Бобров П.Д., Курганская М.Е., Павлова О.Г., Кондур А.А., Турбина Л.Г., Котов С.В. Эффективность комплексной нейрореабилитации пациентов с постинсультным парезом руки с применением нейроинтерфейса «“мозг – компьютер”+экзоскелет» //

Альманах клинической медицины. 2016. 44 (3). С. 280-286.

9. Фролов А.А., Мокиенко О.А., Люкманов Р.Х., Черникова Л.А., Котов С.В., Турбина Л.Г., Старицын А.Н. Предварительные результаты контролируемого исследования эффективности технологии ИМК–экзоскелет при постинсультном парезе руки //Вестник Российского государственного медицинского университета. 2016. №. 2.

10. Черненко О.В., Шептунов С.А. Роботоассистирующая хирургия и роботы-экзоскелеты для реабилитации людей с нарушениями опорно-двигательных функций: мировые технологические лидеры и перспективы России // Экономика науки. 2015. Т. 1. № 2. С. 118-130.

11. Kastalskiy I.A., Khoruzhko M.A., Skvortsov D.V. A functional electrical stimulation system for integration in an exoskeleton. *Sovremennye tehnologii v medicine*. 2018. 10(3): 104–109.

12. Leipert J. Pharmacotherapy in restorative neurology. *Curr Opin Neurol*. 2008; 21: 639–643.

13. Miller E., Murray L., Richards L., Zorowitz R.D., Bakas T., Clark P., Billinger S.A. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2010; 41: 2402–2448.

14. Neuper C., Scherer R., Reiner M., Pfurtscheller G. Imagery of motor actions: Differential effects of kinesthetic and visual–motor mode of imagery in single-trial EEG. *Cognitive brain research*. 2015. 25(3): 668-677.

Пестрецова Валерия Владимировна
Pestretsova Valeriya Vladimirovna

студент магистратуры

ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет»

г. Владивосток

УДК 616.89-008.444

ПОДВИЖНЫЕ ИГРЫ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

OUTDOOR GAMES IN THE PHYSICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Аннотация: Эффективным методом работы с детьми с расстройством аутистического спектра является игровая деятельность. Игра несёт значимую роль в повседневной жизни и образовании детей как формы деятельности, создающей условия активного воздействия на физическое развитие и физическую подготовленность ребенка.

Abstract: An effective method of working with children with an autism spectrum disorder is playing activity. The game has a significant role in the daily life and education of children as a form of activity that creates the conditions for active influence on the physical development and physical fitness of the child.

Ключевые слова: подвижные игры, игра, аутизм, адаптивная физическая культура, проблема, расстройство.

Keywords: active play, play, autism, adaptive physical education, problem, disorder.

Аутизм по мнению Э. Блейера – это состояние ухода из внешнего мира и преобладание внутренней жизни, построенной на аффективных переживаниях человека [1, 214].

Для детей с расстройством аутистического спектра свойственны трудности, связанные с контактированием с людьми, слабость эмоционального реагирования, стереотипное поведение, аутистический уход в себя, потребность в неизменности окружающей обстановки, нарушение речи, проявление негативизма.

На современном этапе остается актуальной работа психологов и педагогов с детьми, которые отстают в развитии. Эффективным методом работы с такими детьми является игровая деятельность. Но при работе с ребенком синдрома Каннера приходится сталкиваться с рядом проблем, которые необходимо решать для того, чтобы развитие ребенка осуществлялось с положительной динамикой [2, 176-179].

Основным моментом при развитии синдрома детского аутизма на современном этапе считается нарушение нормального хода онтогенеза мозга, которое отображается в игровой деятельности ребенка.

В педагогике игровой метод относят к числу наиболее значимых и эффективных. Игра несёт значимую роль в повседневной жизни и образовании детей как формы деятельности, создающей условия активного воздействия не только на физическое развитие и физическую подготовленность ребенка, но в равной степени на его сознание, интеллект, чувства, поведение и психику в целом [3, 119]. В равной мере значение игрового метода касается и образовательного процесса детей с особенностями психофизического развития, в частности, имеющих интеллектуальную недостаточность [4, 191]. Целенаправленно подобранные подвижные игры, эстафеты, игровые композиции, имитационные игры способствуют развитию мелкой и крупной моторики, равновесия, скорости, ловкости, гибкости, точности и дифференцировки мышечных усилий, ориентировки в пространстве, стимулируют развитие физических, психомоторных и интеллектуальных способностей [5, 147].

При стереотипной игре выделяются положительные стороны для ребенка с расстройством аутистического спектра:

- ситуация комфорта внутри которой, ребенок чувствует себя спокойно;
- если поведение ребенка не поддается контролю, то с помощью игровой деятельности можно вернуть ребенка в уравновешенное состояние.

На начальном этапе ознакомления с игрой, стоит избегать прямых обращений к ребенку.

Первый контакт с ребенком необходимо организовать на соответствующем для ребенка уровне в соответствии с его активностью и индивидуализацией. После того, как с ребенком произошел положительный контакт, необходимо усложнять игру путем введения новых деталей. Внимание ребенка при установленном контакте должно быть постепенно направлено на процесс, это подтверждает уверенность в положительном результате при контакте.

Продуманные, целенаправленно подобранные игровые сюжеты являются своеобразными имитационными моделями проблемных ситуаций межличностного общения, содействуют одновременности и синхронизации коллективных действий для выполнения условий игры, направляют на соблюдение согласованности своих действий с действиями других, оказание помощи, принятия функций лидера, «поводыря». Игры позволяют моделировать ситуации, направленные на снятие эмоционального напряжения и других проблем социально неадаптированной личности особенного ребенка [6, 400]. Большое воспитательное значение заложено в устанавливаемых для играющих условиях и правилах игры. Регламентируя поведение и взаимоотношения игроков, они формируют у детей организованность, дисциплинированность и исполнительность.

Успешность проведения подвижных игр зависит от правильной организации игровой деятельности. Организация игровой деятельности должна учитывать целый ряд специфических принципов и рекомендаций, обусловленных особенностями психического развития детей [7, 512]. Предварительно продумывая ход игры, педагог должен предвидеть все возможные негативные ситуации (отказ от игры, сопротивление, стереотипное поведение) и заранее знать как разрешить подобный конфликт.

Библиографический список:

1. Блейлер Э. Аутистическое мышление. Аффективность, внушение, паранойя. СПб.: Алеф-Пресс, 2018. 214 с.
2. Лодинова О.А. Проблемы формирования и развитие игровой деятельности у детей с аутичным спектром развития // Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета. Серия: педагогика. Психология. 2017. № 4(6). С.176-179.
3. Южакова Т.П. Игра в нравственно-экологическом воспитании младших школьников: учеб. пособие. – Екатеринбург: УралГПИ, 1993. – 119 с.
4. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников: книга для учителя. М.: Владос, 2002. – 191 с.
5. Новицкий П.И. Подвижные игры адаптивной физической культуры: пособие для учителей адаптивной физической культуры. Витебск: УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2011. –147 с.
6. Мамайчук,И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами развития. СПб.: Речь, 2004. – 400с.
7. Выготский Л.С. Игра и ее роль в психическом развитии ребенка. М.: Эксмо, 2004. 512 с.

Частоедова Елизавета Владимировна
Chastoedova Elizaveta Vladimirovna
Студентка 5 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
E-mail: chastoedova-liza@mail.ru

Истомина Мария Сергеевна
Istomina Mariya Sergeevna
Студентка 5 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
E-mail: patunok@yandex.ru

Злоказова Марина Владимировна
Zlokazova Marina Vladimirovna
Научный руководитель
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии им. В.И. Багаева
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
E-mail: kf28@kirovgma.ru

УДК 159.9.072.432

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ СКЛОННОСТИ К РИСКУ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

FEATURES OF RISK APPETITE FOR MEDICAL STUDENTS

Аннотация: В статье анализируются особенности проявлений склонности к риску у студентов медицинского вуза. Установлено, что для студентов-медиков наиболее характерен высокий уровень поиска новых ощущений. Обнаружены взаимосвязи слабой силы между высокими уровнями реактивной и личностной тревожности и уровнями поиска новых ощущений и непереносимости однообразия.

Abstract: The article analyzes the peculiarities of the manifestations of risk appetite among students of a medical school. It is established that for medical students the highest level of searching for new sensations is most characteristic. There are interrelations of weak force between high levels of reactive and personal anxiety and levels of searching for new sensations and intolerance of monotony.

Ключевые слова: склонность к риску, реактивная и личностная тревожность.

Key words: risk appetite, reactive and personal anxiety.

Актуальность. В отечественных и зарубежных исследованиях нет единого мнения, позволяющего констатировать, является ли склонность к риску естественной для человека или же это патологическое состояние. Психоаналитики начала XX в. (вслед за Зигмундом Фрейдом) считали, что преодоление естественных страхов нельзя считать нормальным явлением, поэтому люди, любящие рисковать, имеют патологию мозга [3]. В исследованиях Лакреевой А.В. и Варухи Л.В. [4] показано, что склонность к риску является фактором девиантного поведения подростков.

Американский профессор М. Цуккерман еще в 1960-е гг. предположил, что за склонностью к риску стоит личностная черта, которую он назвал жаждой острых ощущений [5]. Эта черта может проявляться по-разному: и как погоня за приключениями с физическим риском, и как жажда нового эмоционального опыта, потребность в сопряженных с риском увлекательных и сильных переживаниях, и как склонность не столько к физическим, сколько к социальным рискам, включая опасное для здоровья поведение (пьянство, незащищенный секс), и как следствие повышенной нетерпимости к скуке, однообразию и монотонности. Цуккерман выяснил, что любители острых ощущений предпочитают занятия, где необходимо общаться с другими людьми и есть возможность рискнуть, бросить вызов самому себе и окружающим.

Склонность к риску имеет возрастную динамику, достигая своего пика в юности – в 20 с небольшим лет – после чего постепенно снижается. Это связано с гормональными изменениями переходного возраста: гормональные сдвиги стимулируют к сближению с рисковыми сверстниками, а какое именно занятие они выберут – зависит от конкретных социальных условий [5].

Склонность к риску представляет собой довольно устойчивую, но вторичную характеристику индивида, так как обуславливается наличием у человека других личностных особенностей. Имеются исследования, доказывающие, что у подростков с высоким уровнем тревожности склонность к риску ниже, чем у подростков со средним и низким уровнем тревожности. Социальные представления также зависят от уровня склонности к риску: высокий уровень склонности к риску имеет значимые связи с низкой ориентацией на социальные аксиомы (религиозность), низким стремлением к упорядоченности мира, отсутствием веры в персональный справедливый мир [1].

Имеются противоречивые данные о гендерных различиях уровня склонности к риску. По данным С. А. Ермолина, лиц с высоким уровнем склонности к риску среди мужчин больше, чем среди женщин, а лиц, имеющих низкую склонность к риску, значительно больше среди женщин. В исследовании М. А. Кленовой приводятся данные о том, что склонность к риску наблюдается у 27,5% девушек и 15,5% юношей [4].

Цель: исследование особенностей проявлений склонности к риску у студентов-медиков.

Задачи: 1) определить уровень склонности к риску у студентов медицинского вуза, сравнить показатели у юношей и девушек; 2) оценить уровни реактивной и личностной тревожности у студентов, выявить гендерные особенности; 3) сопоставить уровень склонности к риску с уровнями реактивной и личностной тревожности.

Материал и методы: В исследовании приняли участие 93 студента (65 девушек и 28 юношей) 2 и 3 курсов Кировского государственного медицинского университета в возрасте от 18 до 20 лет (средний возраст $19,3 \pm 0,11$ лет). Склонность к рискованному поведению оценивалась на основании опросника «Самооценка склонности к экстремально-рискованному поведению» М. Цуккермана, который состоит из шкал: шкала ПООР – поиск острых ощущений; шкала НО – непереносимость однообразия; шкала ПНВ – поиск новых впечатлений; шкала НСТ – неадаптивное стремление к трудностям. Реактивная и личностная тревожность определялась по тесту Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина.

Анализ результатов исследования проводился с помощью статистического пакета «STATISTICA 6». Проверка на нормальность распределения данных осуществлялась с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Результаты описательной статистики для данных, подчиняющихся закону нормального распределения или имеющих распределение, близкое к нормальному, представлялись в виде средней арифметической (M) и стандартной ошибки средней ($\pm m$). Для сравнения двух независимых выборок применяли параметрический критерий Стьюдента. Изучение корреляционных взаимосвязей осуществляли с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. В качестве критерия статистической значимости была выбрана вероятность случайной ошибки 5% ($p < 0,05$).

Результаты исследования. При оценке результатов исследования по опроснику «Самооценка склонности к экстремально-рискованному поведению» М. Цуккермана мы выяснили, что у 40% студентов высокий уровень поиска острых ощущений, у 32% - средний уровень. У большинства студентов (66%) средний уровень непереносимости однообразия и только 6% опрошенных не могут переносить однообразия в повседневной жизни. Также у большинства студентов (58%) зарегистрирован средний уровень по шкале «поиск новых ощущений», лишь у 8% студентов обнаружен высокий уровень. Неадаптивное стремление к трудностям на высоком уровне отмечено у 7% обследованных, 54% студентов имели низкий уровень.

Сравнив средние показатели по шкалам и процентное распределение по уровням выраженности у юношей и девушек, мы не выявили достоверных различий.

Оценка реактивной и личностной тревожности по тесту Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина показала, что у половины студентов низкий уровень реактивной тревожности, лишь у 3% обследованных выявлен высокий уровень. Значение этого показателя говорит о том, что в период исследования не было стрессовых ситуаций. Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. У большинства студентов (72%) зарегистрирован высокий уровень личностной тревожности. При сопоставлении результатов у юношей и девушек, мы выявили, что у девушек достоверно выше ($p=0,048$), чем у юношей средний уровень реактивной тревожности (соответственно $31,67 \pm 1,02$ и $28,04 \pm 1,50$ баллов) и средний уровень личностной тревожности ($p=0,0039$).

При использовании корреляционного анализа мы изучали взаимосвязи уровней тревожности с

уровнями склонности к рискованному поведению по каждой шкале. Связь слабой силы обнаружена между уровнем поиска ощущений и уровнем реактивной тревожности ($r=0,20$), уровнем непереносимости однообразия и уровнем реактивной тревожности ($r=0,27$), уровнем личностной тревожности ($r=0,24$). В остальных случаях наблюдалась очень слабая связь.

Выводы

1) У 40% студентов высокий уровень поиска острых ощущений и очень редко встречается высокий уровень непереносимости однообразия, поиска новых впечатлений, неадаптивного стремления к трудностям, гендерных различий не выявлено;

2) У половины студентов низкий уровень реактивной тревожности и у большинства обследованных (72%) – высокий уровень личностной тревожности. У девушек достоверно выше, чем у юношей средний уровень реактивной и личностной тревожности;

3) Имеются взаимосвязи между уровнями склонности к риску по шкалам и уровнями реактивной и личностной тревожности.

Библиографический список:

1. Авдулова Т.П., Мотылева Л.А. Социальные представления подростков, склонных к риску // Социальная психология и общество. – 2015. – Т.6. № 2. – С. 105-116.
2. Гуляева Ю.Е. Эмпирическое исследование склонности к риску у подростков с разным уровнем тревожности // Наука и общество в современных условиях. – 2015. – № 1 (3). – С. 40-42.
3. Ильин Е.П. Психология риска: Питер; СПб.; 2012). – 267 с.
4. Лакреева А.В., Варуха Л.В. Склонность к риску как фактор девиантного поведения подростков // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т.24. – С.141-146. – URL.:e-koncept.ru/2016/56427.htm.
5. Zuckerman M. Are you a risk-taker? // Psychology Today. – 2000. – Vol.33. – P. 52-57.

Пойманова Виктория Викторовна
Poimanova Victoria Victorovna

студент магистратуры, направление: «Адаптивная физическая культура»

E-mail: new_horizons@inbox.ru

Красников Юрий Александрович
Krasnikov Yuri Alexandrovich

научный руководитель, д.м.н., профессор
ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет»
г. Владивосток

УДК 616.711

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

PHYSICAL REHABILITATION DEGENERATIVE DISC DISEASE OF LUMBAR SPINE

Анотация: Физическая реабилитация больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника требует целенаправленного применения всех методов. Каждое из этих средств, сочетание их и объем нагрузки зависят от характера и локализации поражения и общего состояния больного.

Abstract: Physical rehabilitation of patients with osteochondrosis of the lumbar spine requires targeted use of all methods. Each of these tools, the combination of them and the amount of load depends on the nature and location of the lesion and General condition of the patient.

Ключевые слова: остеохондроз, поясничный отдел позвоночника, физическая реабилитация, лечебная физкультура.

Keywords: osteochondrosis (degenerative disc disease), lumbar spine, physical rehabilitation, physical therapy.

Время - ценный ресурс нашей жизни. Общество стремится ускорить процесс работы, заменяя человеческий труд машинным. Исходя из этого, большое число людей отличаются низкой активностью – малоподвижным и сидячим образом жизни. Из всех мышечных групп постоянную нагрузку несут лишь мышцы туловища и шеи, которые своим небольшим, но постоянным статическим напряжением сохраняют и поддерживают рабочие и бытовые позы. При нарастании утомления мышц туловища и шеи их амортизационную функцию берут структуры позвоночника. При неизменности образа жизни (т.е. если нагрузка на позвоночник продолжается), в нем развиваются вторичные дегенеративные изменения, а в первую очередь в межпозвонковых дисках. Это и обуславливает возникновение остеохондроза [5]. Остеохондроз позвоночника является распространенным заболеванием. Его развитие в поясничном отделе позвоночника выявляют чаще, нежели подобные нарушения других его отделов. Это связано с особенностями анатомического строения позвоночного столба, испытываемой интенсивной нагрузкой, а также с возложенными на него функциями.

Остеохондрозом позвоночника называют дегенеративно-дистрофические изменения межпозвоночных дисков с вторичными изменениями межпозвоночных дисков и паравертебральных тканей [6]. Термин «дегенеративные» (обменно-дистрофические) указывает в данном случае на то, что в основе этих болезней лежит нарушение обмена веществ, деятельности и питания различных систем позвоночника при отсутствии инфекционно-воспалительного компонента. При остеохондрозе дегенеративный процесс начинается со студенистого ядра межпозвонкового диска. Оно теряет влагу и центральное расположение, может сморщиваться и распадаться на отдельные сегменты. Фиброзное кольцо диска становится менее эластичным, размягчается, истончается; в нем появляются щели, разрывы, трещины [7]. В связи с часто рецидивирующими приступами болей временная нетрудоспособность достигает 27%, а инвалидность 3% (среди ортопедических заболеваний инвалидность составляет 28,7%) [4].

Применение физических методов реабилитации, в лечении остеохондроза поясничного отдела позвоночника, позволит укрепить мышцы туловища, тем самым приостановить развитие заболевания

и, в целом, улучшит качество жизни людей. Основными методами физической реабилитации являются: лечебная физическая культура, массаж, тракционная терапия.

Лечебная физкультура (ЛФК) – метод, использующий средства физической культуры с лечебно-профилактической целью для быстрого выздоровления и предупреждения развития осложнений болезни. ЛФК является неотъемлемой частью реабилитационных мероприятий при остеохондрозе, а при стихании болевого синдрома выходит на ведущее место. Кроме того, ЛФК – главный метод профилактики остеохондроза. При обострении заболевания специальные физические упражнения направлены на снижение патологической импульсации, улучшение кровообращения в пораженном сегменте позвоночника, уменьшение отека тканей. При стихании боли основной задачей ЛФК является ликвидация участков локальных гипотрофий и укрепление мышечного корсета. Это приводит к повышению мышечной выносливости к длительным статическим нагрузкам, позволяет снизить нагрузку на межпозвоночные диски и связочный аппарат позвоночника, избежать дальнейшей микротравматизации, таким образом, замедлить дальнейшее прогрессирование дегенеративно-дистрофического процесса. Пациент должен научиться владеть мышцами туловища, добиться согласования их в работе, восстановить навык правильной осанки и двигательный стереотип. Задачей ЛФК при остеохондрозе является стимуляция крово- и лимфообращения и тканевого обмена в пораженных конечностях и шейно-грудном отделе позвоночника; уменьшение болей и увеличение амплитуды движений; увеличение силы мышц туловища и конечностей и восстановление их тонуса; оздоровление всего организма больного [2].

Задачей лечебного массажа является восстановление утраченных функций органов и систем, уменьшение боли, улучшение кровоснабжения тканей, укрепление мышечного корсета. При остеохондрозе применяются классические приемы массажа направленные на расслабление, растягивание спазмированных мышц шеи, спины, конечностей, широко применяется точечный массаж биологически активных точек спины, мануальная терапия. При поясничном остеохондрозе наиболее тщательно проводят расслабляющий массаж мышц поясницы, ягодичной области, грушевидной мышцы, задней группы мышц бедра[1].

Тракционная терапия является очень старым лечебным методом. Во многих медико-санитарных частях, больницах, специализированных стационарах организуются кабинеты для тракционной терапии, а в ряде лечебных учреждений строятся бассейны для подводного вытяжения. Вытяжение эффективно только при начальных формах заболевания и любые методы тракционной терапии (на специальных столах, на наклонной плоскости, подводное вытяжение) противопоказаны при выраженных дегенеративных изменениях позвоночника. Применением тракционной терапии достигается: разгрузка позвоночника, снятие спазма паравертебральных мышц, уменьшение мышечных контрактур, снижение внутривдискового давления, увеличение высоты межпозвоночного диска, освобождение от сдавления нервных образований позвоночника. Тракция действует не прицельно на какой-то один сегмент, а на весь позвоночник сразу или на его большой участок [3].

В данной статье, мы рассмотрели основные методы физической реабилитации, при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника. Эффективность лечения и профилактики остеохондроза поясничного отдела позвоночника зависят от комплексного подхода. Необходимо правильно подобрать методы и скомбинировать их, при той или иной форме заболевания.

Библиографический список:

1. Белая Н.А. Лечебный массаж / Н.А. Белая. - М.: Советский спорт, 2001.- С. 300.
2. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура и массаж: учеб. пособие / В.А. Епифанов. - М.: ГЕОТАР –МЕД, 2002. – С. 558.
3. Епифанов, В.А., Епифанов, А.В.: Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика): руководство для врачей / - М.: МЕДпресс_информ., 2008. С. 85-86.
4. Каптелин, А.Ф. Лечебная физическая культура при дегенеративных изменениях в структурах позвоночника: руководство для врачей / А.Ф Каптелин. – М.: Медицина, 1995. - С. 88 - 92.
5. Милюкова И. В., Евдокимова Т.А. Лечебная физкультура / - СПб.: Сова; М.: Изд-во Эксмо, 2005. С. 862.
6. Осна, А.И. Остеохондроз позвоночника /А.И. Осна. - Новокузнецк: Здоровье, 2012. С. 117.
7. Попов, С.Н. Остеохондроз позвоночника: учеб. пособие / С.Н. Попов - М.: «Академия», 2004. С. 202-204.

Затеева Ксения Сергеевна
Zateeva Kseniya Sergeevna

Магистрант Дальневосточного федерального университета, школа искусств и гуманитарных наук; департамент физической культуры и спорта, направление «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья». E-mail: kseniya.zateeva@gmail.com

Журавская Наталья Сергеевна
Zhuravskaya Natalya Sergeevna

Профессор Дальневосточного федерального университета, школа искусств и гуманитарных наук; департамент физической культуры и спорта

УДК 616.8-009.18

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ПИЛАТЕСА НА БОЛЬШОМ ОБОРУДОВАНИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ

THE USE OF PILATES ON LARGE EQUIPMENT FOR THE CORRECTION OF POSTURE

Аннотация: В статье актуализируется понятие методики пилатеса на большом оборудовании, приводится анализ способа применения большого оборудования как средства реабилитации при нарушении осанки у лиц 30-40 лет.

Abstract: The article actualizes the concept of Pilates technique on large equipment, provides an analysis of the method of using large equipment as a means of rehabilitation for posture disorders in people 30-40 years old.

Ключевые слова: пилатес, нарушение осанки, большое оборудование, реабилитация.

Keywords: Pilates, poor posture, large equipment, rehabilitation.

Нарушение осанки в настоящее время носит массовый характер, что становится неотъемлемой частью жизни населения во всех странах, особенно в России. Отклонению от нормы практически не уделяется внимание в повседневности, это становится чем-то обыденным, ничем уже не удивительным, но нарушение остается. Несомненно, в обществе еще осталось понимание того, что это не есть норма, но постепенно границы стираются, и из-за так называемой «безысходности» люди «опускают руки» и принимают те или иные нарушения, как должное. И если подрастающему поколению и детям уделяется в этом аспекте максимальное из существующего внимание, называя нарушение осанки «бич современных детей», то взрослые уже смиренно принимают свою болезнь – как данность. Они объясняют это тем, что раз за осанкой не доглядели в детстве, то с этим уже ничего не поделать, а также различными факторами, связанными с работой, рабочим местом и просто повседневным ритмом взрослой жизни. И если последнее не является обоснованным оправданием, то вопрос о том, кто же занимается исследованием нарушений осанки у взрослых и поиском путей коррекции этих нарушений, имеет оправданное место быть. И правда, а кому есть дело до лиц, например, возраста 30-40 лет с незначительным на первый взгляд нарушением осанки? Но эти незначительные нарушения несут за собой неизмеримые последствия для всех жизненно-важных систем организма, что с возрастом дает о себе знать незамедлительно.

Итак, нарушение осанки – вопрос актуальный, изучаемый на протяжении длительного периода, к настоящему времени накоплен значительный фактический материал по данной теме, проведено множество исследований, написано и защищено столько же научных работ [3; 4; 5; 6; 8; 9]. Основным фактором современной науки является то, что в настоящее время имеется огромное количество исследований по нарушениям осанки детей и подростков, но, при этом, проблемы взрослых людей не учитываются, что, в свою очередь, является весьма актуальной проблемой в условиях современной действительности. Наоборот, ввиду забытости и малоизученности вопроса, возникает острая необходимость в современных средствах борьбы с данным типом отклонения в состоянии здоровья человека, в современных и новых методах, способах коррекции осанки. Таким образом, в настоящее время нарушение осанки у взрослых людей является острым вопросом современности, который должен решаться любыми эффективными средствами.

Пилатес, как метод исправления осанки достаточно прост и эффективен, в тоже время, не раз изучался в качестве способа корригирования различных типов осанки [1; 7]. Но ввиду развития

современных технологий, появления инноваций, зачастую возрождаются забытые традиции, которые совершенствуются и модернизируются. Отсюда стоит отметить, что большое оборудование для пилатеса переживает вторую волну популяризации и спроса на мировом рынке услуг – это тот самый случай возрождения первоначальных способов использования изобретений, что является достойным примером возрождения забытой школы. В нашей стране, в отличие от Запада, этот процесс только начал набирать обороты. В свое время, методика была поставлена на широкий коммерческий оборот, значительно упростив саму цель и средства занятий пилатесом.

Методика пилатес, ранее называвшаяся «контрологией» [2,15] появилась в начале XX века, и была создана автором с одноименной фамилией, послужившей действующему названию метода, Джозефом Пилатесом. Изначально система была разработана как средство реабилитации, ведь кровати-тренажеры – большое оборудование – появились во время Первой Мировой войны и были сделаны Джозефом из подручных средств. А именно, к больничным койкам привязывались ремни, веревки, пружины и прочие приспособления для восстановления опорно-двигательного аппарата и силы мышечного корсета во избежание развития и против гиподинамии у солдат, получивших травмы. Комплекс упражнений Пилатеса позволял даже лежащим больным непрерывно заниматься [11]. Далее ввиду ослабленной, малоразвитой поствоенной экономики и инфраструктуры кровати-тренажеры, уже после модернизированные Пилатесом и используемые им в собственной спортивной студии, утратили свой смысл и актуальность. И «в ногу» времени и моды фитнеса и спортивной индустрии пилатес стал отличной тренировкой для тела и духа, а система упражнений, разрабатываемая на кроватях, была заменена системой «пилатес мат», другими словами, появился пилатес на ковриках. Интерпретировать и создать замену было не сложно, ведь методика строится на разумном и грамотном подходе к тренировке своего тела и вывода двигательной активности на совершенный уровень. Подход этот прост, он строится на биомеханике, физиологии и анатомии с использованием определенных принципов, что и отличает данную методику от иных. Метод дает быстро понять и почувствовать свое собственное тело, «познакомиться с ним». А что может быть приятней и полезней знакомства с тем, с кем мы находимся дольше всего, от рождения до смерти – с нашим телом. Также, стоит отметить, что рассматриваемая система от прочих отличается своей доступностью, легкостью в понимании, восприятии, подходит любой возрастной категории.

Но стоит отдать должное тому, что положило начало данной оздоровительной школе, а именно кроватям, без которых не существовало бы всем известной и уже довольно распространенной методики пилатес. Основой эффективности средств пилатеса является регулярность проведения тренировок, которая составляет один из девяти принципов. Большое оборудование включает в себя основные разработанные Джозефом тренажеры: катиллак, реформер, бочка, стул. Эти тренажеры являются доступным и удобным средством развития возможностей своего тела не только на совершенном уровне, но и на начальном этапе освоения.

Методика Пилатеса как стабилизирует, так и мобилизует позвоночник, укрепляет мышцы центра, спины и остальные группы мышц, разрабатывает подвижность суставов, гибкость и эластичность связок, мышц и сухожилий. При этом, все работает в комплексе и совокупности, как единый целостный механизм. Поэтому и нужно совершенствовать все процессы в комплексе. Что касается реабилитации после травм и исправления осанки, то большое оборудование Пилатеса является уникальным нововведением XX века, которое приносит колоссальную пользу человечеству и в настоящее время. Механизм его настолько усовершенствован современными технологиями, что позволяет не только быстро восстановить и вернуть человеку утраченные функции или способности, но и учит чувствовать движение, как особую форму двигательной активности. Процесс получается быстрым и эффективным, так как в работе задействованы два действующих лица – инструктор лечебной физической культуры (ЛФК) и пациент. А грамотный и профессиональный инструктаж и непосредственное участие больного – дают искомый результат.

Мы уже обозначили, что нарушение осанки для лиц среднего возраста – тема малоизученная, в основном исследования касаются детей, чтобы предотвратить развитие изменений в раннем возрасте, приостановить процесс и скорректировать изменения уже случившиеся. Но как только человек перешагивает рубеж 18 лет, он практически перестает входить в группу респондентов. Пилатес, в свою очередь, подходит любой возрастной категории. Но для исследования интересны люди в возрасте от 30 до 40 лет, т.к. в этом возрасте зачастую активно начинают проявляться проблемы, связанные с нарушением осанки. Помимо того, что пилатес как средство ЛФК рекомендуют медицинские работники, по словам занимающихся, люди влюбляются в методику на

будничном уровне - занятия увлекательны, ибо каждое движение рассматривается, как вызов самому себе. С учетом антропометрических особенностей физическая нагрузка варьируется от начального до продвинутого уровня. Так в приемлемом и комфортном ритме и темпе выполнения упражнений тренировки приносят благоприятное воздействие на весь организм [10]. Позитивное влияние оказывается также на сердечнососудистую и дыхательную системы. В данную методику включено все, чтобы человек познал биомеханику физических процессов тела, без специальных знаний анатомии и физиологии.

Позвоночник человека – это очень непростой механизм, правильная работа которого влияет на функционирование всех остальных механизмов организма. Связочно-мышечный аппарат, межпозвоночные диски, суставы соединяют позвонки между собой. Они позволяют удерживать его в вертикальном положении и обеспечивают необходимую свободу движения. При ходьбе, беге и прыжках эластичные свойства межпозвоночных дисков, значительно смягчают толчки и сотрясения, передаваемые на позвоночник, спинной и головной мозг. Физиологические изгибы тела создают позвоночнику дополнительную упругость и помогают смягчать нагрузку на позвоночный столб. Если эта человеческая ось нарушается, независимо в сагиттальной или фронтальной плоскости, то позвоночник теряет свое предназначение, как следствие происходит нарушение систем желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, репродуктивной, дыхательной и других систем организма. Характеризуются вышеуказанные нарушения тем, что в результате изменений позвоночного столба мышцы живота и спины становятся слабыми, соответственно, происходит опущение органов брюшной полости, зажимаются мышцы спины, стягивая и закрепощая еще больше позвоночник, порождая дисбаланс межпозвоночных дисков. Кроме этого сдавливается диафрагма, побуждая неправильное дыхание; ослабляются мышцы тазового дна, центра, влияющие на поддержание здоровья половой системы; теряется точка опоры, отсутствует баланс и координация, что приводит к расстройству вестибулярного аппарата [10].

Все вышесказанное подтверждает актуальность исследования по влиянию средств пилатеса на большом оборудовании на состояние опорно-двигательного аппарата у лиц 30-40 лет с нарушением осанки. Основной целью которого будет являться разработка комплекса лечебных и корригирующих мероприятий на основе средств пилатеса. Таким образом, подобранный комплекс упражнений с использованием средств пилатеса на большом оборудовании позволит скорректировать нарушения осанки. А также расширить возможности физической реабилитации таких пациентов, которые могут широко использоваться в реабилитационных центрах.

Библиографический список:

1. Буркова О.В. Влияние системы Пилатеса на развитие физических качеств, коррекцию телосложения и психоэмоциональное состояние женщин среднего возраста: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук. М., 2008. 24 с.
2. Вейдер Синтия Пилатес от А до Я. М. Феникс., 2007. 320 с.
3. Волков А.М. Медико-психологическая характеристика нарушений осанки у детей и подростков: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М., 2008. 20 с.
4. Иванова Е.М. Антропологические аспекты изучения осанки тела у детей и взрослых: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата биологических наук. М., 2011. 24 с.
5. Клестов В.В. Формирование осанки: способы оценки, технологии коррекции нарушений: автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Пермь, 2004. 16 с.
6. Кудяшева А.Н. Физическая реабилитация нарушений осанки детей младшего школьного возраста: диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук. Набережные Челны, 2012. 147 с.
7. Рукавишникова, С.К. Применение средств пилатеса для коррекции функциональных нарушений позвоночника у студентов вузов: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук. СПб, 2011. 21 с.
8. Хвесько А.С. Морфофункциональные и соматотипологические особенности организма детей с нарушениями осанки: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Тюмень, 2015. 16 с.

9. Щербин С.Л. Разработка функциональных критериев диагностики и коррекции биомеханических нарушений при сколиозе позвоночника: автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата биологических наук. М., 2008. 23 с.

10. Latey, P. The Pilates method: History and philosophy. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 2001; 5(4): 82.

11. [Top Pilates: История пилатес \[электронный ресурс\] // Сайт школы-студии Top Pilates Еланской О.В. М., 2019.](http://www.top-pilates.ru/history/) URL: <http://www.top-pilates.ru/history/> (дата обращения: 15.01.2019)

Амичба Марта Мурмановна
Новомлинская Марина Николаевна
студентки 5 курса Медицинского института
НИУ «БелГУ», г.Белгород

AmichbaMartaMurmanovna
NovomlinskayaMarinaNikolaev
5th year students of the Medical Institute National Research University "BelSU", Belgorod

УДК 616.34

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ИХ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г.БЕЛГОРОД

DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT AND THEIR PREVALENCE AMONG THE POPULATION OF BELGOROD

Аннотация: в данной статье рассмотрены наиболее распространенные заболевания ЖКТ по Белгородской области, а также их соотношения среди городского и сельского населения.

Annotation: this article discusses the most common diseases of the gastrointestinal tract in the Belgorod region, as well as their ratios among the urban and rural population.

Ключевые слова: желудочно-кишечный тракт, заболеваемость, Белгородская область.

Key words: gastrointestinal tract, incidence, Belgorod region.

Актуальность: Заболеваемость населения является потенциальной основой для планирования ресурсов здравоохранения, необходимых для удовлетворения существующей потребности населения в различных видах медицинской помощи [12,13,16,2,7,9]. В 2018 году в целом по Российской Федерации зарегистрировано 161 241,5 случаев заболеваний на 100 тыс. населения[1,8,9,12,11,17,18]. Темп прироста заболеваемости с 2006 по 2018 гг. составил 15,0%, в т.ч. и патология желудочно – кишечного тракта, которая остается одной из важных и сложных проблем медицины[3,4,10,8].

Тема исследования: структура гастроэнтерологической патологии среди больных ОГБУЗ «Городская больница №2» г.Белгорода».

Объект исследования: частота патологий желудочно-кишечного тракта

Предмет исследований: «Патофизиологические аспекты и анализ патологии желудочно-кишечного тракта»

Задачи:

1. Проанализировать литературу по проблеме исследования.
2. Изучить нормативные и методические документы.
3. Проанализировать динамику развития заболеваний желудочно-кишечного тракта по их распространенности среди населения Белгородской области.

Результаты исследования: С панкреатитом на 2018 год, который включает: острый панкреатит (К85), хронический панкреатит алкогольной этиологии (К86.0), другие хронические панкреатиты (К86.1) поступило 430 человек, из них 36(7,3%) - это сельские жители, 394(92,7%) - городское население. С циррозом печени, включающий: алкогольный цирроз печени (К70.3), первичный билиарный цирроз, другие и неуточненные циррозы (К74.6) выявлено 196 человек, из них -17(6,3%) сельские жители, а городские-179(93,7%).С заболеванием гастрит: хронический атрофический (К29.4), хронический гастрит неуточненный (К29.5), гастрит неуточненный (К29.7), гастродуоденит неуточненный (К29.9), другие гастриты (К29.6) было госпитализировано 80 пациентов: 8(6,5 %) сельские жители, 72(93,5%) - городские. С язвой желудка: язва желудка хроническая без кровотечения или прободения (К25.7), язва двенадцатиперстной кишки острая с кровотечением (К26.0), язва двенадцатиперстной кишки острая без кровотечения или прободения (К26.3), язва двенадцатиперстной кишки хроническая без кровотечения или прободения (К26.7), язва двенадцатиперстной кишки неуточненная, как острая или хроническая без кровотечения или прободения (К26.9) состояло 100 человек, из них -5(5,1%) - сельские, а городские -95(94,5%).

Заключение

Заболевания ЖКТ относятся к числу наиболее часто встречающейся патологии среди

населения. Их социальное значение определяется не только распространённостью, но и хроническим рецидивирующим течением, обуславливающим значительную временную, а подчас и стойкую утрату трудоспособности. Осложнения, возникающие при тяжёлом течении и несвоевременном лечении этих заболеваний несут угрозу жизни больного. Исходя из проанализированных данных можно сделать вывод, что заболевания ЖКТ по Белгородской области наиболее распространены среди городского населения.

Библиографический список:

1. Василенко В.Х. Язвенная болезнь (современные представления о патогенезе, диагностике и лечении) / В.Х. Василенко, А.Л. Гребенев, А.А. Шептулин. М.: Медицина, 2017. - 288 с.
2. Крюкова А.Я. Отношение лиц молодого возраста, страдающих язвенной болезнью, к своему заболеванию / А.Я. Крюкова, Г.К. Ахмадулли-на // Рос. гастроэнтерол. журн. 2016. - № 4. - С. 118.
3. Логинов А.С. К вопросу о влиянии различных этиологических факторов и их роли в развитии язвенной болезни / А.С. Логинов, В.Ф. Алексеев, Г.М. Сальникова // Актуальные вопросы гастроэнтерологии. — М, 2017. Т. 2, №9. - С. 38-41.
4. Огороков, А. Н. Хронический гастрит / А.Н. Огороков, Н.П. Базеко. - М.: Медицинская литература, 2004.
5. Володина, Т. Ю. Гастрит / Т.Ю. Володина. - Москва: Наука, 2006. - 128 с. - 160 с.
6. Jesse, Russell Гастрит / Jesse Russell. - М.: VSD, 2012. - 430 с.
7. Берез, Виктор Гастрит, дуоденит / Виктор Берез. - М.: ИГ "Весь", 1999. - 965 с.
8. Бецкой, А. С. Гастрит и язва желудка. Профилактика и лечение / А.С. Бецкой. - М.: Феникс, 2005. - 160 с.
9. Ачкасов, Евгений Евгеньевич Острый панкреатит / Ачкасов Евгений Евгеньевич. - М.: Профиль, 2012. - 869 с.
10. Савельев В.С. Острый панкреатит / В.С.Савельев, В.М.Буянов,г. Ю.В.Огнев.-М.: Медицина,1983,-239с.
11. Савельев В.С. Панкреонекроз. Состояние и перспектива / В.С.Савельев, В.А.Кубышкин //Хирургия.- 1993.- Т.6.- С.22-28. 149. Толстой А.Д. Этиологические особенности острых панкреатитов (результаты изучения в специализированной клинике) / А.Д.Толстой, Ю.Н.Ульянов, А.М.Брук А и др. //Вест. хир.- 1996.- №4.-С.11-18.
12. Толстой А.Д. Лечение острого панкреатита на ранней стадии заболевания / А.Д.Толстой, С.Ф.Багненко.-СПб.:Питер, 2002.-251 с.
13. Травматический панкреатит / В.И.Филин, Г.П.Гидирим, А.Д. Толстой и др.- Кишинев: Штиинца, 1990.- 199с.
14. Трухан Д.И. Иммунный и неиммунный варианты острого панкреатита / Д.И.Трухан, В.Л.Полуэктов // Вестн. хир.- 2000.- №2.- С. 17-20..
15. Aldridge M.C. Pancreatic resection for severe acute pancreatitis / M.C.Aldridge, V.Ornstem, G.Glazer G // Br. J. Surg.-1985.- №72.- P. 196-200.
16. Alexandre J. H. Role of Total pancreatectomy in the treatment of Necrotizing Pancreatitis / J.H.Alexandre, M.T.Guerrieri V/ World J. Surg.- 1981.-№5.- P.369-377.
17. Allardyce D.B. Incidence ofnecrotizing pancreatitis and factors related to mortality / D.B. Allardyce // AM J. Surg.- 1987.- N154, №3.- P.295-299 .
18. Angelini G. Long-term outcome of acute necrohemorrhagic pancreatitis / G.Angelini, P.Pederoli, S.Caliari S // A4-years follow-up-Digestion.- 1984.-№30.- P. 131-137.
19. Balldin G. The effect of Peritoneal Lavage and Aprotinin in the treatment of Severe Acute Pancreatitis / G.Balldin, A.Borgstrom, S.Genell et al. // Res. Exp. Med. 1983.- №183.- P.203-213.

Новомлинская Марина Николаевна
Амичба Марта Мурмановна

Novomlinskaya Marina Nikolaevna
Amichba Marta Murmanovna
студентки 5 курса Медицинского института
НИУ «БелГУ», г. Белгород

УДК 616-007.61

РИСК ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНГИБИТОРОВ 5- α РЕДУКТАЗЫ ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИЛИ АЛОПЕЦИИ

RISK OF ERECTILE DYSFUNCTION ASSOCIATED WITH THE USE OF 5- α INHIBITORS FOR BENIGN HYPERPLASIA OF THE PROSTATE GLAND OR ALOPECIA

Аннотация: в данной статье оценивается риск эректильной дисфункции у мужчин, которые использовали ингибиторы 5- α редуктазы для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы или алопеции.

Annotation: this article assesses the risk of erectile dysfunction in men who have used 5- α -reductase inhibitors to treat benign prostatic hyperplasia or alopecia.

Ключевые слова: ингибиторы, 5- α -редуктаза, гиперплазия, эректильная дисфункция, алопеция.

Key words: inhibitors, 5- α -reductase, hyperplasia, erectile dysfunction, alopecia.

Ингибиторы 5- α редуктазы финастерид (5 мг) и дутастерид (0,5 мг) в основном используются для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы со вторым показанием к финастериду 1 мг для лечения алопеции. Хотя доброкачественная гиперплазия предстательной железы сама по себе является независимым фактором риска эректильной дисфункции [1], доказательство предполагает, что ингибиторы 5- α -редуктазы могут независимо увеличивать риск неблагоприятных сексуальных побочных эффектов [2-4], потенциально за счет индукции дефицита андрогенов ингибирование 5- α -редуктазы и уменьшение доступного 5- α -дигидротестостерона [5]. Кроме того, эти неблагоприятные эффекты могут быть стойкими или необратимыми, даже если лечение прекращено [6,7]. Кроме того, недавно был проведен мета-анализ побочных эффектов от половой жизни. В нескольких опубликованных клинических исследованиях, в которых оценивалась эффективность применения финастерида в дозе 1 мг при алопеции, сообщалось, что данные ограничены, имеют низкое качество и недостаточны для установления профиля безопасности препарата для лечения алопеции.

Это исследование было проведено с использованием британской базы данных клинических исследований Великобритании (CPRD), большой электронной базы данных медицинских записей, основанной на населении, которая содержит данные приблизительно о 10 миллионах человек. Участвующие врачи общей практики предоставляют данные в анонимном формате, включая медицинские диагнозы, данные об образе жизни (например, курение, индекс массы тела), данные о пребывании в стационаре и посещениях специалистов, а также данные о всех назначенных препаратах, включая состав и дозировку инструкции. Данные в CPRD собираются перспективно, и вся информация о заболеваниях и назначениях регистрируется в отсутствие гипотезы исследования, поэтому нет риска смещения отзыва. Валидационные исследования показали, что записанные данные имеют высокую точность: более 90% информации из медицинских карт, представленных вручную, имеется в кабинете врача общей практики, записанных на компьютере

Для исследований отобрали две группы мужчин, не имеющих факторов риска эректильной дисфункции и других сексуальных дисфункций или их лечения: мужчины в возрасте 40 лет и старше с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, которые получили рецепт на ингибитор 5- α редуктазы (финастерид или дутастерид) или блокатор α , или и мужчины в возрасте 18-59 лет с алопецией.

В исследовании доброкачественной гиперплазии предстательной железы воздействия были классифицированы как только ингибиторы 5- α -редуктазы, ингибиторы 5- α -редуктазы + α -блокаторы

или только α -блокаторы. В исследовании алопеции, воздействия были финастерид 1 мг или не лечение.

Используя случаи эректильной дисфункции, выявленные в когортном анализе, были проведены вложенные анализы «случай-контроль» для контроля возраста, календарного времени и факторов риска эректильной дисфункции. Кроме того, исключены случаи с диагнозом рак (кроме немеланомного рака кожи) в течение двух лет до даты индекса, потому что рак и его лечение могут быть связаны с развитием эректильной дисфункции ($n = 46$ в популяции с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, $n = 1$ в популяции алопеции). Для каждого подходящего случая использовалась выборка из набора рисков, чтобы сопоставить до четырех контрольных групп населения по году рождения (в течение двух лет), общему посещению врача, дате индекса (та же дата индекса, что и в случае совпадения) и году пациента началось в базе данных (в течение двух лет). Контроль должен был присутствовать в исследуемой популяции по дате индекса (то есть, дата индекса должна была быть между датой входа когорты кандидата в контрольную группу и датой цензора) и не должна была иметь диагноз или лечение эректильной дисфункции до даты индекса, или если был диагноз любого рака (кроме немеланомного рака кожи) в течение двух лет до даты индекса. Для доброкачественного совпадения «случай-контроль» при гиперплазии предстательной железы 5762 случая эректильной дисфункции имели четыре сопоставленных контроля в каждом, тогда как один случай сопоставлялся с тремя контролями, три случая сопоставлялись с двумя контролями, а один случай сопоставлялся с одним контролем. Для совпадения случай-контроль алопеции в 539 случаях было по четыре сопоставленных контрольных образца в каждом, тогда как четыре случая сопоставлялись трем контрольным, а три случая сопоставлялись двум контрольным.

Для когортного анализа доброкачественной гиперплазии предстательной железы были рассчитаны уровни заболеваемости эректильной дисфункцией и коэффициенты заболеваемости с 95% доверительными интервалами для каждой категории воздействия, по возрасту, календарному году и срокам использования (текущее, недавнее, прошлое или отдаленное прошлое). В анализе «случай-контроль», основанном на доброкачественной гиперплазии предстательной железы, мы использовали условную логистическую регрессию для расчета грубых коэффициентов шансов и 95% доверительных интервалов.

Для когортного анализа алопеции вычислялись уровни заболеваемости эректильной дисфункцией и коэффициенты заболеваемости с 95% доверительными интервалами для неэкспонированных мужчин и для пользователей финастерида 1 мг, по возрасту, календарному году и срокам применения финастерида 1 мг (текущий, недавний и прошлое). В анализе «случай-контроль» при вложенной алопеции мы использовали условную логистическую регрессию для расчета грубых отношений шансов и 95% доверительных интервалов, а также шансов, скорректированных с учетом индекса массы тела, статуса курения, продолжительности доброкачественной гиперплазии предстательной железы, сексуальной неэректильной дисфункции, гипертония, диабет, гиперлипидемия, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания печени, депрессия, злоупотребление алкоголем, злоупотребление наркотиками и получение рецепта β -блокатора в течение шести месяцев до даты индекса, чтобы оценить риск эректильной дисфункции у пользователей финастерида 1 мг при алопеции по сравнению с неэкспонированными мужчинами с алопецией.

Были случаи с мужчинами с диагнозом эректильной дисфункции или лечения (процедура или назначение ингибитора фосфодиэстеразы типа 5) во время наблюдения. Были рассчитаны уровни заболеваемости и скорректированные коэффициенты заболеваемости с 95% доверительными интервалами. Также проведены вложенные анализы «случай-контроль» для контроля основных нарушителей и рассчитаны скорректированные отношения шансов с 95% доверительными интервалами.

Результаты

В популяции с доброкачественной гиперплазией предстательной железы ($n = 71\ 849$) риск эректильной дисфункции не был повышен при использовании только ингибиторов 5- α редуктазы (коэффициент заболеваемости 0,92, доверительный интервал 95% от 0,85 до 0,99; отношение шансов 0,94, 95% доверительный интервал от 0,85 до 1,03) или ингибиторы 5- α редуктазы + α -блокатор (1,09, 0,99 до 1,21, 0,92; от 0,80 до 1,06) по сравнению только с α -блокаторами и оставались нулевыми независимо от количества назначений или времени применения. Риск эректильной дисфункции увеличивался с увеличением продолжительности доброкачественной гиперплазии предстательной

железы, независимо от воздействия. Для населения с алопецией (n = 12 346) риск эректильной дисфункции не был повышен для пользователей финастеридом 1 мг по сравнению с неэкспонированными мужчинами с алопецией(1,03, 0,73 до 1,44; 0,95, 0,64 до 1,41).

Заключение

Ингибиторы 5- α редуктазы, по-видимому, значительно не увеличивают риск возникновения эректильной дисфункции, независимо от показаний к применению. Риск эректильной дисфункции увеличивается с увеличением продолжительности доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Библиографический список:

1. Glina S, Glina FPA. Pathogenic mechanisms linking benign prostatic hyperplasia, lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction. *TherAdv Urol*2013;5:211-8. doi:10.1177/1756287213488236 pmid:23904860.
2. Thompson IM, Goodman PJ, Tangen CM, et al. The influence of finasteride on the development of prostate cancer. *N Engl J Med*2003;349:215-24. doi:10.1056/NEJMoa030660 pmid:12824459.
3. Andriole GL, Bostwick DG, Brawley OW, et al. REDUCE Study Group. Effect of dutasteride on the risk of prostate cancer. *N Engl J Med*2010;362:1192-202. doi:10.1056/NEJMoa0908127 pmid:20357281.
4. Rittmaster RS, Fleshner NE, Thompson IM. Pharmacological approaches to reducing the risk of prostate cancer. *Eur Urol*2009;55:1064-73. doi:10.1016/j.eururo.2009.01.037 pmid:19200641
5. Irwig MS. Persistent sexual side effects of finasteride: could they be permanent? *J Sex Med*2012;9:2927-32. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02846.x pmid:22789024.
6. Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ, Lucia MS, Klein EA. Chemoprevention of prostate cancer. *J Urol*2009;182:499-507, discussion 508. doi:10.1016/j.juro.2009.04.015 pmid:19524966.
7. Traish AM, Hassani J, Guay AT, Zitzmann M, Hansen ML. Adverse side effects of 5 α -reductase inhibitors therapy: persistent diminished libido and erectile dysfunction and depression in a subset of patients. *J Sex Med*2011;8:872-84. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02157.x pmid:21176115

Научное издание

Коллектив авторов

Сборник статей XXVIII Международной научной конференции
«Современные медицинские исследования»

ISBN 978-5-9907988-3-8

Научный медицинский журнал «Авиценна»

Кемерово 2019