Издательский дом «Плутон»

Научный медицинский журнал «Авиценна»

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

УДК 378.001

XXV Международная научная медицинская конференция

«Современные медицинские исследования»

СБОРНИК СТАТЕЙ КОНФЕРЕНЦИИ

26 ноября 2018

Кемерово

СБОРНИК СТАТЕЙ ДВАДЦАТЬ ПЯТОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ»
26 ноября 2018 г.
ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431
ISBN 978-5-9907998-9-9
Кемерово УДК 378.001. Сборник докладов студентов, аспирантов и профессорско-преподавательского состава. По результатам XXV Международной научной медицинской конференции «Современные медицинские исследования», 26 ноября 2018 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» .
Абдуллаева Асият Мухтаровна - кандидат биологических наук, доцент ФГБОУ ВО МГУПП.
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 Владимировнадоцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".
Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФБГОУ 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.
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 26.11.2018 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. ВОЛШЕБНАЯ СИЛА ТАЙ-ЦЗИ ЦЮАНЬ В БОРЬБЕ С БОЛЕЗНЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА.....4
Сапаргалиева А.Г.
2. НЕФРОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ АНТАГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ..... 6
Сайфудинова О.М., Разиков А.А.
3. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ДЗЮДО НА ЭТАПЕ НАЧАЛЬНОЙ СПОРТИВНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ..... 9
Камалова Ш.Х.
4. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АДАПТИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ СУХОЙ ИММЕРСИИ И ХРОМОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ «САНАТОРИЯ В ГОРОДЕ»..... 15
Возницкая О.Э.
5. ПОЧЕМУ МЕТАСТАЗЫ В СЕЛЕЗЁНКУ – ЭТО РЕДКОЕ ЯВЛЕНИЕ?..... 18
Рахмонова Ш.М., Белоус А.О., Рахмонова Б.Х., Джуразода Д.
6. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В КАЗАХСТАНЕ И МЕРЫ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ.. 22
Рахметова Б.Т., Сулейменова Р.К., Жалгасова А.А.

Статьи XXV Международной научной медицинской конференции «Современные медицинские исследования»

Сапаргалиева Анастасия Геннадиевна
студент магистратуры
ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет», г. Владивосток

Sapargalieva Anastasiya Gennadievna
Far Eastern Federal University
E-mail: newags@mail.ru

УДК 612.766.1

ВОЛШЕБНАЯ СИЛА ТАЙ-ЦЗИ ЦЮАНЬ В БОРЬБЕ С БОЛЕЗНЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

THE MAGICAL POWER OF TAI CHI CHUAN IN THE FIGHT AGAINST DISEASES OF THE SPINE

Аннотация: Искусство Тай-цзи цюань является проверенной временем системой профилактики и лечения заболеваний позвоночника. Комплекс упражнений «Девять нитей» системы Тай-цзи цюань направлен на построение оптимальной структуры тела, коррекцию двигательных стереотипов с одновременным развитием гибкости. Терпеливая и последовательная работа над комплексом – залог успеха в профилактике и лечении болезней позвоночника.

Abstract: The art of tai chi chuan is a time-tested system for the prevention and treatment of diseases of the spine. The complex of exercises "Nine strands" of the Tai Chi Chuan system is aimed at building an optimal body structure, correcting motor stereotypes while simultaneously developing flexibility. Patient and consistent work on the complex - the key to success in the prevention and treatment of diseases of the spine.

Ключевые слова: заболевания позвоночника, китайская медицина, система Тай-цзи цюань, комплекс «Девять нитей», гибкость спины.

Keywords: spinal diseases, Chinese medicine, Tai Chi Chuan system, the Nine Threads complex, back flexibility.

Тай-цзи цюань — один из самых известных «внутренних» стилей китайских единоборств. Данное искусство является проверенной временем утонченной системой упражнений для тела, разума и управления потоком энергии. Тай-цзи цюань идеально подходит для профилактики и лечения болезней позвоночника. Техника равно хороша для всех людей, независимо от их расовой, культурной и религиозной принадлежности [1]. Восточная медицина относится к позвоночнику человека намного серьезнее и совсем по-иному, чем европейская. Позвоночник, по утверждению китайских врачей, является главным жизненно важным органом тела человека. Лечение позвоночника — это решение первичных блокад, нормализация кровообращения и обменных процессов в центральной нервной системе (ЦНС), воздействие на кровообращение (множество сосудов проходят рядом с позвоночником и имеют иннервацию в нем), и как следствие, улучшение общего состояния организма.

Болезни позвоночника (остеохондроз, радикулит, сколиоз, кифоз, лордоз, и др.) – большая группа заболеваний, которыми страдает более 85,0% населения. Если полвека назад проблемы со спиной были в основном у людей пожилого возраста, то сидячий образ жизни и компьютеризация общества значительно «омолодили» болезни спины [2]. Основным препятствием для проработки гибкости спины чаще всего оказывается чрезмерная искривленность позвоночника в грудном отделе – грудной кифоз, а также изогнутая поясница – поясничный лордоз. Также часто встречается искривление позвоночника относительно центральной линии – сколиоз, обычно дополняемый различными нарушениями в близлежащих тканях [3]. Построение правильной (оптимальной) структуры тела в практике Тай-цзи цюань начинается с ломки неправильных двигательных стереотипов с одновременной наработкой гибкости. С точки зрения механики, позвоночный столб представляет собой многозвеньевую систему, вертикальность и прочность которой обеспечивает система растяжек (наподобие вант, удерживающих мачту парусного судна или строп, удерживающих

радиоантенну). Роль этих растяжек выполняет мышечно-связочный аппарат, прежде всего, самого позвоночного столба. Находясь в постоянном тоническом напряжении, они обеспечивают стабильность и, в тоже время, подвижность позвоночника.

«Девять нитей» (цзю сянь), входящий в систему Тай-цзи цюань – это комплекс упражнений для разминки и структурирования спины. Устраняет и предотвращает кифоз, поясничный лордоз, сколиоз, остеохондроз [4]. Рекомендуется выполнять «Девять нитей» каждый день утром и вечером. В данном комплексе путем динамических и изометрических сокращений задействованы три основных лечебных механизма:

- релаксация мышц;
- самомобилизация позвоночно-двигательных сегментов;
- укрепление мышечно-связочного аппарата.

С точки зрения нейрофизиологии движений, комплекс «Девять нитей» направлен на коррекцию патологического (дефектного) стереотипа движения и удержание позы за счет мобилизационных приемов и мощного проприоцептивного потока с периферии в ЦНС. Следует отметить, что для дефектного стереотипа характерен специфический внешний вид – гиперлордоз поясницы, кифозирование грудного отдела, приподнятые или выдвинутые вперед плечи, искривленная шея. Как пример, можно привести вторичный синдром патологии двигательного стереотипа, возникающий у женщин при ношении высоких каблуков [5]. Комплекс является вводным упражнением для выстраивания структуры тела и направлен на выпрямление (сглаживание) поясничного и шейного лордозов. В отличие от многих других мобилизационных техник (утренняя гимнастика, легкий бег и др.), комплекс «Девять Нитей» позволяет мягко и достаточно эффективно войти в состояние активности после утреннего сна. Выполнение комплекса перед сном позволяет подготовиться к полноценному отдыху (восстановлению) после напряженного дня. Практика показала, что, выполняя ежедневно (утром и вечером) комплекс «Девять Нитей», можно добиться оптимального сочетания максимально эффективного восстановления сил во время сна и достаточно быстрой подготовки к активным движениям после сна [6]. Основным принципом использования комплекса является терпеливая и последовательная тренировка. В результативности Тай-цзи цюань убедились миллионы китайцев, которым удалось сохранять бодрость духа и тела, несмотря на все перипетии многочисленных войн и трех последних революций.

Библиографический список:

1. Вон Кью-Кит. Тай-цзи цюань: Полное руководство по теории и практике. – М.: Изд-во «ФАИР», 2006 – 346 с.
2. Гитт В.Д. Здоровый позвоночник. Лечение нарушений осанки и телосложения, сколиозов, остеохондрозов. – М.: Изд-во «Единение», 2010. – 128 с.
3. Мазнев Н. И. Лечение остеохондроза. – М.: Изд-во «Лада», 2012. – 352 с.
4. Лукоянов В.В. Эволюция биоэнергетики боевых искусств: Материалы научно-методической конференции. – СПб., 2016. – 268 с.
5. Маслов А.А. Небесный путь боевых искусств. Духовное искусство китайского ушу. – СПб.: Изд-во «Путь», 2017. – 186 с.
6. Чжоу Цзунхуа. Дао тайцзицюань. Путь к омоложению. – М.: Изд-во «Эра», 2015. – 254 с.

Сайфудинова Одина Михайловна
Магистр второго курса по направлению" Кардиалогия"
Ташкентская Медицинская Академия
г.Ташкент.Р.Узбекистан
Тел: +998975122025
E-mail:xirurg-91.@inbox.ru

Разиков Абдунаби Абдурашидович
Кафедра внутренних болезней № 3 терапии медико педагогического факультета
Ташкентская Медицинская Академия
г.Ташкент.Р.Узбекистан
Тел: +998983066805
E-mail: abdunabi.58@.mail.ru

УДК 616.61+616.12-008.46-036.12:615.225.2

НЕФРОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ АНТАГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

NEPHROPROTECTIVE EFFECT OF ANGIOTENZIN 2 RECEPTOR ANTAGONISTS IN CHRONIC KIDNEY DISEASE AGAINST THE BACKGROUND OF CHRONIC HEART FAILURE

Анотация: С целью изучения особенностей функционального состояния почек у больных с хронической сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек обследованы 49 больных . Изучали действие Антагонистов рецепторов Ангиотензина II (телмисартан) на функциональные состояния почек при хронической сердечной недостаточностью путем оценки СКФ по расчетной формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) в мл\мин\1,73м.

Установлена что АРА II-телмисартан, подавляя активность ренин-ангиотензиновой системы улучшает гемодинамику почечной ткани, и этим улучшается функциональное состояние почек.

Anotation: The aim of the study is that to investigate the features of intrarenal hemodynamics in patients with chronic heart failure, for this 32 patients were investigated. The effect of angiotensin II receptor antagonists (telmisartan) on renal hemodynamics in chronic heart failure was studied by using the pulse-wave . It has been established that Telmisartan, suppressing the activity of the renin-angiotensin system, as well as increasing the blood supply in the renal tissues.

Ключевые слова: Хроническая сердечная недостаточность, антагонисты рецепторов ангиотензина II, хроническая болезнь почек.

Keywords: Chronic heart failure, angiotensin II receptor antagonists, chronic kidneys.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее важных медико-социальных проблем. Актуальность этой темы при ХСН происходит нарушение кровообращения в органах мишеней (головной мозг ,печень, сердце) в том числе и почек . В доступной литературе влияние ХСН на функцию почек весьма противоречивы и остается актуальным найти препарат влияющий на функцию почек. ХСН отличается высокой популяционной частотой, влиянием на состояние здоровья, работоспособность и продолжительность жизни населения [1] и постоянно увеличивающимися финансовыми расходами на лечение больных.

Прогноз у больных с ХСН крайне неблагоприятный.По международным данным, смертность среди них в 4-8 раз выше,чем в общей популяции соответствующего возраста.У больных с ХСН IY Кл по NYHA смертность в течение полугода достигает 44%.При не тяжелой ХСН в течение 4 лет с момента постановки диагноза живет лишь половина больных.[2].

В последние годы было показано, что к значительному ухудшению прогноза при ХСН считается нарушение функции почек, которое приводит повышение креатинина в сыворотке крови , снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), активация РААС ,изменение почечной гемодинамики.[3].

РААС играет важную роль в регуляции хронической сердечной недостаточности (ХСН), а также ряда других заболеваний. Под воздействием ренина из ангиотензиногена образуется

ангиотензин I . Под действием ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) ангиотензин I превращается в ангиотензин II.[4].

Ангиотензин II — основной эффекторный пептид РААС. Он оказывает сильное сосудосуживающее действие, повышает ОПСС, вызывает быстрое повышение АД. Кроме того, он стимулирует секрецию альдостерона, а в больших концентрациях — увеличивает секрецию антидиуретического гормона (повышение реабсорбции натрия и воды, гиперволемия) и вызывает симпатическую активацию. Повышенная активность тканевых РААС обусловливает долговременные эффекты ангиотензина II, которые проявляются структурно-функциональными изменениями в органах-мишенях и приводят к развитию таких патологических процессов, как гипертрофия миокарда, миофиброз, атеросклеротическое поражение сосудов мозга, поражение почек и др.[5] Одним из представителем АрА II является Тирегис (Телмисартан)

Цель исследования : Целью нашего исследования было изучение эффективности применения телмисартана на функциональные состояния почек у больных с ХСН II-III ФК и хронической болезнью почек.

Материалы и методы. Обследовано 49 пациентов (23 мужчин и 26 женщин) с клиническими проявлениями ХСН, находившихся на стационарном лечении в отделениях в отделениях кардиологии и кардиореабилитации 3- клиники ТМА, в возрасте 50-83 лет,средний возраст – 66,8 ± 9,8 лет. Из исследования были исключены больные с острой сердечной недостаточностью, острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, ревматическими пороками сердца, миокардитами. Всем больным были проведены общепринятые методы и сследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ , , СКФ по расчетной формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) в мл\мин\1,73м.

. Больные были разделены на II группы. I группа 27 больных (14 мужчин и 13 женщин) в течение 6 месяцев получали Антагонисты рецепторов аннгиотензина II (АРА II) Тирегис (телмисартан 40-80 мг в сут). II группа 22 больных (13 мужчин и 8 женщин) получали стандартную терапию (мочегонные, В блокаторы, АПФ ингибиторы).

Для исследования почечной функции после проведенной шести месячной терапии телмисартаном и стандартным лечением всем обследованным измеряли СКФ по расчетной формуле MDRD.

Результаты: У больных с ХСН отмечается снижение СКФ.

Прием Телмисартана, подавляющего активность РАС, вызвал улутшение СКФ и почечную гемодинамику на 19,1 % . Результаты исследования показали, что у больных первой и второй групп II ФК ХСН СКФ составила 72,1 ± 14,5 и 70,2±11,3 мл/мин/1,73 м2 с ФК III ХСН-65,4 ± 18,6 и 61,1±16,1 мл/мин/1,73 м2. Анализ исходных данных почечной гемодинамики показал что у пациентов первой группы II-III ФК ХСН на уровне правой и левой почечных артерий бали отмечены повышение RI и PI .На фоне 6-месячного лечения в первой группе больных с II и III ФК ХСН было отмечено повышение СКФ на 18, 17% ($p<0,05$); у больных второй группы с II и III ФК ХСН на 11 и 10%. На фоне лечения у больных первой группы отмечена улучшение показателей почечного кровотока: у больных на уровне провой и левой почечных артерий-снижение показателей RI 18 и 19 %, PI на 21 и 19 % ($p<0,05$) увеличение Vd-на 13 и 12 %,у больных второй группы составила RI 11 и 12 %, PI на 16 и 17 % ($p<0,05$) увеличение Vd-на 8 и 9 %.

Анализ исходных данных почечной гемодинамики показал что у пациентов первой группы II-III ФК ХСН Блокада АТ1-рецепторов, сопровождающая одновременной стимуляцией АТ2-рецепторов, приводит к расширению афферентной и эфферентной артериол, увеличивает почечную перфузию и одновременно снижает внутриклубочковое давление и гиперфильтрацию, что припятствует повреждающим эффектам АТ II.

Заключение. Шестимесячное лечение у больных ХСН II-III ФК с включением телмисартана улутшает показатели СКФ и почечного кровотока по сравнению у больных ХСН II-III ФК которые получали стандартную терапию. Обнаруженные свойства АРА подобным образом влиять на почечную функцию дает возможность , с одной стороны, использовать эти препараты как средства нефропротекции при хронических заболеваниях почек, а с другой – пытаться предотвратить развитие острой почечной недостаточности или быстро устранить последствия . Высокая эффективность АРА II на фоне небольшого спектра противопоказаний для назначения препаратов делают эту группу лекарств весьма перспективной для лечения больных различного профиля, среди которых существенную часть составляют больные с ХСН и патологией почек.

Библиографический список:

1. Амосова Е.Н. Блокада ренин-ангиотензин-альдостероновой системы в лечении ХСН: вопросы решенные и нерешенные / Е.Н.Амосова // Здоров”я Украіни. -2008. -№ 17 (198). – С.30-31.

2. Беленков Ю. Н, Мареев В. Ю, Агеев Ф.Т. Эпидемиологически исследование сердечной недостаточности: Состояние вопроса // Сердечная недостаточность -2002- С.95.

3. Резник Е.В, Гендлин Г.Е, Строжаков Г.И. <<Дисфункция почек у больных с хронической сердечной недостаточностью: Патогенез, диагностика и лечение >> // Сердечная недостаточность, Т.6. - № 6 (34), 2005 – С. 45-50.

4. Иванов Д. Д. Хроническая болезнь почек и кардиоваскулярные риски: поиск решений / Д.Д. Иванов // Здоров”я Украіни. -2007. -№ 12\1.-С. 16-17.

5. Мареев В.Ю Основные достижения в области понимания, диагоностики и лечения ХСН в 2003 году // Сердечная недостаточность -2004- С.102.

6. Renoprotective effects of rennin-angiotension-system inhibitors / D/ De Zeeuw, E J Lewis G.Remuzzi et.al. // Lanset. – 2006.- Vol 367,№ 9514.- P.900-905.

Камалова Шахло Хусниддиновна
Kamalova Shakhlo Husniddinovna
Студент магистратуры по специальности спортивная медицина, Ташкентская медицинская академия Республика Узбекистан.

УДК:613.31:612.66:796.966:-053.2

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ДЗЮДО НА ЭТАПЕ НАЧАЛЬНОЙ СПОРТИВНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ

FEATURES OF THE FUNCTIONAL STATE INVOLVED IN JUDO AT THE STAGE OF INITIAL SPORTS SPECIALIZATION

Аннотация: Проблема влияния физических нагрузок на функциональные состояния, занимает одно из центральных мест в спортивной физиологии. Выявлено что с увеличением стажа спортивных занятий у спортсменов дзюдоистов улучшается показатели интегративность восприятия мозга, индивидуальной адаптивных возможности, жизнедеятельность организма, повышению физической работоспособности, что указывается на положительную динамику изменения функционального состояния. Полученные результаты могут использоваться при проведении спортивного отбора на данном этапе спортивной подготовки дзюдоистов.

Abstract: The problem of the influence of physical activity on the functional state occupies one of the central places in sports physiology. It was announced that with increasing the length of time of sports activities in judo athletes, indicators of brain perception, individual adaptive abilities, vital activity of the body, increased physical performance improve, which indicates a positive dynamics of changes in the functional state. The results obtained can be used when conducting a sports selection at this stage of sports training of judoists.

Ключевые слова: дзюдо, функциональное состояния, внешнее дыхания, координационные способности, спортивный отбор, степ тест.

Keywords: judo, functional state, external breathing, coordination abilities, sport selection, step test.

Развития спорта Республики с каждом годом расширяет свой численный состав, завоевывая все более прочные и высокие позиции на международной арене. Достижения спортсменов страны убедительно способствуют укреплению авторитета республики на международной арене. Демонстрирующие молодежи спортсмены нашей страны, профессионалы индивидуальных и игровых дисциплин, красноречиво подтверждают, что они представляют страну с богатыми спортивными традициями. Символично, что Узбекистан не выпадает из разряда стран, где имеет место понимание важности этой истины. Опыт многих стран показывает, что государственная забота о судьбах сферы спорта и физической культуры непременно оборачивается многократной пользой. Таким образом, Правительственные структуры, общественные организации, спортивные ведомства страны первым делом создает все необходимые предпосылки для гармонично развитого, физического оздоровления детско-юношеской и молодежной среды общества.

В настоящее время в дзюдо определилась тенденция ранней специализации: так отбор детей в спортивные группы начинается с 5-7 лет, а официальные начальная подготовка проводятся уже в возрастной группе 11-14 лет.[1,2,3,7]. Диагностика и прогнозирование функционального состояния юных спортсменов позволяют корректно и эффективно выстраивать тренировочный процесс, избегая перенапряжения растущего организма.[8,9,10,12].

Вопросы особенностьях функциональные состояния борцов в детско-юношеском спорте рассмотрены в работа Афанасьева И.В;. Балышева Н.В;. Богоева; Третьяков А.А;. Кудрявцов М.Д Тупикина А.А; Илюхина В.А;. Земцовский Э.В;. Сивохов;. Ф.В.; Малинский И.И.; Изучены механизмы организма юных борцов к специфическим нагрузком. В том числе вопросы учета возраста (в годах) допуска к занятиям в группах: начальные подготовки, учебно тренировочное, спортивные совершенствования для начало спортивных занятий , по нашим данным, специально не изучалось.

На этапе начальной подготовки спортивной совершенствование в дзюдо тренерам-преподавателям важно соблюдать четкое дозирование напряженности тренировочных и соревновательных нагрузок у дзюдоистов. Это требование связано с процессом интенсивного роста и

полового созревания организма дзюдоистов. В свою очередь, корректное дозирование нагрузки возможно лишь при условии отслеживания динамики функционального состояния спортсменов, отражающей успешность адаптации их организма.[4,5,6,11].

Цель исследования. Цель нашего исследования – оценить функциональное состояние дзюдоистов 11-14 лет

Материал и методы исследования. База исследования: Городской детский подростковый диспансер и Детско-юношеская спортивная школа. Контингент испытуемых составили спортсмены 2004-2007 гг. р., только мальчики, n=20. Исследование проводилось в апрелье 2018 г

Для проведения исследования нами были отобраны следующие диагностические методики: функциональные пробы оценки функционального состояния системы дыхания (проба Штанге, проба Генчи); функциональные пробы оценки функционального состояния сердечно сосудистой системы (Гарвардский степ-тест).

Таблица 1

Результаты оценки функционального состояния дыхательной системы дзюдоистов

№ испытуемого, год рождения	Результаты выполнения тестов		Уровень функционального состояния
	проба Штанге, с	проба Генчи, с	
1 (2004)	35	33	средний
2 (2004)	45	39	хорошее
3 (2004)	60	52	отличное
4 (2007)	40	34	средний
5 (2007)	41	37	хорошее
6 (2007)	41	37	хорошее
7 (2005)	29	18	плохое
8 (2004)	37	30	средний
9 (2004)	35	30	средний
10 (2006)	39	33	средний
11 (2004)	30	25	плохое
12 (2007)	35	31	средний
13 (2004)	42	38	хорошее
14 (2004)	38	33	средний
15 (2004)	33	25	средний
16 (2005)	34	32	средний
17 (2007)	26	25	плохое
18 (2007)	33	30	средний
19 (2004)	32	28	среднее
20 (2004)	33	25	средний
M±σ	38 ±6	31±6	

Комплексный анализ по данным средние величины пробы Штанге для детей 11-14 лет

составляют 30-35 с, [1]. Результаты констатирующего эксперимента распределили испытуемых следующим образом: отличный величины результата в пробе Штанге показали 5% испытуемых, хорошое показатель составило – 20%, в пределах средней величины – 55%и плохое величины – 10%. При повторной пробе после нагрузки (20 приседаний за 30 с) время задержки дыхания в среднем сократилось в 2 раза, что является неудовлетворительным результатом ..

Показатели пробы Генчи, в основном, незначительно отличаются от показателей пробы Штанге: только у четвера спортсменов время задержки дыхания на выдохе составляет менее 40-60% от результата задержки дыхания на вдохе, при этом один спортсмен показал результат даже выше. По величине показателей пробы Генчи можно косвенно судить о высоком уровне обменных процессов, степени адаптации дыхательного центра к гипоксии.

Перейдем к рассмотрению результатов оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы юных дзюдоистов.

Таблица 2

Результаты оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы дзюдоистов

№ испытуемого, год рождения	Результаты выполнения тестов	
	Гарвардский степ-тест, величина индекс	Уровень функционального состояния
1 (2004)	90	Очень хорошая
2 (2004)	84	Очень хорошая
3 (2004)	85	Очень хорошая
4 (2007)	88	Очень хорошая
5 (2007)	65	средняя
6 (2007)	90	Очень хорошая
7 (2005)	85	Очень хорошая
8 (2004)	77	хорошая
9 (2004)	65	средняя
10 (2006)	78	хорошая
11 (2004)	100	высокий
12 (2007)	70	средняя
13 (2004)	60	средняя
14 (2004)	100	высокий
15 (2004)	100	высокий
16 (2005)	100	высокий
17 (2007)	94	отличная
18 (2007)	70	средняя
19 (2004)	95	отличная
20 (2004)	90	Отличная
Md	84,3	-

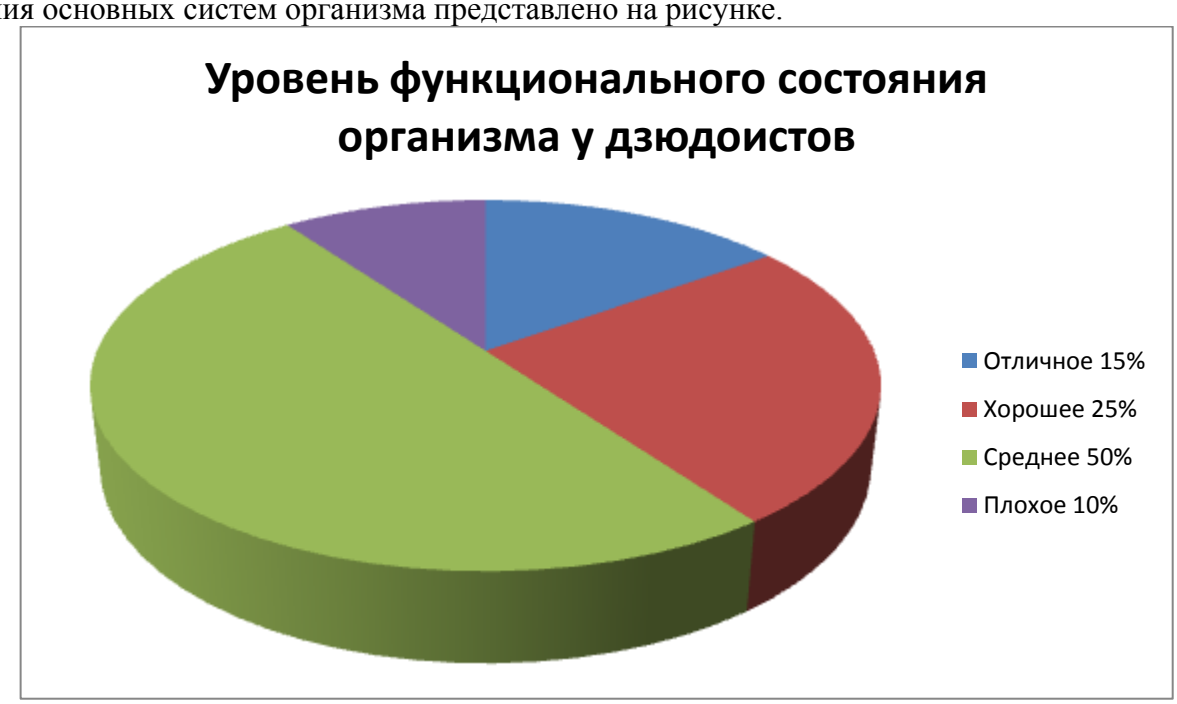
Из таблицы видно, что результаты выполнения теста в возрасте 11-14 лет, среднем и у большинства испытуемых что соответствует высокому уровню функционального состояния [1,13]. Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы по Гарвардскому степ-тесту показала, что 25% обследованных спортсменов имеют средний уровень функционального состояния, хорошую показатель-10%, очень хорошую показатель– 30%, высокий уровень – 20% и отличный – 15% . Оценка результатов испытуемых осуществлялась в сравнении со средними величинами индекса Гарвардского степ-теста для представителей ациклических видов спорта, которые приведены в таблице

Таблица 3.

Оценка результатов Гарвардского степ-теста (по Г.А. Макаровой)

Оценка	Величина индекса Гарвардского степ-теста		
	У здоровых нетренированных лиц	У представителей ациклических видов спорта	У представителей циклических видов спорта
Очень плохая	Меньше 56	Меньше 61	Меньше71
Плохая	56-65	61-70	71-80
Средняя	66-70	71-80	81-90
Очень хорошая	71-80	81-90	91-100
Хорошая	81-90	91-100	101-110
Отличная	Больше 90	Больше 100	Больше 110

В целом распределение группы обследованных дзюдоистов по уровням функционального состояния основных систем организма представлено на рисунке.



Следует подчеркнуть, когда проводилось обследование, испытуемых спортсмены своих возрастных группах и весовых категориях, что согласующимся с результатами оценки их

функционального состояния выявлено во время ВПН, когнитивной нарушения, связям со сгонкой веса . В то же время, на момент соревнований спортсмены не вышли на пик своей формы веса, что сказалось на ходе борьбы и результатах соревнований. Хотя в момент исследования их уровень выполнению результатов Гарвардского Степ теста по функционального состояния был выше среднего. Во время борьбы дыхание этих спортсменов было тяжелым, учащенным, сбитым, значение ЧСС – высоким, а восстановление – длительным. Мы связываем это со сгонкой веса, не дополнением питания и питьевого режима. Что определяет необходимость в дальнейшем с большим вниманием отслеживать состояние испытуемых на предсоревновательном этапе с целью коррекции тренировочных мероприятий, оптимизации состава восстановительных средств и программы питания также серьёзно относится питьевому режима.

Заключение.

1.Таким образом, в целом функциональное состояние обследованных дзюдоистов 11-14лет на базовом этапе спортивной подготовки находится на уровне выше среднего(очень хорошая). Исходя из полученных результатов, можно сказать, что объем и интенсивность тренировочного процесса на данный момент достаточны.

2.Данные таблицы свидетельствует, что показатели специальное выполненные по дзюдо в процессе занятий в дыхательные пробы очень важно при дыхательными упражнениями вырабатывается дыхания, которое имеет особое значения для этого вида спорта. Спортсмен при тренировке выполняет очень много двигательных движений и действий. Выполнять это приходится с большими мышечными двигательными напряжениями. Одним из важных требования для борцов-дзюдоистов является уметь правильно дышать. Овладения правильным дыханием дает высокие результаты в спортивном мастерстве.

3. Оценка проводилась путем сравнения полученных результатов с 6-10 лет детей берущий большой корригирующий воздействия и со средними результатами разных видов спорта. Что испытуемым включено эти виды спорта и для изучения особенности питьевого режима детей и подростков, занимающийся игровых и циклических видов спорта и единоборств для оценки клинико функциональное показатели организма спортсмена. Спортсмены этого вида спорта выбраны, чтоб сравнивать, провести анализ и оценить ранней отбор детей с начальной подготовительной группой. Дальнейшем предполагается оценить полученные результаты путем их сравнения с показателями функционального состояния по возрасту и физическая развития подготовленности детей.

4. В выбранного направления процессе динамических наблюдений установлена что состоят направленных на определения взаимосвязей и показателей функционального состояния организма спортсменов, структуре их подготовленности разработку критериев, нормативных шкал, для дифференциация весовых категорий , квалификации, тенденция по возрасту ранней специализации, функциональное подготовленностью борцов для управления процессом подготовки контроля и для выбора спортсменов.

Библиографический список:

1.Козырева Д.А., Варфоломеева С.З. Оценка функционального состояния дзюдоистов на этапе начальной спортивной специализации // Современные проблемы науки и образования–2013.–№6.;

2. Арефьев, В.Г. Основы теории и методики физического воспитания: учебник. – Камянец-Подольский П.П., Буйницкий О.А., 2011, С 73-81.

3.Иванов, С.М. Врачебный контроль и лечебная физкультура, 3-е издание-М.: ИНФРА, 2003.-437 с.

4. Введение в детскую спортивную медицину/ Т.Г. Авдеева, Л.В.Виноградова.-2009.-176 с. – (Серия Библиотека врача специалиста).

5.Копейкина Е.Н., Дрогомерецкий В.В, Кондаков В.Л., Ковалева М.В., Ермаков С.С. Модификация Гарвардского степ-теста для оценки функциональных возможностей студентов с отклонениями в состоянии здоровья // Физическое воспитание студентов. - 2016. - №> 4. - С. 44-50.

6.Анцыперов В.В. Координационная тренировка в подготовке юных дзюдоистов [Электронный ресурс] / В.В. Анцыперов, М.В. Филиппов, Т.А. Иванова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1-1.

7.Борисенко О.В. Влияние стажа тренировочных занятий на морфофункциональные показатели и физическую подготовленность мальчиков-дзюдоистов 8-10 лет / О.В. Борисенко, С.И. Логинов, Л.И. Лубышева // Теория и практика физической культуры. – 2013. – № 12. – С. 85-87.

8.Бредихина Ю.П. Физиологические и биомеханические механизмы координации ударных

действий у спортсменов-единоборцев / Ю.П. Бредихина, Ф.А. Гужов, Л.В. Капилевич и др. // Вестник Томского государственного университета. Серия «Психология и педагогика». – 2015. – № 394. – С. 194–200.

9.Карпеев А.Г. О многолетней стратегии спортивно-технической подготовки с учетом возрастных закономерностей развития двигательной координации / А.Г. Карпеев // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2008. – № 4 (38). – С. 35-39.

10.Козырева Д.А. Оценка функционального состояния дзюдоистов на этапе начальной специализации [Электронный ресурс] / Д.А. Козырева, З.С. Варфоломеева // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6. – URL: www.science-education.ru/113-11827 (дата обращения: 12.07.2017).

11.Корякин А.М. Использование индивидуально-психологического подхода в спортивном отборе в дзюдо / А.М. Корякин // Вестник Тамбовского университета. – 2011. – № 10. – С. 150-154.

12.Соколова Л.В. Динамика показателей функционального состояния центральной нервной системы спортсменов-единоборцев 12–14 лет / Л.В. Соколова, С.А. Сунцов // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Медико-биологические науки». – 2015. – № 4. – С.99-106.

13.Хорунжий А.А. Особенности функционального состояния юных спортсменов, занимающихся дзюдо / А.А. Хорунжий // Теория и практика физической культуры. – 2014. – № 10. – С.35.

Возницкая Оксана Эрвиновна
Voznitskaya Oksana
Кандидат мед. наук, доцент, врач-физиотерапевт
ООО «Клиника восстановительной медицины», г. Челябинск
E-mail: walto70@yandex.ru

УДК 616.83

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АДАПТИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ СУХОЙ ИММЕРСИИ И ХРОМОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ «САНАТОРИЯ В ГОРОДЕ»

AN EXPERIENCE OF USING OF THE ADAPTED METHOD OF DRY IMMERSION AND CHROMOTHERAPY FOR CHILDREN WITH PERINATAL DAMAGE OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN THE CONDITIONS OF “SANATORIUM IN THE CITY”

Аннотация. Представлено теоретическое обоснование и опыт применения адаптированной методики сухой иммерсии и селективной хромотерапии зеленым светом у детей первого года жизни с перинатальным поражением центральной нервной системы.

Abstract. The theoretical substantiation and experience of using the adapted method of dry immersion and selective chromotherapy with green light for children of the first year of life with perinatal damage of the central nervous system are presented.

Ключевые слова: хромотерапия, сухая иммерсия, перинатальное поражение нервной системы, реабилитация.

Key words: chromotherapy, dry immersion, perinatal damage of the central nervous system, rehabilitation.

Актуальность. По литературным данным, диагноз перинатального поражения нервной системы как основной или сопутствующий имеют около 90% пациентов неонатологических отделений [1]. Частота данного заболевания у детей первого года жизни достигает 715:1000. Гипоксические поражения встречаются с частотой 6 случаев на 1000 у доношенных новорожденных и у 33-70% недоношенных новорожденных [1]. Поражения нервной системы составляют около половины детской инвалидности, 70-80% случаев из них – перинатальные поражения [2]. Комплексное применение медикаментозных и немедикаментозных факторов является обязательным условием для повышения эффективности реабилитационных мероприятий, в том числе у детей с перинатальным поражением нервной системы [1, 2, 3, с.486]. В реабилитации детей активно используют массаж, плавание, музыкотерапию, психолого-педагогическую коррекция и психоэстетотерапию (коррекционная (кондуктивная) педагогика, психотерапевтическая коррекция в диаде «мать-дитя», музыкотерапия, тактильно-кинетическая стимуляция и другое) [1]; различные виды лечебной гимнастики и физиотерапии, в том числе миорелаксирующие и седативные методы [3, с. 488,489], гидромассаж, сухую иммерсию (имитация невесомости), кроватку «Сатурн» (эффект невесомости и вибромассаж), свето- и цветотерапию [2]. Включение в программу реабилитации немедикаментозных методов воздействия позволяет снизить лекарственною нагрузку на ребенка [2]. Все вышесказанное обусловливает поиски и апробирование новых методик немедикаментозного воздействия при перинатальном поражении нервной системы.

Целью исследования являлось обоснование лечебного применения адаптированного метода сухой иммерсии и хромотерапии зеленым светом, ретроспективная оценка эффективности применения методики.

Материалы и методы. Проведена адаптация методики сухой иммерсии к условиям стандартной бальнеолечебницы. В адаптированном варианте для процедур используют обычную бальнеологическую ванну вместо дорогостоящей, а потому зачастую малодоступной, иммерсионной кровати. Метод основан на частичной имитации внутриутробного состояния ребенка и заключается в помещении ребенка на полиэтиленовую пленку, свободно лежащую на поверхности воды, закреплённой на ванне специально изготовленной рамой, с одновременной селективной хромотерапией. Использована ванна бальнеологическая «Венеция» с джетами для хромотерапии, цвет - зеленый. Общий искусственный свет в помещении приглушен. Температура воды 37^0 С,

температура воздуха 24-25 ^{0}С. Длительность процедуры от 3 минут постепенно увеличивалась до 15 минут, 1 раз в день, ежедневно; на курс – 10 процедур. Обязательно присутствие на процедуре мамы, которая осуществляет с малышом визуальный, а при необходимости – речевой контакт для создания максимально комфортных условий.

Клиника, функционируя по модели «Санаторий в городе», принимала на лечение детей до 1 года с перинатальным поражением головного мозга. Пролечено 18 детей от 3 до 7 месяцев. Лечение проводилось амбулаторно, курс лечения – 2 недели, дети наблюдались педиатром и врачом – неврологом, получали необходимое медикаментозное и немедикаментозное лечение, в том числе массаж с элементами гимнастики, светолечение, магнитотерапию, и другие методы физиотерапии по показаниям.

Контингент пациентов обусловливает этический аспект проблемы и исключает возможность проведения академического статистического исследования. Поскольку объективная оценка компенсации неврологических нарушений на фоне проводимой терапии возможна лишь при длительном наблюдении, а частичная компенсация или формирование стойких органических синдромов происходит к году жизни, то после курса оценивали переносимость процедуры, субъективную оценку эффективности лечения мамами.

Теоретическое обоснование. В лечении детей до года, особенно недоношенных, педиатры рекомендуют сочетание двух-трех «мягких» методов физического воздействия с психоэмоциональной и психосенсорной коррекцией. Это помогает моделировать эффект так называемых «сенсорных комнат», применяемых в реабилитации более старших пациентов [2]. Важно создание максимально щадящих условий и применение наиболее мягких методик воздействия, в том числе создание максимально комфортного температурного и светового режима. Эти условия соблюдены при воздействии мягкого зеленого света, обладающего гармонизирующим и психорелаксирующим [4, с. 171] влиянием на нервную систему и неконтактного воздействия на обширную площадь кожи малыша теплой водой через пленку, с вовлечением большого количества термо- и механорецепторов. Создание максимально щадящих условий для ребенка и температурного комфорта способствует адаптационным процессам саногенетической направленности и является основой последующей реабилитации [2].

Анализ полученных результатов. Подход к реабилитации с позиций целостности организма, предусматривает коррекцию не только и не столько неврологических расстройств, сколько нейросоматических нарушений. У большинства малышей, принятых на лечение, имелась следующая симптоматика: лабильность пульса, мраморность кожи, выраженный дермографизм, срыгивания, нарушения сна.

В ходе процедур малыши, в основном, вели себя спокойно, успокаивались при исходном возбуждении. В ряде случаев. при увеличении длительности процедуры, малыши засыпали в ходе процедуры, некоторые продолжали бодрствовать. К концу курса у 72,2% детей частота и выраженность исходных симптомов уменьшилась. Отсутствовали случаи прекращения лечения из-за негативного отношения малыша к процедуре, усиления имеющейся симптоматики или появления нежелательных симптомов. Мамы малышей в 88,8% случаев оценивали результат комплексного лечения малышей как положительный, отмечали уменьшение возбудимости малыша, улучшение сна, уменьшение срыгиваний.

Адаптация методики для бальнеологической ванны делает сухую иммерсию доступной для широких слоев населения, в том числе в муниципальных медицинских организациях занимающихся IV этапом реабилитации детей с перинатальным поражением нервной системы.

Таким образом, методика сухой иммерсии, адаптированная для бальнеологической ванны, с хромотерапией зеленым светом может быть применима в комплексном лечении перинатального поражения нервной системы у детей до года.

Библиографический список:

1. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы с гидроцефальным и гипертензивным синдромами. Союз педиатров России, 2013 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/_kr_pp_cns_hydro.pdf (дата обращения: 20.11.2018)

2. Бомбардирова Е.П. Лечение и реабилитация перинатальных поражений нервной системы у детей первых месяцев жизни / Е.П. Бомбардирова, Г.В. Яцык, А. А.Степанов // Лечащий врач.

28.02.2005. URL: https://www.lvrach.ru/2005/02/4532155/ (дата обращения: 20.11.2018)

3. Физическая реабилитационная медицина: национальное руководство. Краткое издание. / под.ред. Г.Н. Пономаренко – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 512 с

4. Физиотерапия: национальное руководство / под. ред. Г.Н. Пономаренко – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 864 с.

Рахмонова Шахло Мухаммадюсуфовна
студентка лечебного факультета, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Алтайский государственный медицинский университета. г. Барнаул
Белоус Александр Олегович
студент лечебного факультета, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул
Рахмонова Б.Х.
студентка лечебного факультета, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Алтайский государственный медицинский университета. г. Барнаул
Джуразода Д.
студент лечебного факультета, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Rahmonova Shahlo Muhammadyusufovna
student of the medical faculty, Altai State Medical University, Barnaul
Belous Alexandr Olegovich
student of the medical faculty, Altai State Medical University, Barnaul
Rahmonova Bakhtiniso Hadyatulloevna
student of the medical faculty, Altai State Medical University, Barnaul
Djurazoda Dilshod
student of the medical faculty, Altai State Medical University, Barnaul

УДК 616.411

ПОЧЕМУ МЕТАСТАЗЫ В СЕЛЕЗЁНКУ – ЭТО РЕДКОЕ ЯВЛЕНИЕ?

WHY THE SPLEEN IS A VERY RARE SITE OF METASTASES.

Аннотация: В статье анализируются причины редкого развития метастазов в селезёнку. Приводится пример клинического случая, который доказывает необходимость более углубленного изучения этого явления. Также при колоректальном раке следует всегда обращать внимание на селезёнку и даже при незначительных её увеличениях осуществлять спленэктомию. В связи с тем, что она обладает мощной противоопухолевой активностью, необходимо уделить этому органу достойное внимание, так как возможно, результаты исследований её свойств противопухолевой защиты, помогут в открытии новых методов противоопухолевой терапии.

Abstract: The article analyzes the causes of rare development of metastases in the spleen. An example of a clinical case that proves the need for a more in-depth study of this phenomenon is given. Also, in case of colorectal cancer, one should always pay attention to the spleen, and even with minor enlargements, perform splenectomy. Due to the fact that it has a powerful antitumor activity, it is necessary to give this body a decent attention, as it is possible that the results of studies of its antitumor protection properties will help in the discovery of new methods of antitumor therapy.

Ключевые слова: Метастазы в селезёнку. Колоректальный рак и его метастазы. Спленэктомия.

Key words: Metastases in the spleen. Colorectal cancer and its metastases. Splenectomy.

Несмотря на то, что селезёнка является одним из самых хорошо кровоснабжаемых органов, в котором имеется огромное количество сосудов, в нём очень редко возникают опухолевые метастазы.

Вторичные опухоли очень редки, в литературе имеется мало данных о их клиническом и биологическом поведении. Основными первичными сайтами этих опухолей являются грудь, легкие, кожа, яичник, толстая кишка / прямая кишка. Метастазы из толстой кишки очень необычны, и левая кишка обычно является источником этих опухолей. Несмотря на свою богатую сосудистую сеть, селезенка очень редко участвует в метастазировании. Объяснение этому необычному свойству неясно, но конкретные анатомические и иммунологические особенности селезенки могут быть причиной редкости селезеночных вторичных опухолей.

Анатомо-физиологические характеристики селезёнки, которые препятствуют возникновению в нём опухолевых метастазов:

1. Острый угол впадения селезёночной артерии приводит к затруднению экспансии опухолевых клеток в селезёнку.
2. Ритмичные сокращения селезёнки приводят к выдавливанию опухолевых эмболов, что препятствует его размещению в селезёнке.
3. Отсутствие афферентных лимфатических сосудов, которые могли бы способствовать лимфогенному метастазированию опухоли в селезёнку.
4. Противоопухолевая активность из-за высокой концентрации лимфоидной ткани в селезенке.

Селезеночные метастазы часто протекают бессимптомно, поскольку селезенка является внутренним органом и имеет большой функциональный резерв. В литературе имеется относительно небольшое количество метастазов селезенки. Имеются результаты вскрытий и биопсий, выполненных Департаментом патологии, больница королевы Марии (Больница, обслуживающая более 1 миллиона населения в г. Гонконг). С 1973 по 1997 год были рассмотрены пациенты/трупы с наличием метастатических опухолей в селезёнку. Лимфоидные опухоли были исключены из анализа. Соответствующие пациенты из этих случаев были пересмотрены, чтобы подтвердить диагноз. Затем были проанализированы записи и информация, в том числе демографические данные, происхождение первичных опухолей и их гистология. Патологические особенности селезёнки каждого соответствующего пациента с первичным метастазом в селезёнку.

Метастатические заболевания, связанные с селезенкой, могут трудно идентифицируется по следующим причинам:

У пациентов которым, проводили данные исследования, метастазы в селезёнку протекали бессимптомно. Симптоматические поражения чаще всего наблюдались у женщин и у лиц молодого возраста.

- Большие селезеночные метастатические поражения чаще были симптоматическими. Однако некоторые селезеночные поражения были незначительными, и поэтому не могли быть идентифицированы.
- Многие из обнаруживаемых поражений были одиночными или диффузными, но не множественными.
- Эти вторичные поражения были легко различимы от первичных опухолей селезенки, таких как лимфоидные опухоли или гамартомы.

Таким образом, метастазы селезенки встречаются редко. Они часто были бессимптомными и были обнаружены как часть мультиорганных метастазов. Симптоматические случаи, хотя и редко происходят, но они могут привести к разрыву селезенки.

Неизвестно, почему метастазы от эпителиальных раков редки в селезенке, но распространены в других основных органах ретикулоэндотелиальной системы, у которых, подобно селезенке, лейкоциты проявляют продолжительное физиологическое внутрисосудистое транзитное время.

Селезеночные метастазы от колоректального рака - очень редкое явление. В литературе сообщается о нескольких случаях. Также сообщается дополнительный случай метахронного метастазирования селезенки от аденокарциномы сигмовидной кишки, через 3 года после постановки диагноза первичной опухоли. 62-летняя женщина была представлена для регулярного наблюдения после колэктомии по поводу аденокарциномы сигмовидной кишки. Компьютерная томография обнаружила два селезеночных метастатических узелка, в результате нахождения которых, была выполнена спленэктомия. Гистологический анализ резецированной селезенки показал хорошо дифференцированную метастатическую аденокарциному из толстой кишки. Пациентка выздоровела после операции, и через 10 месяцев у нее не было признаков заболевания.

Клинический случай

Женщина 57 лет, была доставлена по поводу кишечной непроходимости в течении 2 дней. Из истории болезни была проведена аппендэктомия. Компьютерная томография обнаружила непроходимость ободочной кишки, выше утолщения стенки сигмовидной кишки. Была выполнена колоноскопия при которой обнаружили язвенно-почкообразную опухоль, расположенную в сигмовидной кишке. Но после колоноскопии пациент жаловался на острые боли в животе, связанные с резвившемся перитонитом из-за перфорации опухоли; Пациентке в экстренном порядке провели илеостомию, после чего была выполнена илеоколектомия. Гистопатологическое исследование образца показало хорошо различимую аденокарциному сигмовидной кишки, которая проросла в серозную оболочку перфорировала её, с периневральной инвазией. Метастазы в лимфатические узлы

- два лимфатических узла из 12 были поражены опухолью. Поэтому опухоль была классифицирована как - IIIC (pT4bN1b, AJCC 2009). Пациентка была выписана из больницы, и ей была назначена адъювантная химиотерапия (капецитабин). Несколько месяцев спустя была выполнена лапароскопия. Спустя три года при КТ-сканировании, которое было проведено во время последующего наблюдения, было обнаружено два узла в селезенке, первый был расположен в верхнем полюсе размером 37 × 32 мм2; другой узел был расположен в средней части селезенки и измерен 22 × 18 мм2; Было решено провести спленэктомия по поводу метастазов из рака толстой кишки в селезёнку. Резецированная селезенка имела такие размеры как 15 × 9 × 3 см3. Гистологическое исследование показало, что эти узелки являются метастазами из хорошо дифференцированной аденокарциномы толстой кишки без капсульной инвазии. Опухоль состояла из крупных желез, выровненных нерегулярными столбчатыми клетками с эозинофильной цитоплазмой. Так же наблюдались большие очаги некроза в просвете опухолевых желез. После операции пациентка выздоровела, а после 6ти месяцев адъювантной терапии, была проведена псевдоадъювантная терапия(вторичная адъювантная химиотерапия).

Метастазы в селезёнку от негематологических опухолей очень необычны. Основными очагами первичных опухолей, которые метастазируют в селезенку, являются легкие, грудь, толстая кишка и прямая кишка, яичник, злокачественная меланома.

Клинически вторичные опухоли селезенки от колоректального рака чаще всего проявляются на более поздней стадии с участием развития вторичных опухолей других органов куда пошли метастазы от первичной опухоли. Изолированный метастаз селезенки от колоректального рака возникает очень редко. Эти опухоли часто метахронны, обнаруживаются во время наблюдения, редко их можно встретить синхронно с первичной опухолью. В большинстве зарегистрированных случаев левая толстая кишка является основным источником метастазирования, особенно в селезёнку, что указывает на то, что опухолевые клетки вторгаются в селезенку через брыжеечную вену. Первичные опухоли, диагностированные на поздней стадии, часто III или IV стадия, имеют тенденцию метастазировать к селезенке. У данной пациентки опухоль сигмовидной кишки, стадия - III, с перфорацией толстой кишки и вовлечением в процесс лимфатических узлов в соответствии с большинством зарегистрированных случаев в литературе. В данном случае, через три года после первоначального диагноза аденокарциномы сигмовидной кишки. КТ-сканирование, проведенное в течение периода наблюдения, обнаружило вторичное расположение опухоли в селезенке. Заболевание обычно протекает бессимптомно, диагноз метастатического заболевания подозревается при визуализации, в основном, посредством КТ-сканирования или при повышении уровня CEA (раковый эмбриональный антиген) во время наблюдения.

Прогноз метастазов селезенки от колоректального рака, по-видимому, улучшается спленэктомией. Разрыв метастатической селезенки может произойти, если его не удалить, что оправдывает практику спленэктомии, широко описанную в большинстве зарегистрированных случаев. Пациенты с метахронным метастазом имеют более благоприятные результаты. Но эти данные основаны на немногих зарегистрированных случаях из-за редкости заболевания, и необходимы более крупные исследования.

Селезенка является одним из хорошо васкуляризированных органов, но поразительно, очень редко участвует в метастазировании. Селезенка, по-видимому, является очень трудным местом для создания неопластических клеток из других органов. Было высказано несколько гипотез, чтобы понять это удивительное и парадоксальное свойство селезенки. Считается, что анатомические, физиологические и иммунологические особенности селезенки играют важную роль в низкой распространенности метастазов. В селезеночной паренхиме отсутствуют афферентные лимфатические сосуды, только лимфатические узлы, располагающиеся под селезеночной капсуле, это является причиной того, что большинство метастических опухолей находятся в субкапсулярной области. Ритмическое сокращение селезеночных синусоидов может препятствовать имплантации опухолевых клеток на сосудистые эндотелиальные клетки. Тот факт, что большинство метастазов происходит от левой толстой кишки, указывает на то, что опухолевые клетки достигают селезенки через брыжеечную вену кровяным ретроградным потоком. Кроме того, капсула селезенки представляет собой твердый физический барьер, предотвращающий проникновение опухолевых клеток в селезенку. Предполагается, что иммунологическое свойство селезенки является ещё одним защитным фактором против метастазов. Фактически, селезенка представляет собой большой ретикулоэндотелиальный орган с многочисленными лимфоцитами и макрофагами, которые

продуцируют различные химические вещества, разрушающие опухолевые клетки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Селезеночные метастазы от колоректальных раков являются необычными, мало что известно об их эпидемиологических аспектах и биологическом поведении. При последующем наблюдении пациентов с колоректальным раком, необходимо обратить внимание на любую предполагаемую массу селезенки, поскольку спленэктомия, по-видимому, улучшает эффективность лечения пациентов с метахронными опухолями. Для лучшего понимания этого редкого явления необходимы дополнительные исследования.

Библиографический список:

1. Интернет-источник: https://academic.oup.com/jscr/article/2016/11/rjw175/2528211 Режим доступа: 26.11.2018

2. Интернет-источник: http://turkjgastroenterol.org/sayilar/220/buyuk/8611.pdf Режим доступа: 26.11.2018

3. Интернет-источник: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22088922 Режим доступа: 26.11.2018

4. Интернет-источник: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306987711004865 Режим доступа: 26.11.2018

5. Интернет-источник: http://www.archivesofpathology.org/doi/pdf/10.1043/0003-9985%282000%29124<0526%3AMTTTS>2.0.CO%3B2 Режим доступа: 26.11.2018

Рахметова Бахытжан Тлепбековна
научный руководитель, младший научный сотрудник АО ≪Медицинский Университет Астана≫ г.Астана Казахстан
Rakhmetova Bakhytzhan Tlepbekovna
Scientific advisor and Junior research assistant, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan

Сулейменова Роза Калдыбековна
Кандидат медицинских наук, доцент АО ≪Медицинский Университет Астана≫ г.Астана Казахстан
Suleimenova Roza Kaldybekovna
Candidat of medical sciences associate professor, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan

Жалгасова Айгерим Ардаковна
студентка 4 курса «Общественное здравоохранение», АО «Медицинский Университет Астана» г. Астана, Казахстан
Zhalgasova Aigerim Ardakovna
Student of "Health Care", Astana Medical University, Astana, Kazakhstan

УДК 616.831.9-002.1

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В КАЗАХСТАНЕ И МЕРЫ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ

EPIDEMIOLOGICAL EVALUATION OF CASES OF MENINGOCOCCAL I INFECTION IN KAZAKHSTAN AND MEASURES FOR ITS PREVENTION

Аннотация: менингит – воспаление оболочек головного мозга и спинного мозга, **в**озбудителями являются менингококки, пневмококки, гемофильная палочка, стафилококки, стрептококки, сальмонеллы, синегнойная палочка, клебсиеллы, энтеровирусы Коксаки и ЕСНО, вирусы полиомиелита и прочие. Согласно статистике, ежегодно около 1,2 млн людей заболевают менингитом. 1 из 10 заболевших погибает из-за быстрого развития болезни, каждый пятый переболевший становится инвалидом или имеет осложнения со здоровьем.

Можно ли назвать уровень заболевания менингитом в Казахстане эпидемией или же это уровень обычной для данной местности?

Abstract: meningitis is inflammation of shells of cerebrum and spinal cord, causative agents are meningococci, pneumococci, hemophilic stick, staphylococcuss, streptococci, salmonellas, pseudomonian stick, klebsiella, enteroviruss of Coxsackie and Echo, viruses of poliomyelitis and other. According to statistics, annually about 1,2 million people fall ill meningitis. 1 from the 10 diseased perishes from mushroom growth of illness, each the fifth having had invalids or has complications with a health. Is it possible to name the level of disease meningitis in Kazakhstan by an epidemic or it is a level ordinary for this locality?

Ключевые слова: менингит, воспаление, эпидемия

Keywords: meningitis, inflammation, epidemic

Цель исследования: изучить и провести эпидемиологическую оценку случаев менингита в РК за 2015-2018годы.

Менингококковая инфекция - это сезонное заболевание. Для каждого региона и в целом по стране определяется пороговый уровень заболеваемости. Для Казахстана пороговый уровень составляет 2,1 случая на 100 тыс. населения, на сегодня уровень - 0,3, или 59 случаев. Для Алматы пороговый уровень - 4,1, на сегодня - 1,7, или 32 случая. Это не вспышка, это сезонный подъем заболеваемости менингококковой инфекцией. Неустановившаяся погода, дождь, слякоть, холод способствовали смещению цикличности заболевания. Многолетняя динамика менингококковой инфекции показывает, что в летний период заболеваемость спадает до единичных случаев».

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ данных по санитарно-эпидемиологической ситуации в Республике Казахстан за 2015-2018 годы Комитета охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения и Департамента политики общественного здравоохранения.

Результаты исследования и их обсуждение: заболевания, вызванные менингококковой инфекцией, регистрируются в Казахстане ежегодно, они характеризуются сезонностью в осенне-зимне-весенний период и цикличностью подъема заболеваемости каждые 3-5 лет. Последний подъем заболеваемости отмечался в 2015 году, когда заболело 424 человека, умерло 24. В этом году рост заболеваемости отмечается с 23 апреля, когда за неделю было выявлено 3 случая. Пик заболеваемости пришелся в период с 21 по 27 мая, было выявлено 15 случаев, из них 13 в Алматы, по одному в Алматинской и в Кызылординской областях. В настоящее время отмечается снижение заболеваемости в целом. Согласно рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и утвержденным в 2018 году правилам организации по управлению эпидемиями, при превышении эпидемического порога три случая в неделю на 100000 населения сначала проводятся противоэпидемические мероприятия, а затем при превышении порога 10 случаев в неделю на 100000 населения проводится вакцинация.

Несмотря на спад распространения инфекции, рекомендуется соблюдать меры предосторожности - избегать мест массового скопления людей, плохо вентилируемых помещений. Необходимо больше гулять на свежем воздухе, соблюдать личную гигиену, часто проветривать и делать влажную уборку в помещениях. В качестве профилактики менингококковой инфекции рекомендуется избавляться от хронических заболеваний носоглотки: фарингитов, ларингитов, тонзиллитов. Учитывая внезапное начало заболевания и тяжесть течения менингококковой инфекции, необходимо как можно раньше обращаться к врачу, от этого будет зависеть результат лечения и исход болезни[3 с19] .

Согласно статистике, ежегодно около 1,2 млн людей заболевают менингитом. 1 из 10 заболевших погибает из-за быстрого развития болезни, каждый пятый переболевший становится инвалидом или имеет осложнения со здоровьем.

Можно ли назвать уровень заболевания менингитом в Казахстане эпидемией или же это уровень обычной для данной местности?

Заболеваемость менингококковой инфекцией носит волнообразный характер. Показатель периодически ползет вверх в течение нескольких лет, после наблюдается стабильный спад на протяжении 8-10 лет. [6 с33] В Казахстане от менингококковой инфекции в 2013 году заболело 117 человек, из которых умерло 18, в 2014 – 119/15, 2015 – 424/21, 2016-120/ 7, 2017-62/11, 2018 – 58/12. В среднем менее 2 случаев на 100 тысяч населения. В России этот показатель в среднем держится на уровне 5 случаев на 100 тысяч населения, в странах Европы до 3заразившихся на 100 тысяч. Самый большой показатель у стран Центральной Африки – 20-25, доходя в неблагоприятные годы до 800 случаев на 100 тысяч населения.

Казахстан располагает всеми возможностями для оказания помощи и проведения эпидемиологического расследования. Все службы в областях оборудованы, имеется хорошо оснащенная лабораторная база для диагностики заболевания, лечебные учреждения оснащены медицинскими препаратами для своевременного оказания помощи. Одним из профилактических мероприятий, рекомендуемых ВОЗ, является тщательное расследование и выявление очагов болезни, а также выявление контактных лиц, чем сейчас и занимается казахстанская сторона. На сегодня, по данным Комитета охраны общественного здоровья, выявлено уже 4136 контактных лиц. Все они, как отметили в Комитете охраны общественного здоровья, взяты под медицинское наблюдение и проходят все положенные профилактические процедуры. Помимо этого, в городе Алматы и

Алматинской области ограничены все массовые мероприятия, а открытие летних оздоровительных лагерей перенесено до 18 июня. На территории Казахстана сегодня дифференцируются три серотипа менингококковой инфекции, где из 26 случаев в 16 выявлен серотип «А», в девяти случаях – «В» и только в одном случае – серотип «С». При этом у умерших был преимущественно выявлен серотип «А».

Установлены пять причин смерти среди пациентов: несвоевременное обращение заболевших за медицинской помощью (упущено время), в четырёх случаях заболевшие обратились на вторые сутки, в одном случае больной студент обратился на четвёртые сутки и ещё в одном случае (ребёнок) обратились спустя 9 часов с момента заболевания; обращение за консультацией к частнопрактикующим врачам; недооценка состояния и несвоевременная дифференциальная диагностика менингококковой инфекции медицинскими работниками частных медицинских центров; тяжесть течения заболевания на фоне органной недостаточности (селезёнка); в двух случаях летального исхода среди детей предположительный фактор переохлаждения – посещение бассейнов.

По данным управления здравоохранения, из 41 заболевшего 18 держали пост, а это 44%, а из шести умерших трое держали оразу. 14 пациентов выписаны.

Заключение: таким образом, в целях обеспечения проведения противоэпидемических мероприятий в целом по республике утверждено постановление Главного государственного санитарного врача РК "Об организации санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по менингококковой инфекции, которым даны поручения Управлениям здравоохранения, образования, Департаментам КООЗ областей гг. Астана и Алматы об обеспечении проведения соответствующих мероприятий. Учитывая, что в период священного месяца Рамадан большое количество населения посещает мечети, где не исключается скученность населения, проведена работа с религиозным объединением мусульман Казахстана и Комитетом по делам религий Министерства по делам религий и гражданского общества РК и поручено создание комфортных условий для проведения намаза (регулярного проветривания и влажной уборки с применением дезинфицирующих средств помещений всех мечетей республики) и информировании посетителей о необходимости при появлении первых симптомов заболевания обратиться к врачу и следовать всем его рекомендациям

Проводится санитарно-просветительная работа среди населения, в том числе в крупных торговых центрах, супермаркетах, объектах образования, а также через средства массовой информации и социальные сети. Все требования ВОЗ, которые необходимы для купирования ситуации, в стране проводятся в полном объёме.

Первый этап – это выявление очагов больных и определение круга контактных лиц, которые находились в тесном контакте с больными и проведение этим больным антибиотико-профилактики под наблюдением медиков. Второе – диагностика. Третье – это квалифицированное лечение.

Жители столицы активно прививаются от менингококка и ждут трехнедельный период, когда вакцина заработает, по мнению специалистов, болезнь с установлением хорошей погоды может отступить.

Библиографический список:

Захарова Е.В. Острые менингиты у взрослых. **Новосибирск2007 г.**

Лобзин Ю.В. Актуальные инфекции. СПб. Издательство: Фолиант 2003, с-128 с.

Арова, А. А. Острые менингиты у детей: этиология, клинические аспекты, терапевтические подходы / А. А. Арова, В. А. Петров, Л. В. Крамарь // Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики у детей: материалы Конгресса. 2008. - С. 19.

Королева И.С., Демина А.А., Платонов А.Е. и др. Эпидемиологический надзор за гнойными бактериальными менингитами: материалы 20-летних наблюдений// Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2003. - № 5. - С. 10-13

Лялина Л.В., Мациевская Е.А., Ермакова М.В., Кошелева Л.П. Эпидемиологичкский надзор за гнойными бактериальными менингитами в Мурманской области. // 2-я Российская конф. "Актуальные проблемы менингококковой инфекции и гнойных бактериальных менингитов". — М., 2008-С. 34

Ералиева Л.Т. Редкие виды бактериальных менингитов Педиатрия и детская хирургия 2009 №3(57) с-31-33

Богомолов Б.П. Диагностика вторичных и первичных менингитов. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2007; 6: 44-49.

Научное издание

Коллектив авторов

Сборник статей XXV Международной научной конференции
«Современные медицинские исследования»

ISBN 978-5-9907998-9-9

Научный медицинский журнал «Авиценна»
Кемерово 2018