АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на www.avicenna-idp.ru

ISSN 2500-378X Издательский дом "Плутон" www.idpluton.ru

Выпуск №16

КЕМЕРОВО 2018

19 марта 2018 г.
ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431
ISSN 2500-378X
УДК 378.001
Кемерово

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на www.avicenna-idp.ru
За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

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

Научный медицинский журнал **«Авиценна»**, входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.
Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru

Подписано в печать 19.03.2018 г.
Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.
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

Оглавление

1. ОРГАНИЗАЦИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СТРЕССАХ.....4
Якубова А.Б., Рузматов Ш.Х.
2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА» В ВОЕННОМ УЧЕБНО-НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ВМФ «ВОЕННО-МОРСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМ. Н. Г. КУЗНЕЦОВА»....6
Пугачев И.Ю.
3. КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНА ИНТОКСИКАЦИЙ, ВЫЗВАННАЯ УПОТРЕБЛЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ГРУППА ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ…….……..…16
Лобан И.А.
4. ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЗДОРОВЬЮ ЧЕРЕЗ ИЗУЧЕНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ВАЛЕОЛОГИИ…… ……...19
Мадазизова Д.Р.
5. ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ…….. ……22
Дудин С.А., Тарбеев А.К.
6. ВАЖНОСТЬ НАЛИЧИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА НА ПРЕДПРИЯТИИ ТОО «ЖАНАФАРМ»…… ……..31
Байсеитова А.М., Жетерова С.К., Хабижанова В.Б.
7. ДИАГНОСТИКА АГРЕССИВНЫХ ГЕМАНГИОМ ПОЗВОНОЧНИКА……..33
Аллаберганов О.С., Отаназаров О.К.
8. СТОПА — ФУНДАМЕНТ ТЕЛА…….……. ……..35
Самойлова Р.С., Самойлов С.П., Самойлова А.С.
9. РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БИОМИКРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПЕРЕДНЕГО СЕГМЕНТА ГЛАЗА…...…….……. ……..39
Хамидуллаева М.Б., Сидиков З.У., Сайдиганиева С.Х.
10. К ВОПРОСУ ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ПРОБЛЕМЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ….. ……..45
Полякова Е.О.

Якубова Азада Батировна
доцент, кафедра Факультет и госпиталь терапия Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан
Yaqubova Azada
assistant Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

Рузматов Шохрух Хасанбой угли
студент 5 курса Педиатрического факультета Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан
Rozmatov Shohrukh
student 5 courses of pediatric faculty of Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

УДК 615.874.2

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СТРЕССАХ

ORGANIZATION OF NON-DRUG TREATMENT FOR STRESS

Аннотация. Все болезни вытекает из стресса. В этой статье мы постарались показать безлекарственная лечение этого недуга.

Annotation. All deseases stem from stress. In this article we triedto show the non-drug treatment of this is not an arc.

Ключовке слово: стресс, лечения, исследования, диетотерапия, метод

Key words: stress, treatment, search, dietotherapy, method

Практически во всех странах мира, в том числе и в Узбекистане, увеличивается число лиц , переживших кризисные состояния. «Астения, являясь неспецифическим синдромом, обнаруживает, в зависимости от своего генеза достаточно высокую клиническую гетерогенность»[1]. Если органическая астения является предметом деятельности врача – психиатра, то с психогенной астенией приходится сталкиваться всем медикам, в том числе эндокринологам. Длительно протекающие хронические эндокринопатии, поражающие практически все органы и системы организма, приводят к изменению образа жизни, питания, необходимости пожизненных обследований и инъекций, разрушению жизненных планов, карьеры, ухудшению качества жизни. Следствием этого являются характерологические изменения личности эндокринного больного и астенизация нервной системы. Высокая распространенность, тяжесть и многообразие проявлений соматовегетативных синдромов и недостаточная эффективность методов восстановительного лечения, определяет актуальность данной проблемы. В практике современного врача немало средств восстановительного лечения астении и посттравматических стрессовых расстройств. Однако, наряду с медикаментозной терапией, немаловажное значение имеют дополнительные методы терапии, что особенно важно при лечении сахарного диабета»[3].

Цель: организация и изучение методов немедикаментозного восстановительного лечения больных, переживших тяжелый стресс.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры подготовки ВОП и эндокринологии функционирует кружок «Секреты эндокринологии», который под руководством научного руководителя к.м.н. доцента Рахметовой М.Р. призван проводить студенческую научно-

исследовательскую работу. Нами спланирована и проделана следующая работа. Отобраны комплаэнтные пациенты, находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении в Хорезмском областном эндокринологическом диспансере, пережившие сильный стресс (39 чел.). Все они получают лечение по поводу сахарного диабета не только у эндокринолога, но и невропатолога. Нами, под руководством лечащего врача проводились сеансы лечебной физкультуры на фоне медикаментозной и диетотерапии. Упражнения разработаны индивидуально для каждого больного» [2] с учетом возраста, веса, тяжести диабета, и также основного лечения. 10 пациентов отказались от физических упражнений, и они взяты в исследование как группа контроля для сравнения. Исследование показало увеличение эффективности инсулинотерапии и седативной терапии у 37 из 39 обследуемых (95%). В контрольной группе только у 3 (30%) пациентов удалось добиться нормогликемии и улучшения неврологического статуса.

Выводы:

- Только в комплексе с физическими упражнениями медикаментозное и диетическое лечение диабета достаточно эффективно
- Для каждого больного диабетом необходимо организовать и провести комплекс дозированных упражнений в дополнение к основному лечению.

Рекомендация:

- Учись определьят, какие именно ситуации вызывают у тебя стресс и обдумыват, как их можно избежать.
- Применяй техники для расслабления – йогу, медитацию, дыхательную гимнастику.
- Регулярно занимайся спортом. Физические упражнения являются одним из лучших способов профилактики и психические

Библиографический список:

1.Актуальные проблемы клинической неврологии\ Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции.29-30сентября 2009 года. СПб МАПО, Санкт-Питербург. С.57-58.

2. Диабет в Узбекистане\Журнал ассоциации эндокринологов Узбекистана. Ташкент, 2007 №1 ср.7

3. Рахметова М.Р. Сахарный диабет \Методическое пособие для студентов медицинских ВУЗов и врачей общего профиля. Ташкент, 2011 ср. 17

Пугачев Игорь Юрьевич
доцент кафедры физической подготовки, кандидат педагогических наук, доцент,
ФГКВОУ ВО Военный учебно-научный центр Военно-Морского Флота «Военно-морская академия им.Адмирала Флота Советского Союза Н.Г.Кузнецова». Санкт-Петербург
E-mail: pugachyov.i@yandex.ru

Pugachev Igor Yur`evich
Research assistant professor Chair of Physical training, Candidate of pedagogical sciences, associate professor, FGKVOU VO Military training and scientific center of the Navy «Naval Academy named Admiral N.G.Kuznetsov». Saint Petersburg., E-mail: pugachyov.i@yandex.ru

УДК 796:001.89

СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА» В ВОЕННОМ УЧЕБНО-НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ВМФ «ВОЕННО-МОРСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМ.Н.Г.КУЗНЕЦОВА»

CONTENT OF DISCIPLINE «PHYSICAL TRAINING» IN THE MILITARY TRAINING AND SCIENTIFIC CENTER OF THE NAVY «NAVAL ACADEMY NAMED ADMIRAL N.G.KUZNETSOV»

Аннотация: представлено содержание дисциплины «Физическая подготовка» в Военном учебно-научном центре ВМФ «Военно-морская академия им. Н. Г. Кузнецова» через уяснение вопросов: чему способствует физическая подготовка; цель, общие и специальные ее задачи; предмет изучения дисциплины; порядок прохождения разделов и тем обучающимися, к числу которых преимущественно относятся «Военно-прикладное плавание», «Рукопашный бой», «Ускоренное передвижение и легкая атлетика», «Спортивные и подвижные игры», «Гимнастика и атлетическая подготовка», «Комплексные занятия».

Abstract: is represented the content of discipline «physical training» in the Military training and scientific center of the Navy «Naval Academy named Admiral N. G. Kuznetsov» through understanding of the questions: to what physical training contributes; purpose, its general and special tasks; the object study of discipline; the order passage of the divisions and thereby training, number of which predominantly includes «applied military floating», «hand-to-hand combat», «accelerated movement and the track and field sports», «sport and mobile games», «gymnastics and athletic preparation», «complex occupations».

Ключевые слова: физическая подготовка; содержание; образовательный процесс; военно-морской вуз; цель; специальные задачи; дифференциация.

Keywords: physical training; content; educational process; military Naval institution; purpose; special tasks; differentiation.

Введение. Актуальность исследования обусловлена необходимостью периодического уточнения адекватности направленности и содержания физической подготовки в Вооруженных Силах государства, в частности, в Военно-Морском Флоте (ВМФ) России, поскольку поддержание боевой готовности атомных подводных лодок и надводных кораблей играет решающую роль в сохранении благоприятного мирного баланса на планете. В свою очередь, физическая подготовка является основным элементом боевой готовности военнослужащих к выполнению учебно-боевых задач и одним из направлений повышения боеспособности личного состава и подразделений.

Опыт реализации боевых походов кораблей ВМФ России в период активных проявлений террористических действий и угроз формирований ИГИЛ, «Аль-Каиды», «Талибана», «Джабхат аль Нусра», «Боко Харам» и др. в Сирийской Арабской Республике настоятельно требует сопоставления, анализа и оценки результатов подготовки моряков-специалистов в военно-морском вузе в мирных условиях и в условиях современной войны, сегодняшнего объективного морского боя.

Учебная дисциплина «Физическая подготовка» предполагает периодическое изменение ее содержания в связи с диалектическим развитием общества и научного познания окружающей действительности. При соответствующем обосновании и конкретизации информации о содержании процесса улучшения физического состояния человека в результате систематического выполнения упражнений и воздействия благоприятных условий, появляется возможность модернизации учебного и тематического плана, легального включения новых понятий в рамки дисциплины.

Под «содержанием» в широком методологическом смысле философской сущности понимается совокупность элементов, образующих вещь (предмет, явление, процесс и т. п.), их взаимодействий, отношений, взаимосодействий и вызываемых ими перспективных качественных изменений.

Применительно к теории и методике физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуре во взаимосвязи с образовательным процессом в вузе, «содержание» как понятие предполагает формы и принципы физической подготовки, упражнения (двигательные действия), количественно-временной показатель, компоненты методики, педагогический контроль, а также ряд биометрических параметров моделирования, прогнозирования и здоровья [1, с. 63; 2, с. 11–17; 3, с. 20–22; 5, с. 8–10; 6, с. 3–5; 22, с. 45–49; 24, с. 38–40].

Вместе с тем, по мнению Р. М. Кадырова с соавторами [4, с. 4–16], содержание учебной дисциплины «Теория и методика физической культуры» постоянно в ходе исторического развития будет иметь терминологические неточности в связи с получением новых научных данных. К примеру, в педагогике в качестве средств обучения обычно выделяется учебник, учебное пособие, письменные принадлежности, интерактивные доски и т. п. В физической культуре (подготовке) главным средством принято считать физическое упражнение, которое выступает и в роли метода. По логике, физическое упражнение должно рассматриваться не просто как средство, а как составная часть содержания физической культуры.

Целью обзорно-практической работы являлось уточнение концептуальных положений содержания учебной дисциплины «Физическая подготовка» в Военном учебно-научном центре Военно-Морского Флота «Военно-морская академия им. Адмирала Флота Советского Союза Н. Г. Кузнецова» (ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия») по состоянию на 2018 год.

Методами исследования являлись: теоретический анализ и обобщение; наблюдение; профессиографический анализ; прогнозирование; контент-анализ; анкетный опрос и интервьюирование.

Результаты исследования. Ключевые вопросы содержания учебной дисциплины «Физическая подготовка» в ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия», на наш взгляд, целесообразно рассмотреть, отразив следующие положения: чему способствует физическая подготовка; цель, общие и специальные ее задачи; предмет изучения дисциплины; порядок прохождения (реализации) разделов и тем в образовательном процессе вуза, имеющем свою индивидуальность, поскольку учебное заведение ВМФ не входит в Болонскую систему интеграции в связи с подготовкой специалистов для ведения боевых действий в Мировом океане (на море; водной акватории и т. п.).

Проведенным нами анализом термина «физическая» установлено, что прилагательное «физическая» есть производное от корня «физик». Существительное от этого корня – «физика». Это слово впервые встречается в сочинениях древнего философа Аристотеля (384–322 гг. до н. э.) и в переводе с греческого ta physika, от physic означает природа. В русский язык это слово ввел в XVIII веке М. В. Ломоносов, когда издал в переводе с немецкого языка первый учебник физики. Следовательно, физика – это наука о природе, изучающая простейшие формы и вместе с тем наиболее общие свойства материального мира. Вследствие этой общности физика и ее законы лежат в основе всего естествознания. На стыке физики и других естественных наук возникла биофизика (от греч. bios – часть сложных слов, соответствующие по значению слову «жизнь») – наука, изучающая физические и физико-химические явления в живых организмах и физиология (от греч. physic – природа и логия) – наука о жизнедеятельности целостного организма и отдельных его частей. Таким образом, физика включает исследование как неживой природы, так и живого мира, т. е. биофизическую подготовку человека с соответствующим содержанием [14, с. 98].

Обращаясь к вопросу «Чему способствует физическая подготовка?», отметим, что колоссальным количеством диссертационных исследований по специальностям 13.00.04, 13.00.08, 13.00.01, 13.00.03, 13.00.02, 14.02.00, 14.01.00, 19.00.02, 19.00.04, 19.00.07, 19.00.10, 24.00.01, 03.03.01, 03.03.05, 03.01.04, 03.01.02 и др. установлены широкие возможности воздействия физической культуры, как на различные функциональные системы организма человека (нервную, иммуногенеза; эндокринную; двигательную, мышечную; управления движениями; лимфатическую; крови; кровообращения; сердечно-сосудистую; дыхательную; кардио-респираторную; пищеварительную; обмена веществ, сенсорную, поддержания гомеостаза; психофизиологических резервов и др.), так и на результативность его профессиональной деятельности и другие показатели, и явления. Формами воздействия физической подготовки на вышеуказанные показатели в

современных условиях являются: во-первых, усиление степени воздействия показателей функционального состояния организма на успешность учебно-боевых приемов и действий; во-вторых, учет доминирующей значимости аэробной выносливости в длительных эффективных действиях военнослужащих на фоне кумуляции утомления; в-третьих, представление о совершенствовании физических качеств как поэтапном процессе, предполагающем закономерности развития структуры физической подготовленности в онтогенезе человека; в-четвертых, акцентирование внимания на формирование, прежде всего, коллективных характеристик уровней дееспособности и функционирования быстроты в действиях, координационных способностей и навыков работы на устройствах корабельной и военной техники в составе экипажа, расчета.

Безусловно, физическая культура и спорт являются социальными феноменами объективной реальности.

В то же время ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия» – это специфический вуз Министерства обороны, который готовит боевых офицеров флота, поэтому применительно к данному военно-образовательному учреждению, в узком смысле избирательности *физическая подготовка способствует*: повышению устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов деятельности и окружающей среды; совершенствованию единства и слаженности подразделений; формированию готовности к перенесению экстремальных нагрузок при ведении боевых действий (в том числе – ускоренной социальной реабилитации после участия в боевых действиях, ранениях, контузиях; более быстрого переключения организма из боевого состояния к состоянию обыденной жизни и наоборот, и т. п.); повышению специальной подготовленности; воспитанию психической устойчивости и морально-волевых качеств [7, с. 117–122; 8, с. 4; 10, с. 185–195; 11, с. 127–142; 12, с. 35–41; 15, с. 31–41; 21, с. 6].

Цель физической подготовки в ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия» – обеспечение должного уровня физической подготовленности обучающихся для выполнения боевых действий на надводных кораблях, субмаринах, палубной авиации ВМФ, а также на флотских зенитно-ракетных, артиллерийских средствах вооружения, радиотехнических средств и обеспечения. Она достигается путем решения общих и специальных задач. *Общие задачи* физической подготовки – разностороннее гармоничное развитие основных физических качеств (силы, выносливости, ловкости, быстроты, гибкости) и формирование широко распространенных прикладных моторных навыков у слушателей. На наш взгляд, наиболее полно и конструктивно сущность общих задач физической подготовки человека раскрыты в сборниках материалов: всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы физического воспитания, здорового и безопасного стиля жизни в образовательных учреждениях» (г. Чайковский, ФГБОУ ВО ЧГИФК, 14 апреля 2017 г.) под редакцией Т. В. Кугушевой. – Пермь: Издательско-полиграфический комплекс «От и До», 2017. – 193 с.; международной научно-практической конференции «Проблемы физической культуры, спорта и туризма в свете современных исследований и социальных процессов» (Санкт-Петербург, ФГБОУВО «СПб ГУПТД», 14 апреля 2017 г.) под редакцией Л Г. Рубис. – СПб.: ФГБОУВО «СПб ГУПТД», 2017. – 536 с.

Специальные задачи физической подготовки в ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия» предполагают следующую дифференциацию: для подводного флота и надводных кораблей; для летного состава морской авиации; для морской пехоты, боевых пловцов, противодиверсионных сил, боевых водолазов и других специальных подразделений; для зенитно-ракетных и артиллерийских частей ВМФ; для служб обеспечения, радиотехнических специальностей, связи, тыла, инженерно-технических специалистов ВМФ [9, с. 137; 12, с. 35–41; 15, с. 31–41; 16, с. 90–94; 21, с. 6–9, 40–53].

Нами уточнено, что специальными задачами для личного состава морской пехоты, спецназа ВМФ и других специальных подразделений являются: овладение навыками преодоления препятствий прибрежного, полевого и городского типов, метания гранат, плавания в обмундировании с оружием, действия на воде, под водой, ведение рукопашного боя, совершение марш-бросков по пересеченной местности, воспитание сплоченности и совершенствование навыков в коллективных действиях на фоне больших физических и психических нагрузок, повышение устойчивости к укачиванию, преимущественное развитие силы, выносливости и быстроты в действиях. Специальными задачами для личного состава надводных кораблей и подводных лодок являются: повышение устойчивости к укачиванию, овладение и совершенствование навыков передвижения по кораблю и его устройствам, действий на воде и под водой, поддержание высокой работоспособности в длительном походе, обеспечение активного отдыха и восстановление

физических качеств после похода, преимущественное развитие ловкости и быстроты. Для курсантов учебных воинских частей ВМФ – преимущественное развитие общей выносливости, силы, быстроты в действиях, ловкости и координации движений, устойчивости к укачиванию, овладение военно-прикладными навыками.

Предметом изучения дисциплины является овладение слушателями ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия» определенным объемом теоретических знаний, организаторско-методических и командирских навыков и умений, представляющими уровень теоретической и организаторско-методической подготовленности, а также перечнем физических упражнений, включенных в программу обучения по семестрам согласно тематического плана. Конкретное *содержание* дисциплины «Физическая подготовка» в рамках эффективности прогнозирования достижения положительного результата и соответствующей корректуры тематического плана является нижеследующим.

Разделы и темы дисциплины	***Основное содержание дисциплины***
Раздел № 1	Теоретическая подготовка
Тема № 1 Основы системы управления физической подготовкой в воинской части, соединении и объединении ВМФ.	Руководство физической подготовкой в воинской части, соединении и объединении ВМФ. Планирование и организация физической подготовки. Содержание и формы физической подготовки.
Тема № 2 Основы обеспе-чения и контроля системы управления физической подготовки в воинской части, соединении и объединении ВМФ.	Обеспечение, контроль и учет физической подготовки в воинской части, соединении и объединении ВМФ. Самостоятельная физическая тренировка, как средство поддержание профессиональной работоспособности офицера ВМФ.
Раздел № 2	Практическая подготовка
Тема № 3 Ускоренное передвижение и легкая атлетика.	Методика организации и проведения занятия. Тренировка бега на короткие и длинные дистанции и практическое выполнение упражнений: № 40 (Бег на 60 м); № 41 (Бег на 100 м); № 42 (Челночный бег 10х10 м); № 45 (Бег на 1 км); № 46 (Бег на 3 км); № 52 (Метание гранаты г на дальность); эстафеты.
Тема № 4 Рукопашный бой.	Методика организации и проведения занятия. Совершенствование физических упражнений: № 26 Начальный комплекс приемов рукопашного боя (РБ-Н); № 30 (Комплекс приемов рукопашного боя без оружия на 8 счетов); № 31 (Комплекс рукопашного боя с автоматом на 8 счетов).
Тема № 5 Спортивные и подвижные игры.	Методика организации и проведения занятия. Совершенствование техники и тактики спортивных игр. Двухсторонние игры.
Тема № 6 Военно-прикладное плавание.	Методика организации и проведения занятия. Совершенствование упражнений № 57 (плавание на 100 м в спортивной форме вольным стилем), № 57а (плавание на 50 м в спортивной форме вольным стилем), № 57б (плавание на 500 м в спортивной форме вольным стилем – мужчины (300 м – женщины), № 58 (плавание на 100 м в спортивной форме способом брасс), № 59 (плавание в обмундировании с оружием), № 60 (ныряние в длину).
Тема № 7 Гимнастика и атле-	Методика организации и проведения занятия. Совершенствование физических упражнений: Комплекс вольных упражнений № 1; Комплекс

тическая подго-товка.	вольных упражнений № 2; № 1 (Сгибание и разгибание рук в упоре лежа); № 2 (Наклоны туловища вперед); № 4 (Подтягивание на перекладине); № 5 (Поднимание ног к перекладине); № 6 (Подъем переворотом на перекладине); № 8 (Жим штанги лежа. Вес штанги 70 кг); № 9 (Сгибание и разгибание рук в упоре на брусьях); № 11 (Рывок гири. Вес гири 24 кг); № 12 (Толчок двух гирь. Вес гири 24 кг); № 13 (Толчок двух гирь по длинному циклу. Вес гири 24 кг).
Тема № 8 Комплексные занятия.	Методика организации и проведения занятия. Обучение и тренировка упражнений из различных разделов физической подготовки в вариативных сочетаниях. Проверка и оценка физической подготовленности.

С целью выявления степени значимости того или иного раздела физической подготовки в образовательном процессе ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия» в 2017–2018 гг. нами проводился анкетный опрос и интервьюирование с привлечением 165 офицеров-слушателей. Следует отметить, что интервьюирование в эпизодической форме охватывало также и более ранние периоды (2009–2016 гг.). В беседах и анкетировании наряду с рядовыми обучающимися принимали участие как ветераны боевых действий, в том числе – герои России, так и сегодняшние миротворцы в урегулировании конфликта в Сирийской Арабской Республике.

На вопрос «Имеет ли место у Вас мотивация (желание) активно заниматься физическими упражнениями? Оцените это в баллах: 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9 (обведите кружком)» положительно со средним значением 7,65 балла ответило 88,4 % респондентов.

На вопрос «Какой вид спорта Вам предпочтителен?» большинство офицеров (59,3 %) назвали (указали в анкете): плавание, футбол (в контексте – мини-футбол), легкая атлетика, бокс. 31,7 % предпочтение отдали шахматам, не смотря на то, что 65,2% личного состава имеют оценку «отлично» по двигательной (практической) физической подготовленности, среди них – более половины оценены на «5» высшего уровня.

В качестве пожеланий для улучшения эффективности процесса и организации физической подготовки на Флоте ряд слушателей отметили: необходимость более фактического и действенного контроля старшими начальниками за соблюдением распорядка дня в отношении индивидуальных занятий физической подготовкой в рамках «профессионально-должностной (бывшей – командирской) подготовки»; целесообразности привлечения инвестиций государства в нынешнее состояние учебно-материальной базы по физической культуре и спорту для повышения моторной плотности занятий и улучшения пропускной способности тренажерных концептов и залов.

В отношении способов связи элементов «содержания» физической подготовки в ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия» необходимо отметить следующее. Способы связи в процессе реализации двигательного потенциала человека пересекаются в следующих плоскостях: утренняя физическая зарядка, спортивно-массовая или спортивная работа, учебные занятия, попутная физическая тренировка или тренировка в процессе учебно-боевой деятельности, самостоятельная или индивидуальная тренировка. При этом спортивно-массовой (спортивной) работе уделяется одно из важных ролей в улучшении физического совершенствования обучающихся. Развитие спорта в образовательных учреждениях отдельно и очень четко прописано в «Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации до 2020 года» [20]. При этом значимым критерием структурных компонентов труда специалистов в сфере теории и методики физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры является уровень развития организаторских способностей [19, с. 22–35; 23, с. 90–92]. Последние десятилетия качество подготовки выпускников вузов (студентов, курсантов, слушателей) находится в центре внимания руководителей и исполнителей образовательного процесса. В полной мере это относится и к физическим кондициям обучающихся, к их здоровью [10, с. 185–195; 13, с. 39–46]. Не случайно перспективным направлением разработки научных проектов является обоснование необходимости учета критерия «физиологической стоимости нагрузки» в отечественном и мировом рейтинге университетов [14, с. 104]. Анализируя современное состояние дел в вузовском спорте России можно прийти к выводу, что клубная система организации спортивно-массовой работы в учебных заведениях России практически полностью отсутствует. Организация и проведение городских спартакиад по различным видам спорта находится на низком уровне. Эта проблема требует незамедлительного решения и детальной проработки с созданием механизма, способного реально

вывести спорт в образовательных учреждениях на новый уровень.

На основе изучения содержания и направленности физической подготовки в образовательных учреждениях иностранных армий [18, с. 134–140], мы также проанализировали модель студенческого спорта США с целью выработки рекомендаций по организации спортивно-массовой работы в вузах, применительно к российским условиям.

Можно констатировать, что студенческий спорт в США регулируется влиятельной организацией The National Collegiate Athletic Association (NCAA) – учебные заведения четырехлетнего образования и The National Junior College Athletic Association (NJCAA) – учебные заведения «двухлетнего образования» (рис. 1).

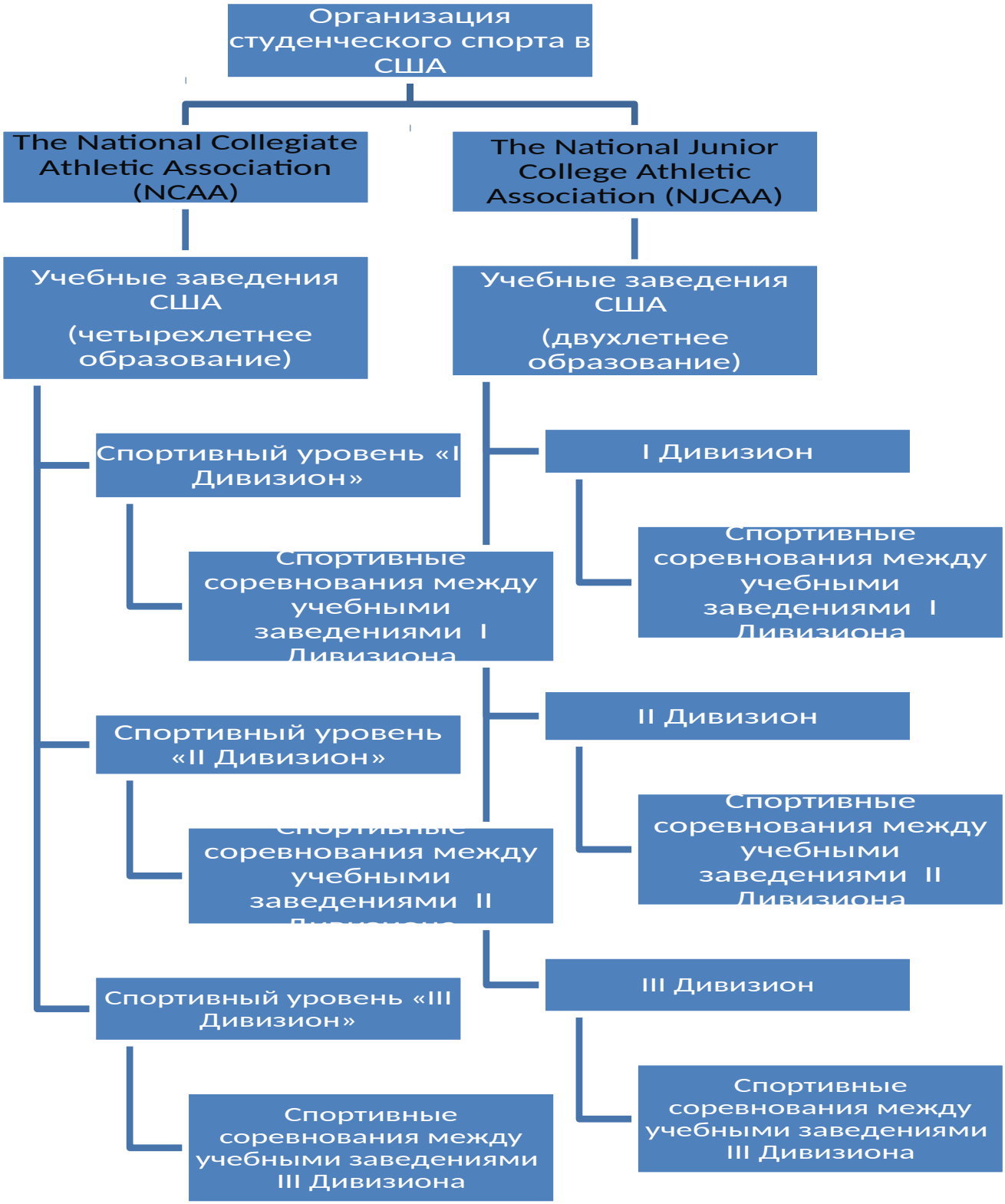


Рис. 1 Схема организации студенческого спорта в США.

Все учебные заведения, входящие в NCAA и NJCAA (а значит, – и представленные в них

виды спорта) разделены на три дивизиона по спортивному уровню: Дивизион I, Дивизион II и Дивизион III. Чем выше дивизион, тем выше предъявляемые требования к спортсмену. Такая классификация позволяет каждому абитуриенту найти себе место в команде, подходящей ему по уровню физической подготовки – от любителей до профессионалов.

Как правило, крупные американские вузы с развитой спортивной инфраструктурой включены в первые два дивизиона. Учебные заведения поменьше – в III дивизион. Надо отметить, что по правилам NCAA только участники I и II дивизионов имеют право на рекрутинг по программе Athletic Scholarship. Чтобы «обойти» это ограничение, университеты и колледжи III дивизиона предоставляют перспективным спортсменам финансовую помощь, которая, часто покрывает не только издержки на учебу, но и на бытовые расходы (жилье, питание, транспорт). Финансовая поддержка такого рода предоставляется в индивидуальном порядке, а ее размер напрямую зависит от грамотного рекрутинг-менеджмента.

Помимо классического четырехлетнего университетского образования в США широко распространена система колледжей двух лет обучения – Junior-колледжей. Многие абитуриенты используют их как своеобразный трамплин для продолжения обучения в обычном университете. Успешно окончив Junior-колледж можно поступить в классический университет сразу на третий курс. Стоимость обучения в Junior-колледжах заметно ниже, чем в университетах, и они тоже предоставляют талантливым спортсменам получать материальную поддержку по программе Athletic Scholarship. Немаловажно, что требования к поступающим в Junior-колледжи намного мягче, чем подобные требования классических университетов с четырехлетним сроком обучения.

Учебные заведения «Дивизион I». Необходимо иметь 14 спортивных команд (7 мужских и 7 женских или 6 мужских и 8 женских). Учебное заведение, кроме того, должно быть спонсором 2 мужских и 2 женских команд. Команды должны обязательно участвовать в осеннем, зимнем и весеннем сезонах. В настоящее время всего насчитывается 335 учебных заведений дивизиона. Процентное соотношение спортсменов учащихся вуза к частным – 66 /34.

Учебные заведения «Дивизион II». Необходимо иметь 10 спортивных команд (5 мужских и 5 женских или 4 мужских и 6 женских). Учебное заведение, кроме того, должно быть спонсором 2 мужских и 2 женских команд. Команды должны обязательно участвовать в осеннем, зимнем и весеннем сезонах. В настоящее время всего насчитывается 288 учебных заведений второго дивизиона. Процентное соотношение спортсменов учащихся вуза к частным – 53 /47.

Учебные заведения «Дивизион III». Процентное соотношение спортсменов учащихся вуза к частным – 20 /80.

NCAA является организатором и спонсором 13 мужских и 14 женских соревнований.

Из приведенного материала можно увидеть четкую, структурированную и апробированную временем систему организации студенческого спорта в США. Кроме того, отличительными особенностями российского студенческого спорта (как на региональном, так и федеральном уровнях) является его не зрелищность, отсутствие работы со спонсорами и рекламы, а также финансового механизма извлечения прибыли, окупаемости проводимых соревнований, спартакиад. Одним из возможных путей развития студенческого спорта в России может являться клубная форма его организации. Организационная структура спортивного клуба вуза разделена на две составляющие: управление и персонал; студенты учебного заведения, занимающиеся в клубе. На рис. 2 представлены основные направления деятельности спортивного клуба вуза.

Рис. 2 Основные направления деятельности спортивного клуба вуза.

Следовательно, существующая организация вузовского спорта в России требует пересмотра и модернизации. Как одним из возможных путей ее реализации, является клубная форма. Перспективой, на наш взгляд, может быть компенсация отсутствия штатных специалистов физической подготовки и физического воспитания массовым обучением нештатных, как принято в военно-морских образовательных учреждениях ведущих армий НАТО, в частности Бундесвера [17, с. 137–143].

Для решения данной проблемы необходимо: сосредоточить усилия руководителей вузов, администрации, спортивных комитетов, а также ведущих специалистов в области физической культуры, спорта, менеджмента и экономики; повысить действенность аутентичного контроля за процессом реализации проекта.

Система педагогического контроля является концентрированной моделью процесса физической подготовки Вооруженных Сил каждого государства, в том числе и Российской Федерации, поскольку все то, что заложено в верификационные тесты, несущие в себе отчетно-архивные данные, подчиняет направленность сознания на активную деятельность военнослужащих по получению положительной оценки при аттестациях, экзаменах и квартальных проверках. Наставлением по физической подготовке в Вооруженных Силах Российской Федерации – НФП-2009 [8] ввелся перевод результатов упражнений в единую систему единиц – баллы, с учетом минимально требуемого их порога при тестировании, в том числе и для подразделений ВМФ. В Военно-Морских Силах (ВМС) НАТО эта система давно прошла апробацию. Внедрение указанной системы контроля в Российской Федерации вызывает ряд дискуссий и корректур технологии начисления баллов. Так, согласно методике выведения оценки по предыдущему «НФП», уязвимым звеном являлась общая выносливость. По этим упражнениям российские военнослужащие больше всего получали оценок «неудовлетворительно». В настоящее время наиболее сложный перевод в баллы по степени «нормативно-временного» достижения имеют скоростные упражнения, хотя уровень выносливости остался прежним [10, с. 188]. Подмена технологий выведения индивидуальной оценки на 25 % «облегчила» достижение порога «удовлетворительно», в тоже время она скрыла низкий уровень развития общей выносливости, который до сих пор регрессирует. Можно констатировать, что проверка физической пригодности в ВМС США проводится от 1 до 4 раз в год по батареям тестов, позволяющим оценить уровень развития основных физических качеств. Нормативы рассчитаны для трех возрастных групп. Проверка помимо контрольных упражнений включает оценку состава тела (% содержания жира), а в морской пехоте – и весо-ростового соотношения. В последние годы значительно повысились требования к кандидатам в рейнджеры. Им необходимо набрать в каждом упражнении не менее 80 баллов (ранее 70) и, кроме того, подтянуться на перекладине не менее 6 раз. По окончании 2-х месячного периода обучения выпускники должны показывать в каждом упражнении результат, соответствующий 100 баллам и более, подтянуться на перекладине не менее 15 раз, а также выполнить тест «выживания на воде». Навыки ведения рукопашной схватки с оружием или без него рассматриваются в США как средство психологической подготовки, позволяющее развивать агрессивность и уверенность в своих силах. Основываясь на опыте войн в Корее и Вьетнаме, обучение проходит в учебных центрах, боевых частях и рекомендуется для всех категорий военнослужащих. Проверка навыков ведения рукопашного боя проводится в трех формах. Во-первых, выполняются отдельные приемы и их комбинации. Оценивается рациональность техники выполнения с партнером и без партнера. Во-вторых, преодолевается одна из штурмовых полос длиной 300 м или 450 м. Оцениваются скорость прохождения дистанции, правильность действий и точность поражения мишеней. В-третьих, проводятся свободные поединки в защитном снаряжении до сбивания с ног противника или до его отказа продолжать бой. Важную роль в системе физической подготовки армии США играет, так называемая, оперативная физическая подготовка, которая проводится непосредственно перед участием в боевых операциях или в учениях с учетом их конкретного содержания и условий. Для ее проверки в разработан ряд комплексов и нормативов. Как правило, нормативы комплексов оперативной физической подготовки по объему и интенсивности значительно превосходят требования тестов физической подготовки. В данные комплексы, кроме того, входят кросс с ориентированием и преодоление специальной полосы препятствий. По мнению военнослужащего Алжира, обучающегося в ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия» и ранее успешно окончившего Военную академию ВМС США, эффективное выполнение данных комплексов специальных упражнений позволяет более комфортно решать профессионально-боевые

задачи в Мировом океане по содержанию предназначения штатных флотских категорий, особенно субмарин, что не достаточно имеет место в системе физической подготовке ВМФ Российской Федерации.

Заключение. Таким образом, содержанием учебной дисциплины «Физическая подготовка» в Военном учебно-научном центре Военно-Морского Флота «Военно-морская академия им. Н. Г. Кузнецова» являются следующие концептуальные положения: во-первых, избирательное воздействие физической подготовки, прежде всего, на формирование готовности выпускников к перенесению экстремальных нагрузок при ведении морского боя, воспитание психической устойчивости; во-вторых, целевая установка физической подготовки на обеспечение требуемых кондиций физической подготовленности по 5-ти дифференцированным направлениям специальностей путем решения общих и специальных задач; в-третьих, направленность предмета изучения дисциплины на овладение слушателями объемом теоретических знаний, организаторско-методических навыков и умений по физической подготовке с позиций командира высшего звена (субмарины, надводного корабля I ранга, войсковой части, соединения, объединения Военно-Морского Флота), а также перечнем физических упражнений, включенных в программу обучения по темам «Военно-прикладное плавание», «Рукопашный бой», «Комплексные занятия», «Ускоренное передвижение и легкая атлетика», «Спортивные и подвижные игры», «Гимнастика и атлетическая подготовка».

Сегодняшняя система организация вузовского спорта в России требует пересмотра и модернизации. Перспективным путем ее реализации, на наш взгляд, является внедрение и развитие клубной формы. Возможным направлением дальнейших исследований считаем определение соотношения понятий «средство» и «содержание» в характеристике физического упражнения как по биомеханической «внешней» структуре, так и по физиологической стоимости для организма человека при его двигательной реализации (невидимой «внутренней» структуре).

Библиографический список:

1. Аникин М. А. Способы профилактики стресса и зависимых от него заболеваний // Авиценна. – 2017. – № 12. – С. 63.

2. Башилов Н. И. Адаптивные изменения сердечной деятельности при гипоксической нагрузке // Авиценна. – 2018. – № 15. – С. 11 – 17.

3. Друзьянов И. И., Яковлев Я. И., Пестряков А. Н., Гармаев Ц. К. Научные подходы в формировании личностно-ценностного отношения студентов гуманитарных вузов к физической культуре // Теория и практика физ. культуры. – 2017. – № 7. – С. 20–22.

4. Кадыров Р. М., Антрофиков С. А., Хисматуллин С. А. Коррекция содержания дисциплины «Теория и методика физической культуры» // Актуальные проблемы физической и специальной подготовки силовых структур. – 2017. – № 2. – С. 14 – 16.

5. Кретова А. С., Алексеенков А. Е. Влияние физической культуры на организм человека // Авиценна. – 2017. – № 6. – С. 8 – 10.

6. Лубышева Л. И., Дмитриев С. В. Методология онтодидактики как новая стратегия подготовки кадров в системе физкультурного образования // Теория и практика физ. культуры. – 2017. – № 6. – С. 3 – 5.

7. Магомедов С. Г. Аспекты организации и методики проведения учебных занятий по рукопашному бою с обучающимися в ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия» // «Проблемы физической культуры, спорта и туризма в свете современных исследований и социальных процессов»: Сб. тр. междунар. науч.-практ. конф. / под ред. Л. Г. Рубис. – СПб.: ФГБОУВО «СПб ГУПТД», 2017. – С. 117 – 122.

8. Наставление по физической подготовке в Вооруженных Силах Российской Федерации с изменениями в соответствии с приказом Министра обороны Российской Федерации от 31 июля 2013 г. № 560 «О внесении изменений в Наставление по физической подготовке в Вооруженных Силах РФ» (НФП-2009). – М.: «Анкил», 2013. – 248 с.

9. Попов С. В. Реабилитационные этапы восстановления психофизического состояния военных водолазов после выполнения профессиональных задач // «Проблемы физической культуры, спорта и туризма в свете современных исследований и социальных процессов»: Сб. тр. междунар. науч.-практ. конф. / под ред. Л. Г. Рубис. – СПб.: ФГБОУВО «СПб ГУПТД», 2017. – С. 134 – 138.

10. Пугачев И. Ю. Модернизация биометрических технологий в системе физической подготовки военно-образовательного учреждения // Известия Российского гос. пед. ун-та

им. А. И. Герцена. – 2012. – № 152. – С. 185 – 195.

11. Пугачев И. Ю. Особенности экспериментальной программы физической подготовки экипажей атомных подводных лодок при нахождении в дальнем походе // Известия Российского гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. – 2012. – № 153-1. – С. 127 – 142.

12. Пугачев И. Ю. Определение интегративной направленности физической подготовки в военно-инженерных вузах на основе принципа «сжатия информации» // Интеграция образования. – 2013. – № 2 (71). – С. 35 – 41.

13. Пугачев И. Ю. Интегративные научные представления о физической работоспособности обучаемых высшей школы // Интеграция образования. – 2014. – Т. 18. – № 1 (74). – С. 39 – 46.

14. Пугачев И. Ю. Педагогическая интеграция научных представлений о физической работоспособности студентов // Вестник Московского ун-та. – Серия 20: Педагогическое образование. – 2014. – № 2. – С. 95 – 107.

15. Пугачев И. Ю. Инновации физической подготовки экипажей атомных подводных лодок // Вестник Мордовского ун-та. – Серия «Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки». – 2015. – Т. 25. – № 3. – С. 31 – 41.

16. Пугачев И. Ю. Обоснование оптимального количества программ по физической подготовке в Военно-Морском Флоте Российской Федерации // «Инновационные и социальные процессы физической культуры»: Сб. тр. междунар. науч.-практ. конф. / под ред. Л. Г. Рубис. – СПб.: ФГБОУВО «СПб ГУПТД», 2016. – С. 90 – 94.

17. Пугачев И. Ю., Кораблев Ю. Ю., Османов Э. М. Особенности физической подготовки морских сил ведущих армий НАТО // Вестник Тамбовского ун-та. – Серия: Гуманитарные науки. – 2013. – № 8 (124). – С. 137 – 143.

18. Пугачев И. Ю., Кораблев Ю. Ю., Османов Э. М. Уточнение содержания и направленности физической подготовки в образовательных учреждениях ведущих иностранных армий // Вестник Тамбовского ун-та. – Серия: Гуманитарные науки. – 2013. № 9 (125). – С. 134 – 140.

19. Пугачев И. Ю., Кораблев Ю. Ю., Османов Э. М. Тенденция усиления роли организаторско-управленческого компонента в деятельности военных специалистов по физической подготовке // Вестник Тамбовского ун-та. – Серия: Гуманитарные науки. – 2016. – Т. 21. – № 11 (163). – С. 22 – 35.

20. Распоряжение Правительства РФ от 07.08.2009 г. № 1101-р «Об утверждении Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года». – URL: htt://www.consultant.ru (дата обращения: 19.02.2018).

21. Руководство по физической подготовке в Военно-Морском Флоте (РФП ВМФ). Ч. I. Основы организации физической подготовки в Военно-Морском Флоте. – М.: «Анкил», 2014. – 164 с.

22. Савченко О. А., Шукшин И. В., Пастушков А. В. Интерактивная технология поэтапно-последовательного применения средств физической подготовки и спорта в целях формирования лидерских качеств у будущих военных специалистов воздушно-космических войск // Актуальные проблемы физической и специальной подготовки силовых структур. – 2017. – № 1. С. 45 – 49.

23. Соловьев В. В., Пугачев И. Ю. Инновационный подход к определению технологии оценки физической работоспособности и здоровья специалистов вуза // Ученые записки ун-та им. П. Ф. Лесгафта. – 2007. – № 8 (30). – С. 90 – 92.

24. Чепик В. Д., Махов А. С., Некрасова А. С., Сидоров А. С. Квалиметрия содержания дополнительного профессионального образования специалистов по адаптивной физической культуре и спорту // Теория и практика физ. культуры. – 2017. № 4. – С. 38 – 40.

Лобан Илья Анатольевич
Loban Ilya Anatolevich
врач-интерн анестезиолог-реаниматолог, ГУЗ “Гомельская городская клиническая больница СМП”, город Гомель

УДК 615

КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНА ИНТОКСИКАЦИЙ, ВЫЗВАННАЯ УПОТРЕБЛЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ГРУППА ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

THE CLINICAL PICTURE OF INTOXICATION CAUSED BY THE USE OF A DIFFERENT GROUP OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Аннотация: в данной работе отображены основные клинические особенности картины острых отравлений наиболее распространенными группами психоактивных веществами (ПАВ). Также представлена распространенность форм нарушения сознания, у лиц, различных возрастных групп, вызванная употреблением различных групп психоактивных веществ (ПАВ).

Abstract: in this paper, the main clinical features of the acute poisoning pattern of the most common groups of psychoactive substances (SAWs) are displayed. Also, the prevalence of forms of impaired consciousness in people of different age groups caused by the use of various groups of psychoactive substances (SAA) is presented.

Ключевые слова: реанимация, токсикология, интоксикация, наркотики, психоактивныхе вещества.

Keywords: reanimation, toxicology, intoxication, drugs, hallucinogenic drug.

Введение: произведенный анализ позволил выявить сохраняющуюся тенденцию нарушения сознания пациента, спровоцированную употреблением психоактивных веществам. В результате проведенных исследований, было выявлено, что среди всех факторов, вызывающих коматозное состояние человека, одним из наиболее преобладающих является именно фактор наркотической интоксикации, составляющий вместе с этиловой около 70% от всех клинических случаев. Следует отметить тот факт, что практически все пациенты - люди трудоспособного возраста, и, следовательно, положение дел с необходимостью длительных дорогостоящих врачебных манипуляций - это не только неэффективное расходование бюджета здравоохранения Республики Беларусь, но и урон экономике страны в целом. Помимо финансовой стороны вопроса, немаловажным является тот факт, что длительность пребывания нарушения сознания на прямую влияет на вероятность осложнений со стороны общего здоровья и последующий выход на инвалидизацию. И напрямую влияет на объем затрачиваемых средств на пособия и пенсии по инвалидности.

Резюмируя вышеизложенное, можно констатировать, что сложившаяся ситуация, повышает требования к изучению проблемы диагностики неотложных состояний, вызываемых употреблением ПАВ. Ключевым моментом данного исследования является именно клинический анализ состояния пациента, так как современные виды наркотиков склонны к частому изменению химического состава, что затрудняет токсико-химическое определение их в биологических жидкостях.

Цель исследования: выявить основную возрастную «группу риска» среди пациентов с нарушением сознания на фоне приема ПАВ. Выявить основные симптомокомплексы, свойственные наиболее распространенными группами ПАВ. Акцентировать внимание медицинского персонала на трудностях, встречающихся при проведении дифференциальной диагностики, направленной на составление индивидуального плана оказания экстренной медицинской помощи.

Путем сплошной выборки произведен статистический анализ карт стационарных пациентов, находившихся на лечение в отделении токсикологии ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (ГУЗ «ГГКБСМП») с диагнозом: *Острое отравление психоактивными веществами* один. При проведении анализа учитывались только случаи нарушений сознания на фоне приема ПАВ, без учета других этиологических факторов (гипогликемия, травма, спирты и т.д.)

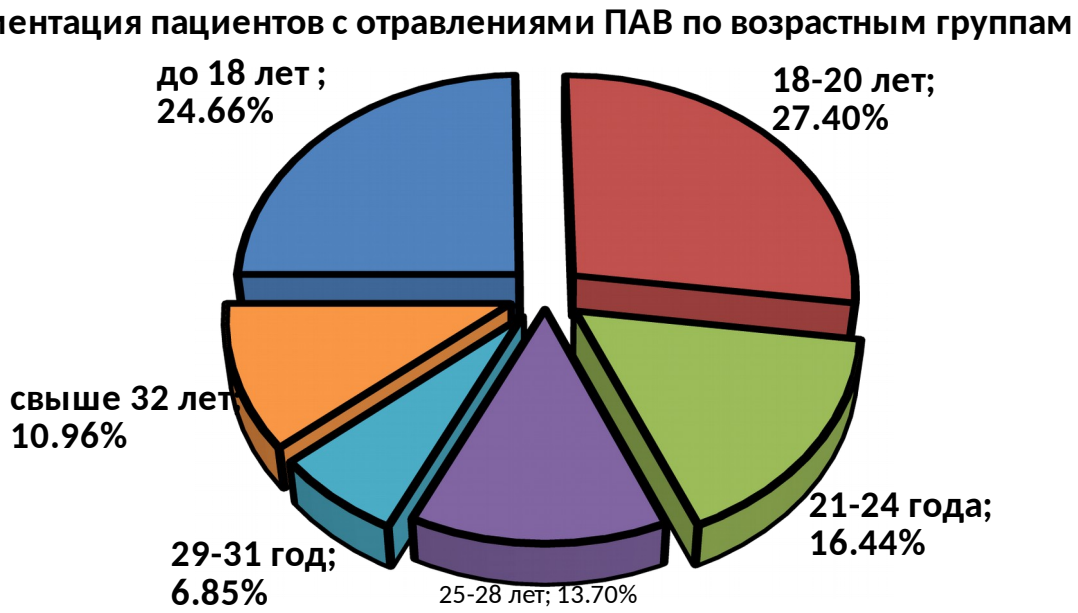
Основной раздел: анализируемый период включил в себя 73 факта оказания медицинской помощи пациентам с нарушенным сознанием на фоне отравления психоактивными веществами.

Наиболее распространены следующие группы ПАВ: спайс, опиаты, каннабиноиды, амфетамин. Соотношение женщин и мужчин в данной группе пациентов – 7 человек (10%) и 66 человека (90%) соответственно. Возрастная ретроспектива представлена в таблице 1 .

Таблица 1

Таблица 1.
Х – возраст пациентов, лет
У – численность пациентов, чел.

Рисунок 1



Клиническая картина наркотических отравлений представляет собой совокупность психических, неврологических и соматовегетативных симптомов: артериальная гипертензия (42% от общего числа пациентов), тахикардия, психомоторное возбуждение, тремор, расширение зрачков, атаксия (70%), психоз (85%), зрительные и слуховые галлюцинации, дезориентация. Указанные проявления являются результатом прямого токсического воздействия на центральную (ЦНС) и периферическую нервные системы, поражающим фактором которых выступает интоксикации ПАВ [1,12;2,24]. Сопоставление симптомов при дифференциальной диагностике пациентов, проходивших лечение в токсикологическом отделении ГУЗ «ГГКБСМП» позволяет констатировать, что выраженные нарушения психической активности (сознания): оглушение, сопор, кома, — наиболее часто являются следствием отравления ПАВ.

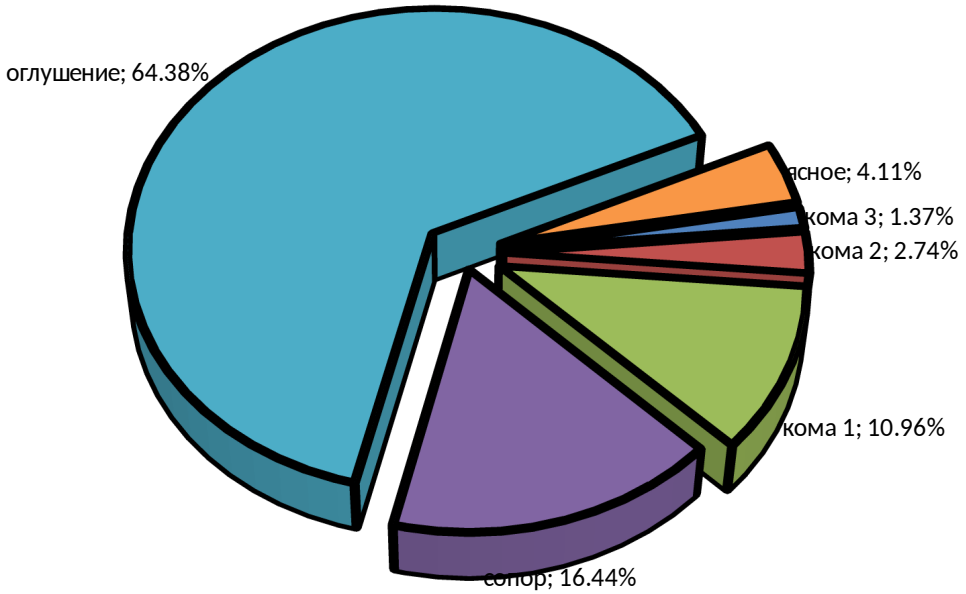
В тех случаях, когда не представляется возможным точно определить наименование вещества,

вызвавшего острое отравление, диагноз ставят по ведущему клиническому синдрому. Таких синдромов 14: нарушение сознания, судорожные состояния, острое психотическое состояние, лихорадка, мидриаз, отек легких, центральное нарушение дыхания, экзотоксический шок, эксикоз, острая почечная или печеночная недостаточность, острая энцефалопатия, нарушения сердечного ритма и проводимости. Для пациентов с острыми отравлениями ПАВ основными синдромами являются: нарушение сознания (96%), тахикардия (78 %), мидриаз (59%), острое психотическое состояние (56%).

В соответствии с международными классификациями коматозных состояний, а также Приложением №1 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь 18-XI 2008 № 1050 (форма № 0003/у-07) нарушения сознания делятся на 3 степени ком, оглушение и сопор. В настоящей работе сохранена указанная классификация с последующей детализацией по наиболее часто встречающимся клиническим признакам. На рис. 3 представлена градация частоты встречаемости указанных форм нарушения сознания, спровоцированная употребление ПАВ.

Рисунок 2

Градация форм нарушения сознания у пациентов после отравления ПАВ



Заключение.

1. Основная группа риска употребления ПАВ – молодежь в возрасте от 16 до 24 лет, при этом 25 % - несовершеннолетние. Наибольшую группу риска по проблематике наркотических отравлений составляют лица работоспособного и репродуктивного возраста.
2. Выявленная динамика крайне негативно сказывается на экономической и социально-демографической ситуации в Республике Беларусь.
3. В клинической картине отравления ПАВ преобладают такие симптомы как: тахикардия, психомоторное возбуждение, тремор, расширение зрачков, атаксия, психоз, зрительные и слуховые галлюцинации, дезориентация. Соматические расстройства наблюдаются достаточно редко.

Библиографический список:

1. О.Г. Сыропятов, А.К. Напреенко, Н.А. Дзеружинская, О.В. Друзь, Н.Ю. Петрина. Неотложные состояния в наркологии: Учебное пособие. – Киев: Наук. Світ, 2013. – 53 с.
2. Е.А. Лужников. Экстремальная токсикология: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2006. – 416 с.

Мадазизова Дилфуза Рахматуллаевна
старший преподаватель Ташкентского ирригационного института инженеров мелиорации и сельского хозяйства
D.R.Madazizova
senior lecturer of the Tashkent Irrigation Institute of Land Reclamation and Agriculture Engineers

УДК 61:378.147:001.76

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЗДОРОВЬЮ ЧЕРЕЗ ИЗУЧЕНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ВАЛЕОЛОГИИ

INNOVATIVE APPROACH TO HEALTH THROUGH THE STUDY OF PEDAGOGICAL VALEOLOGY

Аннотация: Валеология — это здоровье через образование. При таком понимании все становится на свои места: заниматься здоровьем надо не только и не столько там, куда люди приходят со своими болезнями, а там, где они обучаются (в детском саду, школе, в колледже, в институте), ибо заботе о здоровье надо научить.

Abstract: Valeology is health through education. With this understanding, everything falls into place: health is not only and not so much where people come with their illnesses, but where they study (in kindergarten, school, college, at the institute), for health care must be taught.

Ключевые слова: здоровье, педагогика, инновация, валеология, методика обучения.

Keywords: health, pedagogy, innovation, valeology, metods of teaching.

Введение:Валеология, как наука не стала модной однодневкой, а прочно укрепилась в системе общего образования нашей страны. Хотя не ведется отдельным предметом и не нашла своего места в базе обязательных предметов школы, валеология так или иначе проявляет себя в таких курсах, как природоведение, биология, экология и даже краеведения. Уровни жизни и здоровья сегодня рассматриваются как важнейшие условия гуманитарного прогресса и его критерии. Такой подход заставляет рассматривать здоровый образ жизни как сложную динамическую систему, характеризующуюся семейно-бытовой, общественно-трудовой и коммуникативной деятельностью [1]. Сгармонизированность системы зависит от гармонии ее субъектов. Здоровый образ жизни рассматривается как гармония сгармонизированного человека. Здоровый образ жизни не может состоять без знаний человека о себе, о тех зако- номерных изменениях, которые происходят в физическом и психическом состоянии человека, о влиянии этих изменений на здоровье индивида, его интеллектуальное развитие. Здоровый образ жизни лежит в основе предмета валеологии. Приходится слышать мнение, что валеология — это название того, что и раньше делалось медиками под на- «санитарное просвещение», «гигиеническое просвещение», «гигиеническое воспитание» или «здоровый образ жизни». Но это мнение дилетантов или тех, кто не составил себе труда взглянуть на проблему чуть глубже поверхностного сходства. Да, валеология рассматривает проблемы здоровья, но не так как медицина, а в отличие от нее. Основной предмет медицины — не здоровье, а болезнь. Ибо когда человек не болен, он к врачу не идет. А лечить болезнь сложнее, чем ее предотвратить. Вот основная задача валеологии, как предмета. Валеология была задумана как наука, занимающаяся здоровьем человека. В рамках ли медицины или вне ее — покажет будущее, но то, что изучать здоровье, пути возможности его сохранения и укрепления необходимо становиться с каждым днем и желательно с самого раннего возраста. Предмет валеология настолько велик и значим, что заниматься им должны многие специалисты — гигиенисты, физиологи, биологи, психологи, экологи и, конечно, педагоги совместно с родителями [2, 3]. От ствола общей валеологии уже отделились две ветви. Одна — медицинская валеология, занимающаяся разработкой оздоровительных систем и методов, оценкой их эффективности, вопросами предупреждения старения, активизации резервных и адаптационных возможностей и т. п, вторая ветвь — педагогическая валеология. Находясь в тесной связи с медициной и будучи создана медиками, валеология приняла сейчас очертания педагогической дисциплины. Достаточно задаться вопросом — что же такое валеология: И роль учителя отводиться родителям, воспитателям и педагогам. Валеологический подход к процессу обучения состоит в том, чтобы найти возможности улучшения здоровья учащихся еще до того, как они заболеют. И это не исчерпывается профилактическими мероприятиями. Здесь задача более

глубокая — выявить тенденции, которые бы поддерживали и развивали стремление человека быть здоровым, реализовать себя наилучшим образом [5].

Задача педагога — воспитать у студента потребность быть здоровым, научить его этому, организованно помочь в деятельности по сохранению и укреплению здоровья, повышению жизнестойкости. Обучение человека методам восстановления своего здоровья, усилению адаптационных возможностей организма не просто гуманистическая задача. Она имеет и высокое практическое значение поскольку может применяться человеком уже непосредственно в институте, для улучшения усвоения предмета валеологии. Итак, содержание предмета валеологии должно быть преимущественно позитивным, то есть в информационно- просветительской работе педагога-валеолога акцент надо делать на разъяснение того, как достичь душевного и физического здоровья, повысить жизнестойкость организма к внешним факторам [4]. Структура предмета педагогической валеологии. Педагогическая валеология включает следующие составные части.

I. Теория и практика здорового образа жизни: что надо делать и, в меньшей степени, чего не надо делать, чтобы обрести более крепкого здоровье и сохранить его, максимально используя биологические и психологические возможности. Стратегия реализации этого раздела: не заставлять человека быть здоровым, не пугать его страшными последствиями вредных привычек, а сформировать желание быть здоровым, воспитать потребность каждодневной целенаправленной деятельности в этом направлении. Если студент каждый день занят на тренировках в спортивной секции, на занятиях иностранных языков, то у него не будет времени сидеть в шумной курящей или распивающей спиртные напитки компании.

II. Психологические и педагогические аспекты валеологии. Здесь главная задача — помочь студенту быть в мире с собой и с другими людьми— это залог и, одновременно свидетельство психического и душевного здоровья. Сейчас справедлива формула: Здоровый дух — здоровое тело. На этом направлении необходимы наиболее тесный контакт и взаимодействие педагога - валеолога и психолога.

III.Приемы и методы саморегуляции процессов и состояний. Неумение владеть организмом уподобляет человека летчику, слабо знающему, как управлять самолетом. Научитесь управлять своим организмом, как самолетом, в котором собираешься полететь: — вот лозунг для этого раздела валеологии. Достигнуть желаемых результатов в состоянии здоровья, обеспечить нужные и полезные психофизиологические реакции принципиально можно следующими способами:

1. Медикаментозно-элементарный способ: с помощью фармакологических препаратов и всего того, чтомы съедаем или выпиваем. Известно, какое разнообразное воздействие может оказать на человека то, что он ест и пьет сам, прием пищи оказывает на многих успокаивающее воздействие. Этот способ является распространенной причиной избыточного веса и нарушение функций органов.

2. Психорегуляционный способ. Владение способами психической саморегуляции с полным правом должно рассматриваться в качестве неотъемлемого компонента общей культуры человека.

3. Поведенческая саморегуляция. Физические нагрузки, как средство от хандры, водные процедуры замечательно влияют на настроение и общее состояние человека. Отвлечение помогает избавиться от плохого настроения, забыть о боли, провести время с хорошими и интересными людьми, работающими над общей проблемой — укреплением здоровья. Обязательный раздел педагогической валеологии — влияние обучения на здоровье. Об ухудшающемся от класса к классу состоянии здоровья школьников написано уже много. Поэтому есть необходимость проводить четкую статистику зависимости проведения педагогической валеологии на лекциях и вне института и изменения здоровья студента. Образование должно способствовать укреплению здоровья, а не лишать его. Ответственность за здоровье и жизнь учащихся в институте несет весь педагогический коллектив. Как изба- вить студентов от информационных перегрузок, от неизбежно и стремительно формирующихся в атмосфере режима и тяжелого психологического климата многих технических вузов, неврозов и психосоматических заболеваний — вот лишь небольшая часть проблем, ответ на которые должны знать педагоги-валеологи. Здоровье развивающегося поколения — это проблема не только социальная, но и нравственная. В течении длительного времени состояние здоровья человека связывали с взаимодействием двух факторов — наследственности и окружающей среды. Изменение среды происходят в направлении, которое угрожает существованию не только самого человека, но и вообще всего живого. Этот вопрос рассматривается на разных уровнях, от локального до глобального.

Заключение:

Основной задачей валеологии в институте является создание у студентов мотивации на здоровый образ жизни, и естественно, что это возможно сделать лишь с учетом принципов и методов педагогики. С другой стороны, учет валеологических подходов позволяет правильно построить сам педагогический процесс и создать необходимые внешнесредовые условия в школе и дома. Известно, что система воспитания выступает как механизм и способ воспроизводства общества. Целью валеологического воспитания является формирование здорового человека, способного предельно долго и счастливо жить в обществе. Достижение этой цели возможно при решении как стратегических, так и тактических задач. Стратегическую задачу валеологического воспитания можно представить, с одной стороны, как получение желаемых задатков у студента, с другой стороны — как полноценное развитие этих задатков. Тактическая задача валеологического воспитания кроется в формировании у студента установки на здоровый образ жизни. Перед педагогом стоят очень важные задачи:

— сформировать у учащихся сознательное и ответственное отношение к вопросам охраны собственного здоровья;

— помочь студенту осознать, что главная ценность жизни — есть здоровье человека, за которое отвечает сам и сам же обязан поддерживать его в естественном состоянии;

— сформировать профилактическое мышление на здоровый образ жизни;

— дать студентам знания по основам личной гигиены, культуры питания, движения, занятиям спорта;

— воспитать чувства ответственности за себя и свою деятельность в Ноосфере;

— включать студентов в практическую деятельность, связанную с развитием эмоциональной сферы с изучением основ законов экологии.

Библиографический список:

1. Амосов, Н.М. Раздумья о здоровье. — М., 2007.
2. Попов, С.В. Валеология в школе и дома. — СПб «Союз»., 2014.
3. Колбанов, В.В., Зайцев Г.К. Валеолгия в школе. — СПб., 1999.
4. Казначеев, В.П. очерки теории и практики экологии человека. — М., 2003.
5. Андреев, Ю.А. Три кита здоровья. — Екатеринбург, 2012.

Дудин Сергей Александрович
Dudin Sergei Aleksandrovich
кандидат технических наук, старший преподаватель
Бурятский государственный университет (г. Улан-Удэ)
E-mail: dudin_sa@mail.ru

Тарбеев Анатолий Кириллович
Tarbeev Anatolyi Kirillovich
кандидат медицинских наук, доцент
Иркутский государственный медицинский университет
E-mail: tarbeeff.anatoly@yandex.ru

УДК 616.15

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

REGULARITIES OF CHANGES OF PERIPHERAL BLOOD AT INFECTIOUS DISEASES

Аннотация. При поиске закономерностей проведено сравнение отклонений от нормы параметров периферической крови (уменьшение или повышение обозначено как –1 или +1; двухкратное и более –2 или +2; выборочное уменьшение или увеличение –0,5 или +0,5) путем расчета коэффициента корреляции с группами инфекционных заболеваний у взрослых (162 заболевания) и детей (44 заболевания).

Показано, что изменение параметров периферической крови однотипно для трех или четырех групп: 1) бактериозы, преимущественно с увеличением числа нейтрофилов и повышением СОЭ; 2) близкая к бактериозам группа включающая риккетсиозы, микоплазмозы и хламидиозы, с увеличением числа нейтрофилов и повышением СОЭ и часто с лимфоцитопенией, тромбоцитопенией, эозинопенией и анемией; 3) вирусные инфекции с лимфоцитозом и частой лейкопенией; 4) микозы и гельминтозы с эозинофилией.

Составлена таблица парных (синхронных) изменений периферической крови, которые могут быть использованы в качестве дополнительного диагностического критерия.

Abstract. By search of patterns comparison of aberrations of parameters of a peripheric blood is carried out (decrease or rising is designated as-1 or +1; twofold and more than-2 or +2; selective decrease or augmentation-0,5 or +0,5) by settling of coefficient of correlation with groups of infectious diseases at adults (162 diseases) and children (44 diseases).

It is shown that change of parameters of a peripheric blood is same for three or four groups: 1) bacterioses, mainly with augmentation of number of neutrophils and rising of an ESR; 2) the group, close to bacterioses, including rickettsioses, mycoplasmoses and clamidioses with augmentation of number of neutrophils and rising of an ESR and it is frequent with a lymphocytopenia, a thrombocytopenia, an eosinopenia and anemia; 3) viral infections with a lymphocytosis and a frequent leukopenia; 4) mycoses and helminthiases with an eosinophilia.

The table of didymous (synchronous) changes of a peripheric blood which can be used as additional diagnostic criterion is made.

Ключевые слова: диагностика, зависимость, инфекции, корреляции, периферическая кровь
Keywords: diagnostics, dependence, infections, correlations, peripheral blood

Введение

Существенная доля заболеваний человеческой популяции вызывается возбудителями инфекций различного происхождения. Часто эти инфекции, особенно в начальном периоде, сложно диагностировать из-за наличия одинаковых признаков болезни. Особенную проблему составляет диагностика инфекций у детей, часто не умеющих или еще не способных описать болезненные ощущения. Четкие диагностические признаки начинают обычно проявляться в разгаре болезни, вследствие чего может быть потеряно время оказания медицинской помощи. Для выполнения точной серологической диагностики также требуется время.

Достаточно быстро при большинстве инфекций происходит изменение состава

периферической крови. Однако эти изменения не специфичны, и обычно внимание обращается только на сильно выраженные отклонения отдельных параметров крови. В связи с этим были проведены исследования по поиску дополнительных критериев быстрой оценки параметров периферической крови для дифференциальной диагностики. Результаты исследований изложены в этой статье.

Материалы и методы

В качестве исходных данных данного исследования использовались изменения периферической крови согласно литературным источникам [1-5] по 162 инфекционным болезням у взрослых и 44 инфекционным болезням у детей. Болезни, в соответствии со сложившейся классификацией, распределялись на 7 групп: бактериозы, вирусные болезни, риккетсиозы, хламидиозы, микоплазмозы и протозоонозы, микозы, гельминтозы.

К оцениваемым параметрам периферической крови отнесено увеличение (-цитоз, -филия) или уменьшение (-пения) числа лейкоцитов, нейтрофилов (гранулоцитов), моноцитов, лимфоцитов, тромбоцитов, эритроцитов, эозинофилов и изменение СОЭ.

Изменения параметров крови при различных инфекционных заболеваниях представлены в виде таблицы.

Если в показателях периферической крови наблюдалось увеличение параметра больше значения нормы, значение оценивалось в +1, уменьшение в –1. При нахождении показателя в зоне общепринятой нормы или отсутствии данных значение принималось за 0. При превышении показателя верхней границы нормы вдвое и более раз, значение принималось равным +2. В случаях недостаточно достоверных изменений показателей для разных людей (у одних показатель изменяется, у других нет) соответственно увеличению или уменьшению значение принималось равным +0,5 или –0,5.

Для выявления закономерностей изменений периферической крови при разных заболеваниях применялось вычисление коэффициента корреляции Пирсона. Коэффициент корреляции, согласно [6-8], показывает вероятность совпадения (или взаимозависимости) двух наборов данных. Если данные двух разных наборов идентичны, то коэффициент корреляции будет равен +1,что соответствует 100% совпадению. Коэффициент равный –1 означает точную обратную зависимость, т.е. увеличение значения в одном наборе данных будет соответствовать уменьшению соответствующего значения в другом наборе данных. При отсутствии всякой взаимосвязи между данными наборов коэффициент будет равен 0 (вероятность совпадения равна 0%). Промежуточные значения укажут вероятность совпадения и степень взаимосвязи данных. Значимым считается значение коэффициента корреляции (наличие какой-либо взаимосвязи) более 0,4 (или меньше –0,4) [6,7]. Средние значения изменений параметров крови в целом и по группам приведены в таблице 1.

Следует отметить, что изменения параметров крови при некоторых инфекциях отличаются от изменений присущих их группе. В частности, изменения крови при брюшном тифе отличаются от изменений крови при бактериозах и ближе к изменениям при вирусных инфекциях (гриппе, коре, краснухе, эпидемическом паротите или малярии). Изменения при бруцеллезе близки к изменениям при эрлихиозе, туляремии, хроническом инфекционном мононуклеозе. Изменения при малярии близки к изменениям при лихорадке Ку, венесуэльском энцефаломиелите лошадей, брюшном тифе.

Таблица 1. Средние значения изменений параметров крови

	рофилы/Лейкоциты	**Гранулоциты**	**Моноциты**	**Лимфоциты**	**Тромбоциты**	**Эритроциты**	**Эозинофилы**	***СОЭ***
Все болезни	0,13	0,15	0,08	0,09	-0,12	-0,17	0,13	0,33
Бактериозы	0,5	0,44	0,06	0,06	-0,13	-0,21	0,02	0,64
Вирусные	-0,27	0,04	0,15	0,15	-0,16	-0,03	-0,03	0,11
Риккетсиозы	0	0,04	0,04	0,04	-0,12	-0,15	-0,15	0,19

Хламидиозы	0,83	0,67	0	0	0	0	0	1,33
Микоплазмозы	0,36	0,09	0,05	0,18	0	-0,23	0	0,64
Микозы	0,13	0	0	0	-0,13	-0,25	0,25	0,13
Гельминтозы	0,38	-0,05	0	0,05	-0,05	-0,45	1,05	0,18

Таблица 2. Корреляционная таблица групп заболеваний

	Бактериозы	**Вирусные**	**Риккетсиозы**	**Хламидиозы**	**Микоплазмозы**	**Микозы**	**Гельминтозы**
Бактериозы	1	0,01	0,8	0,94	0,87	0,58	0,23
Вирусные инфекции	0,01	1	0,5	-0,1	0,09	0	-0,2
Риккетсиозы	0,8	0,5	1	0,73	0,84	0,32	-0,1
Хламидиозы	0,94	-0,1	0,73	1	0,86	0,41	0,08
Микоплазмозы	0,87	0,09	0,84	0,86	1	0,58	0,26
Микозы	0,58	0	0,32	0,41	0,58	1	0,91
Гельминтозы	0,23	-0,2	-0,1	0,08	0,26	0,91	1

Как видно из таблицы 1, изменения параметров крови для разных групп происходят различным образом. Поэтому для выявления взаимосвязи рассчитана корреляционная таблица для групп заболеваний.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ собранных данных с последующей корреляционной обработкой позволил выделить три или четыре группы заболеваний, различающихся по реакции параметров крови на инфекцию.

Наиболее многочисленную группу составляют бактериозы. По средним показателям (табл. 1) для бактериозов наблюдается увеличение числа лейкоцитов, преимущественно с нейтрофилёзным сдвигом, уменьшением количества эритроцитов с некоторым уменьшением числа тромбоцитов, и выраженное ускорение СОЭ.

Коэффициент корреляции параметров крови между вирусными инфекциями и бактериозами близок к нулю (0,01). То есть, изменения параметров крови при вирусных инфекциях не имеют ничего общего с бактериозами и поэтому вирусные инфекции необходимо выделить в отдельную группу. Для вирусных инфекций преобладает уменьшение числа лейкоцитов и тромбоцитов, с некоторым увеличением числа моноцитов и лимфоцитов, СОЭ близка к нормальным значениям.

Изменения параметров крови при микозах и гельминтозах очень близки (коэффициент корреляции равен 0,91), что соответствует однотипным изменениям параметров крови в 91% случаев. В то же время коэффициенты корреляции микозов и гельминтозов с вирусными инфекциями незначительны (для микозов коэффициент равен нулю, для гельминтозов равен –0,2) и имеют средние или низкие значения с бактериозами (0,58 и 0,23). Поэтому микозы и гельминтозы также следует выделить в отдельную группу. При микозах типична эозинофилия при одновременной анемии. При гельминтозах наблюдается высокий уровень эозинофилии, выраженная анемия и повышенный уровень лейкоцитов.

Изменения параметров крови при риккетсиозах, хламидиозах и микоплазмозах имеют высокие коэффициенты корреляции с бактериозами (0,8-0,94). В тоже время наблюдается средний коэффициент корреляции между вирусными инфекциями и риккетсиозами (0,5) и микозами с микоплазмозами (0,58) при достаточно высоком коэффициенте корреляции между риккетсиозами, хламидиозами и микоплазмозами (0,7-0,86). Это дает основание риккетсиозы, хламидиозы и микоплазмозы относить к бактериозам, считая их особой группой. Для риккетсиозов нет изменений количества лейкоцитов, наблюдается уменьшение эритроцитов, эозинофилов и в некоторой степени тромбоцитов. При хламидиозах следует ожидать выраженного увеличение лейкоцитов (преобладают нейтрофилы) и высокие значения СОЭ. Однако в данном исследовании включено всего три хламидийных заболевания, поэтому этот результат необходимо в дальнейшем перепроверить. Для

микоплазмозов наблюдается лейкоцитоз, эритроцитарная анемия и высокие значения СОЭ. В отличие от других показателей крови при микоплазмозе не изменяется количество эозинофилов.

Таким образом, корреляционный анализ изменений параметров крови при различных инфекциях позволил выделить три или четыре независимые группы заболеваний, характеризующихся однотипными изменениями параметров крови. Группы следующие: 1) бактериозы, с преобладающим увеличением числа нейтрофилов и повышением СОЭ; 2) близкая к бактериозам группа, включающая риккетсиозы, хламидиозы и микоплазмозы; 3) вирусные инфекции с преобладающим увеличением числа лимфоцитов и частой лейкопенией; 4) группа включающая микозы и гельминтозы с повышением числа эозинофилов.

Проведенная аналогичная обработка собранных данных для 44 инфекций у детей подтвердила полученный результат. Кроме того, классификация инфекций при парных (синхронных) изменениях параметров периферической крови для детей приведена в таблице 3, для взрослых в таблице 5. Они могут быть использованы в качестве дополнительного диагностического критерия в дифференциальном диагнозе. Числа в ячейках таблицы 3 соответствуют номеру инфекции из таблицы 4, числа в ячейках таблицы 5 соответствуют номеру инфекции из таблицы 6.

Инфекционные заболевания с незначительными изменениями параметров крови, и для которых нет данных в литературных источниках, в таблицу 4 и 6 не включены. Этапы оценки наиболее вероятных инфекций следующие.

Пример первый. Предположим, что при общем анализе периферической крови ребенка какой-то из показателей отличается от диапазона нормы в большую или меньшую сторону. Допустим, наблюдается лейкоцитоз. И отклонение только для этого показателя (остальные в зоне нормы). Выбирается таблица 3 (для детских заболеваний), в верхней строке показателей выбирается «лейкоцитоз», и так как показатель отклонения только один, то в вертикальной колонке в левой части таблицы 3 также выбирается «лейкоцитоз». В ячейке пересечения вертикальной и горизонтальной колонок содержатся цифры. В данном случае 14, 17, 19. Это номера заболеваний из таблицы 4. Соответственно: 14 – менингококковая инфекция, 17 - скарлатина, 19 – холера. Эти заболевания должны быть диагностированы и дифференцированы в первую очередь.

Таблица 3. Заболевания с синхронными изменениями параметров крови для детей

	Лейкоцитоз	**Моноцитоз**	**Лимфоцитоз**	**Тромбоцитоз**	**Эритроцитоз**	**Эозинофилия**	**Лейкоцитопения**	**Моноцитопения**	**Лимфоцитопения**	**Тромбоцитопения**	**Анемия**	**Эозинопения**
Лейкоцитоз	14,17,19	9	9,10,20			20			5,13,15	5,13	5	5
Моноцитоз	9	16	4,9				4					
Лимфоцитоз	9,10,20	4,9			2	8,2	2,3,4,8,12,18,21			2		3,18
Тромбоцитоз												
Эритроцитоз			2				2			2		
Эозинофилия	20		8,2				8		7	7	7	
Лейкоцитопения		4	2,3,4,8,12,18,21		2	8			6	2,13,6	6	3,18
Моноцитопения												
Лимфоцитопения	5,13,15					7	6		1	5,6,7	5,6,7	5
Тромбоцитопения	5,13		2		2	7	2,13,6		5,6,7		5,6,7	5
Анемия	5					7	6		5,6,7	5,6,7		5
Эозинопения	5		3,18				3,18		5	5	5	

Примечание: *Число в ячейке означает номер(а) заболевания(ий) из таблицы 4.*

Таблица 4. Список инфекций с изменениями параметров крови для детей

№	*Заболевание*	№	*Заболевание*
1	Аденовирусная инфекция	12	Краснуха
2	Бруцеллез	13	Легионеллёз
3	Брюшной тиф, паратифы А и В	14	Менингококковая инфекция
4	Вирусный гепатит А, Е	15	Микоплазмоз респираторный
5	Вирусный гепатит В	16	РС-инфекция
6	Вирусный гепатит С	17	Скарлатина
7	ВИЧ-инфекция	18	Хламидиозы
8	Грипп	19	Холера
9	Инфекционный мононуклеоз	20	Энтеровирусная инфекция
10	Коклюш	21	Эпидемический паротит
11	Корь	22	

Таблица 5. Заболевания с синхронными изменениями параметров крови для взрослых

	Лейкоцитоз	**Нейтрофилез**	**Моноцитоз**	**Лимфоцитоз**	**Тромбоцитоз**	**Эритроцитоз**	**Эозинофилия**	**↑СОЭ**	**Лейкоцитопения**	**Нейтроцитопения**	**Моноцитопения**	**Лимфоцитопения**	**Тромбоцитопения**	**Анемия**	**Эозинопения**	**↓СОЭ**
Лейкоцитоз	8,52,80	4,13, 17,18, 20,21 22,28, 32,38, 39,71, 84	32, 44	23, 44, 75, 85, 86		3,58	17,88 93,99 ,100, 103, 104, 105, 107, 108, 109	4,11,13, 17,18,20, 21,22,24, 25,27,28, 33,39,46, 58,78,82, 83,84,85, 86,88,93, 99,104		44		24, 28	11, 23, 24 25	19,21 ,23, 25, 28, 100, 104, 105, 108, 109	3,2 5,2 8,7 5, 85, 86	
Нейтрофилез	4,13,17 18,20, 21,22, 28,32, 38,39, 71,84,	73,	14, 32	14		69	6,17, 87	2,4,6,13, 14,15,16, 17,18,20, 21,22,26, 28,35,39, 68,69,72, 76,84,87, 89	35			28, 76	6,76	21,26 28,64 76,87 89	28, 76	
Моноцитоз	32,44,	14,32	10,	12,1 4,34 ,37, 40,4 1,44 ,57, 79, 92			40,41	12,14,79	12,34 37,40 41,47 55,57 70,79 92	34, 40, 44, 79, 92			12, 41, 47, 57	12,41 47,79	34, 70, 79, 92	40, 41

Лимфоцитоз	23,44,75,85,86	14	12,14,34,37,40,41,44,57,79,92	51,			29,40 41, 111	1,12,14,48,49,79,85,86,111	1,12,34,37 40,41 48,49 54,57 61,77 79,92	1,34,40,44,79,92,111			12,23,41,57,61,111	12,23 29,41 79, 111	1,34,75,79,85,86,92	40, 41
Тромбоцитоз						50, 59		50	50,59							59
Эритроцитоз	3,58	69			50, 59			50,58,69	50,59						2	59
Эозинофилия	17,88,93,99,100,103,104,105,107,108,109	6,17,87	40,41	29,40,41,111			90,95 101,106,114	7,17,87,88,93,99,104,110,111	40,41 102,112	40,111			41,111	29,41,87,97,98,100,102,104,105,108,109,111,112		40, 41
↑СОЭ	4,11,13,17,18,20,21,22,24,25,27,28,33,39,46,58,78,82,83,84,85,86,88,93,99,104	2,4,6,13,14,15,16 17,18,20,21,22,26,28,35,39,68,69,72,76,84,87,89	12,14,79	1,12,14,48,49,79,85,86,111	50	50,58,69	7,17,87,88 93,99 104,110,111		1,12,35,48 49,50,67,79	1,79 111		24,28,76	11,12,24,25,76,111	12,21 25,26 28,76 79,87 89,104,111	1,25,28,76,79,85,86	
Лейкоцитопения		35	12,34,37 40,41,47,55,57,70,79,92	1,12,34,37,40,41,48,49,54,57,61,77,79,92	50,59	50,59	40,41 102,112	1,12,35,48,49,50,67,79	36,53 62,81,	1,34 40,43,45,56,60,79,92		43,56	12,41,43 45,47,56 57,60,61 63,65,66 81,94	12,41 43,45 47,79 81,94 112	1,34,70,79,92,102	40, 41, 59, 65, 66
Нейтроцитопения	44		34,40,44 79,92	1,34,40,44,79,92,111			40,111	1,79,111	1,34,40,43 45,56,60,79,92	74,		43,56	43,45,56,60,111	43,45 79,111	1,3479, 92	40
Моноцитопения																

Лимфоцитопения	24,28	28,76						24,28,76	43,56	43,56			24,43,5676	28,4376	28,76	
Тромбоцитопения	11,23,24,25	6,76	12,41,47,57	12,23,41,57,61,111			41,111	11,12,24,25,76,111	12,41 43,45 47,56 57,60 61,63 65,66 81,94	43,45,56,60,111		24,43,56,76		5,12,23,25,41,42,43 45,76 81,94 111	25,76	41, 65, 66
Анемия	19,21,23,25,28,100 104,105,108,109	21,26,28,64,76,87,89	12,41,47,79	12,23,29,41,79,111			29,41 87,97,98,100,102,104,105,108,109,111,112	12,21,25,26,28,76,79,87,89,104,111	12,41 43,45 47,79 81,94 112	43,45,79 111		28,43,76	5,12,23,25,41,42,43,45,76,81,94,111	9,30,31,91,96,113,	25,28,76,79	41
Эозинопения	3,25,28,75,85,86	28,76	34,70,79,92	1,34,75,79,85,86,92		2		1,25,28,76,79,85,86	1,34,70,79,92,102	1,34,79,92		28,76	25,76	25,28 76,79		
↓СОЭ			40,41	40,41	59	59	40,41		40,41,59,65,66	40			41,65,66	41		

Примечание: *Число в ячейке означает номер(а) заболевания(ий) из таблицы 6.*

Таблица 6. Список инфекций с изменениями параметров крови для взрослых

№	*Заболевание*	№	*Заболевание*	№	*Заболевание*
1	**Бактериозы**: Брюшной тиф	39	Энтеровирусные болезни	77	Эндемический (крысиный) сыпной тиф
2	Паратифы А и В	40	Гепатит А	78	Марсельская лихорадка
3	Сальмонеллез	41	Гепатит В	79	Лихорадка Ку
4	Дизентерия	42	Гепатит С	80	Волынская лихорадка
5	Эшерихиоз	43	ВИЧ-инфекция	81	Эрлихиоз
6	Псевдотуберкулез	44	Инфекционный мононуклеоз острый	82	**Хламидиозы**: Орнитоз
7	Иерсиниоз	45	Инфекционный мононуклеоз Хронический	83	Заболевания обусловленные chlamidia trachomatis
8	Холера	46	Ветряная оспа	84	Заболевания обусловленные chlamidia pneumoniae
9	Кампилобактериоз	47	Цитомегаловирусная инфекция	85	**Микоплазмозы:** Токсоплазмоз
10	Листериоз	48	Корь	86	Криптоспороидоз
11	Дифтерия	49	Краснуха	87	Балантидиаз
12	Бруцеллез	50	Паротит эпидемический	88	Пневмоцистоз
13	Чума	51	Ротавирусное заболевание	89	Амебиаз
14	Туляремия	52	Натуральная оспа	90	Изоспориаз
15	Мелиоидоз	53	Колорадская клещевая лихорадка	91	Бабезиоз

16	*Стрептококковые:* Ангина	54	Эритема инфекционная	92	Малярия
17	Скарлатина	55	Лихорадка паппатачи	93	**Микозы:** Аспергиллез
18	Рожа	56	*Геморрагические лихорадки:* Желтая лихорадка	94	Гистоплазмоз
19	Стафилококковые	57	Лихорадка дэнге	95	Кокцидиоидомикоз
20	Пневмококковая инфекция	58	Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом	96	Нокардиоз
21	Сепсис	59	Омская геморрагическая лихорадка	97	*Нематодозы*: Филяриатозы (вухерериоз и бругноз, лоаоз, онхоцеркоз, акантохейлонематоз)
22	Менингококковая инфекция	60	Болезнь кьясанурского леса	98	**Гельминтозы**: *Нематодозы*:Аскаридоз
23	Коклюш и паракоклюш	61	Геморрагическая лихорадка Крым-Конго	99	Токсокароз
24	Легионеллез	62	Лихорадка Ласса	100	Трихостронгилоидоз
25	Тиф возвратный вшивый	63	Лихорадка Марбург	101	Энтеробиоз
26	Тиф возвратный клещевой	64	Лихорадка Эбола	102	Анкилостомидозы
27	Клещевой Лайм – боррелиоз	65	Аргентинская геморрагическая лихорадка	103	Трихинеллез
28	Лептоспироз	66	Боливианская геморрагическая лихорадка	104	Стронгилоидоз
29	Содоку	67	Лимфоцитарный хориоменингит	105	*Трематодозы:* Шистосомозы (мочеполовой, кишечный, японский)
30	Лепра	68	Клещевой энцефалит	106	Клонорхоз
31	Бартонеллезы (эритроцитарные «риккетсиозы»)	69	Японский энцефалит	107	Метагонимоз
32	Ботулизм	70	Венесуэльский энцефаломиелит лошадей	108	Фасциолезы
33	Клостридиальный псевдомембранозный колит (токсин клостридий)	71	Восточный энцефаломиелит лошадей	109	Описторхоз
34	**Вирусные:** Грипп	72	Западный энцефаломиелит лошадей	110	*Цесгодозы*: Альвеококкоз
35	Аденовирусные	73	Энцефалит сент-луи	111	Дифиллоботриоз
36	Парагрипп	74	Лихорадки рифт-валли	112	Тениаринхоз
37	ОРЗ (недифференцированные) - Вирусные	75	Бешенство	113	Тениоз
38	ОРЗ (недифференцированные) - Бактериальные	76	**Риккетсиозы:** Эпидемический сыпной тиф	114	Гименолепидоз
Примечание: для инфекционных болезней не включенных в список изменения периферической крови недостаточно достоверны или в литературных источниках нет данных					

Пример второй. Допустим, анализ крови взрослого человека показал отклонение в сторону увеличения СОЭ и в сторону уменьшения от нормы тромбоцитов (тромбоцитопения). В таблице 5 (для взрослых) в верхней строчке выбирается «↑СОЭ», в левом крайнем столбце «тромбоцитопения».

В ячейке пересечения находятся шесть цифр: 11,12,24,25,76,111. Так как таблица симметрична по диагонали (верхний левый угол – правый нижний угол), аналогичный результат будет при выборе в левой колонке «↑СОЭ», а в верхней строке «тромбоцитопения». В таблице 6 указанным шести цифрам соответствуют заболевания: 11 – дифтерия, 12 – бруцеллез, 24 – легионеллез, 25 – тиф возвратный вшивый, 76 – тиф сыпной эпидемический, 111 – дифиллоботриоз. Эти заболевания должны быть дифференцированы в первую очередь.

Такая классификация существенно ускоряет поиск возбудителей, особенно редких и тропических болезней, а также является хорошей помощью, особенно для молодых врачей.

Заключение

Исследование отклонений параметров крови и их взаимосвязей путем вычисления коэффициентов взаимной корреляции при 162 инфекционных заболеваниях у взрослых и 44 инфекционных заболеваний у детей показало, что:

1) различные инфекции вызывают однотипные изменения параметров крови, которые могут быть сгруппированы в три (четвертая близкая к бактериозам) независимые группы: а) бактериозы с преобладающим увеличением числа нейтрофилов и ускорением СОЭ; б) близкая к бактериозам группа, включающая риккетсиозы, хламидиозы и микоплазмозы, с увеличением числа нейтрофилов и повышением СОЭ и часто с лимфоцитопенией, тромбоцитопенией, эозинопенией и анемией; в) вирусные инфекции с лимфоцитозом и частой лейкопенией; г) группа включающая микозы и гельминтозы с сопутствующей эозинофилией.

2) большинство заболеваний сопровождается парным (синхронным) изменением параметров крови и таблицы этих изменений могут быть использованы в качестве дополнительного диагностического критерия в дифференциальном диагнозе.

Библиографический список

1. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни. М.: Гэотар-Медиа; 2011. - 707 с.
2. Инфекционные болезни. Лобзин Ю.В. Учебное пособие. СПб.: 2000. - 226 с.
3. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология. М.: Гэотар- Медиа, 2007. - 816 с.
4. Носов С.Д. Детские инфекционные болезни М.: Медицина, 1982. – 416 с.
5. Баранов А.А. Детские болезни. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 880 с.
6. Основы математической статистики. Под ред. В. С. Иванова. М: Физкультура и спорт, 1990. – 176 с.
7. Математическая статистика для психологов и педагогов. Электронный ресурс. http://matstats.ru/. (Дата доступа 24.01.2015).
8. Теория вероятностей и математическая статистика. М.: Физматлит, 2002. – 232 с.

Байсеитова Акбота Мухтаровна
Bajseitova Akbota Muhtarovna
Магистрант, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова г.Алматы, Республика Казахстан

Жетерова Светлана Кенжиевна
ZHeterova Svetlana Kenzhievna
к.ф.н., доцент КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова г.Алматы, Республика Казахстан

Хабижанова Венера Болатовна
Habizhanova Venera Bolatovna
к.м.н., доцент КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова г.Алматы, Республика Казахстан

УДК 614.2

ВАЖНОСТЬ НАЛИЧИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА НА ПРЕДПРИЯТИИ ТОО «ЖАНАФАРМ»

IMPORTANCE OF HAVING A PHARMACEUTICAL QUALITY SYSTEM IN THE ENTERPRISE LLP «ZHANAPHARM»

Аннотация: Для достижения высоких показателей при контроле качества фармацевтической продукции очень важно иметь налаженную фармацевтическую систему качества.

Abstract: To achive high performance in the quality control of pharmaceutical products, it is very important to have an established pharmaceutical quality system.

Ключевые слова: GMP, фармацевтическая система качества.

Keywords: GMP, pharmaceutical quality system.

Цель: Понять важность наличии эффективной фармацевтической системы качества на предприятии ТОО «Жанафарм».

Актуальность: В связи с активным внедрением на предприятии ТОО «Жанафарм» стандартов ISO 9000 и Надлежащей производственной практики стал острый вопрос о создании модели фармацевтической системы качества (ФСК). Данная модель - ФСК позволит предприятию создать свое управление для руководства фармацевтической компанией и для ее контроля в отношении качества. ФСК оформляется документально, а ее эффективность контролируется. Фармацевтические предприятия имеют различные направления с учетом их объема и сложности деятельности организации, поэтому на каждое предприятие требует разработки своей индивидуальной модели ФСК.

Материалы и методы: ФСК - это система управления, охватывающая все подразделения предприятия, чья деятельность может оказать влияние на эффективность, безопасность и качество выпускаемой продукции.

Основными направлениями при разработке системы качества являются: определение функций и задач системы качества; выявление состава структурных подразделений; разработка функциональной схемы управления качеством.

При создании системы качества может использоваться апробированный на практике типовой план работ, состояший из:

1. Решения руководством предприятия о создании системы качества. Ответственность за наличие и эффективность функционирования ФСК несёт высшее руководство предприятия, занимающую лидирующую позицию и активно участвующую в данной системе, гарантирующую также поддержку и заинтересованность на всех ее стадиях.
2. Разработки ФСК и рекомендаций по ее внедрению.
3. Разработки политики в области качества высшим руководством.
4. Разработки структуры предприятия.
5. Определения функций и задач системы качества, исходя из требований приказа № 392 от 27 мая 2015 года и специфики предприятия. Четко определить системы и подсистемы ФСК и назначить их руководителей. При этом руководитель подразделения несёт ответственность перед высшим руководством за правильность своих действий и достижение целей своего подразделения в области

качества.

6. Создания программы обучения персонала по управлению качеством.

7. Осуществления занятий в соответствии с программой.

8. Разработки графика создания и корректировки нормативных документов с указанием сроков и исполнителей работ.

9. Разработки системы CAPA.

10. Разработки «Руководства по качеству».

После создания модели ФСК требуется ее внедрение в работу — проверка ее функционирования и, если потребуется, корректировки. Для достижения цели в области качества необходима заинтересованность всего персонала предприятия. Также должна быть разработана система связи, включающая документацию, самоинспекцию, управление несоответствиями, управление CAPA, управление изменениями, непрерывное улучшение, управление рисками, анализ функционирования отдельных подсистем управления и ФСК в целом. Кроме того ФСК должна активно взаимодействовать с внешней средой, особенно в области получения информации о качестве лекарственного препарата, что позволит предприятию легче перейти к работе по стандартам GMP.

Вывод: Таким образом, для Казахстанского предприятие «Жанафарм» и его выхода в лидирующие позиции, очень важно получить сертификат соответствие GMP. Внедренная система безусловно позволит предприятию легко принять правила надлежашей системы качества. Предприятие получив сертификат не будет нуждатса в постоянном доказательстве о качестве выпускаемой продукции, которая в разы поднимет его статус на мирвом рынке.

Библиографический список:

1. Проект Правил надлежащей производственной практики Евразийского экономического союза.

2. Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств (утв. Приказом Министерства промышленности и торговли РФ от 14 июня 2013г. №916)

3.СТ РК 1617-2006 «Производство лекарственных средств Надлежащая производная практика».

4.ICH Q10: Фармацевтическая Система Качества / пер. с англ. – К.: Виалек, 2008.

5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 мая 2015 года № 392 «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик» / Министерство здравоохранения и социального развития. – Астана: Астана китап, 2015. – 31 с.

6. Приказ Министерства промышленности и торговли Российской Федерации от 12.12.2013 №1997 «Об утверждении Рекомендаций по организации производства и контроля качества лекарственных средств». (дата обращения 10.08.2015).

7. Steinborn L. GMP/ISO Quality Audit Manual for Healthcare Manufac-turers and Their Suppliers. Sixth Ed, Vol. 2: Regulations, Standards, and Guidelines. – N.Y. : CRC Press, 2009. – 448 p.

8. Conformity assessment. Requirements for bodies providing audit and certification of management systems : ISO/IEC 17021:2011 – [Valid from 2011-02-01]. – Second edition, 2011. – 44 p.

9. Сайт Международной организации по стандартизации [Электронный ресурс]. Режим доступа : http://www.iso.org/iso/home.html

10. Лебединець, В. О. Управление качеством : учеб. пособие / В. А. Лебединец, С. Н. Коваленко, Е. С. Ромелашвили. – Х. : НФаУ, 2013. – 324 с.

Аллаберганов Ойбек Собирович
ассистент кафедры « Неврология и психатрия» Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии г. Ургенч, Республика Узбекистан

Allaberganov Oybek
Assistant department “ Nevrology and psychiatry” Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

Отаназаров Ойбек Кенжа угли
студент 5-курса Педиатрического факультета Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии г. Ургенч, Республика Узбекистан

Otanazarov Oybek
Students Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

УДК 616-006.311

ДИАГНОСТИКА АГРЕССИВНЫХ ГЕМАНГИОМ ПОЗВОНОЧНИКА

DIAGNOSTICS OF AGGRESSIVE SPINAL HEMANGIOMAS

Аннотация. Гемангиомы тел позвонков – это медленно растущие доброкачественные сосудистые опухоли.

Annotation. Hemangiomas of vertebral bodies are slowly growing benign vascular tumor.

Ключевые слова: гемангиома, тела, эффект, позвоночник

Key words: hemangyoma, body, effect, vertebra

Зачастую большинство гемангиом являются диагностическими находками и встречаются в 10-12% случаев, которые не требуют хирургического лечения. Редко гемангиомы ведут себя агрессивно и проявляют клиническую симптоматику. Своевременная диагностика и лечение агрессивных гемангиом позволяет предупредить возникновение компрессионных переломов.

Цель: изучить эффективность компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике агрессивных гемангиом.

Материалы и методы: ОММС с 2014 по 2017 гг. нами было обследовано 160 больных, которые в той или иной мере высказывали жалобы на боль и дискомфорт в шеи, груди и пояснично-крестцовом отделе. Больные были в возрасте от 41 до 62 лет. Пациентам проводилось клинико-неврологическое обследование. Всем больным была проведена КТ и/или МРТ обследования позвоночника (МСКТ фирм TX Siemens, Philips и МРТ фирмы General Electric 1,5 тесла). Для дифференциации клинически значимых – агрессивных гемангиом (для лечение которой необходимо хирургическое лечение), от менее значимых – неагрессивных, мы придерживались следующих признаков: 1) локализация в грудном отделе; 2) тотальное поражение тела позвонка; 3) распространение гемангиомы на корень дуги позвонка; 4) неравномерная трабекулярная структура гемангиомы; 5) отек костной ткани на периферии опухоли; 6) низкий сигнал на Т1 и высокий на Т2 - ВИ по МРТ; 7)накопление контрастного вещества при проведении КТ обследований.

Результаты и их обсуждение: Клиническое обследование позволило нам сузить и локализовать область планируемого интерскопического обследования. Среди 160 обследованных у 36 была обнаружена гемангиома. После детального обследования из 36 пациентов у 14 - гемангиома расценена как неагрессивные и/или менее значимая, а у 2 больных – гемангиомы диагностированы как агрессивные. Ведущими клиническими проявлениями при агрессивных гемангиомах был болевой симптомокомплекс. Чаще гемангиомы были единичными у 19 больных и локализовались только в одном позвонке, из них у 14 пациентов было поражение только тело позвонка, у 2 пациентов изолированное поражение заднего полукольца и 3-х больных наблюдалось тотальное поражение всего позвонка. Наиболее частой локализацией гемангиом оказался грудной отдел позвоночника в 85% случаев. У 3-х пациентов гемангиомы были множественными и локализовались во всех отделах позвоночника. На КТ агрессивные гемангиомы визуализировались в виде полостей различных форм и преимущественно больших размеров с неравномерными трабекулярными

структурами. Компьютерная томография позволяла определить отек костной ткани на периферии опухоли у 12 обследованных, вовлечения в процесс задних структур позвонков и распространение гемангиомы на корень дуги позвонка выявлено у 6 пациентов. На МРТ у всех больных агрессивная гемангиома обладала характерными признаками в виде низкого сигнала на Т1 и высокий на Т2. Низкая интенсивность сигнала на Т1-ВИ, т.е. отсутствие липидов в интратрабекулярном пространстве, свидетельствовала об агрессивности процесса.

Выводы: КТ и/или МРТ позволяют выявить клинически значимые гемангиомы и являются эффективными методами при дифференциации агрессивных гемангиом позвоночника.

Библиографический список:

1. Аксис А., Вестеманис В., Карклиньш Э. и др. Результаты вертебропластики при лечении больных с патологическими переломами и гемангиомами позвонков// Хирургия позвоночника. 2006. № 2. С. 38-42.
2. Антонов В.Ф., Черныш А.М., Пасечник В.И., Вознесенский С.А., Козлова Е.К. Биофизика. М.: Владос. 2000 С. 288
3. Афаунов А.А., Усиков В.Д., Афаунов А.И., Мишанин А.В., Тахмазян К.К. Экспериментальное изучение локальной прочности костной ткани тел позвонков //Гений ортопедии. 2007. №1, С. 117-122
4. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. М., «Медицина», 2004, 432 с.

Самойлова Раиса Сергеевна
Samojlova Raisa Sergeevna
Студентка 6 курса ГБОУ ВПО КубГМУ Краснодар
E-mail: Samoilova_22.93@mail.ru

Самойлов Сергей Пантелеевич
Samojlov Sergej Panteleevich
преподаватель, Лабинский медицинский колледж, г. Лабинск
E-mail: labmedic@mail.ru

Самойлова Алёна Сергеевна
Samojlova Alyona Sergeevna
Клинический ординатор травматолог-ортопед
ГБОУ ВПО КубГМУ Краснодар

УДК 616.7

СТОПА — ФУНДАМЕНТ ТЕЛА

THE FOOT IS THE FOUNDATION OF THE BODY

Аннотация: Данная статья посвящена проблеме плоскостопия, причинам ее развития.

Показателем здоровья, имеющим тесную связь с физическим развитием человека, является состояние его стопы. Стопа является фундаментом здоровья, поскольку выполняет чрезвычайно важные функции, благодаря которым осуществляется всё многообразие движений в процессе жизнедеятельности. Нарушение строения и функций стопы приводит к развитию различных заболеваний.

В статье раскрываются методы профилактики и коррекции плоскостопия и, в частности, описывается проведенная исследовательская работа по выявлению и лечению плоскостопия.

На основании результатов проведённого исследования, для профилактики плоскостопия предлагается комплекс упражнений по коррекции плоскостопия.

Abstract: This article is devoted to the problem of flat feet, the reasons for its development.

An indicator of health, which is closely related to the physical development of a person, the condition of the foot. The foot is the foundation of health, because it performs a crucial function, due to which is the diversity of movements in the process of life. Violation of the structure and function of the foot leads to the development of various diseases.

The article reveals the methods of prevention and correction of flat feet and, in particular, describes the research work carried out to identify and treat flat feet.

Based on the results of the study, for the prevention of flat feet, a set of exercises for the correction of flat feet is proposed.

Ключевые слова: стопа, плоскостопие, опорно-двигательный аппарат, комплекс ЛФК.

Keywords: foot, flat feet, musculoskeletal system, the complex physical therapy.

Вся жизнь человека и его здоровье зависит от функционирования его системы управления. Стопа — прежде всего, орган опоры и движения. Если стопа не выполняет рессорные функции, развивается плоскостопие. Плоскостопие — патологическое состояние, характеризуется деформацией стопы в виде уплощения её сводов. Плоскостопие — очень серьёзная и коварная патология, которая ускоряет износ практически всего опорно-двигательного аппарата. Врачи называют плоскостопие болезнью цивилизации. Неудобная обувь, синтетическое покрытие, гиподинамия, избыточный вес — всё это приводит к неправильному развитию стопы. Ежедневная лечебная гимнастика укрепляет мышцы и связочный аппарат, корректирует неправильную установку стоп, улучшает обмен веществ, действует укрепляюще на весь организм. Не зря наши ноги называют вторым сердцем, они перекачивают кровь от периферии к центру, помогая работать сердцу. При нарушении кровообращения и биомеханики в нижних конечностях, возникают боль, отеки, быстрая утомляемость при длительной ходьбе и стоянии, судороги, головные боли, в дальнейшем происходят дегенеративные изменения суставов –

коленных, затем тазобедренных, межпозвоночных. Костно-мышечная система представляет собой единую биомеханическую систему, поэтому нарушения одного звена приведут к различным последствиям, как в других звеньях, например зубочелюстной системы в виде изменения прикуса, так и во всем организме в целом.

Официальная медицинская статистика Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) говорит о том, что больше половины населения Земли страдает плоскостопием. По данным ученых, из всего населения земного шара в разных странах плоскостопием страдают от 40 до 80% людей, из них 90% составляют женщины.

Причиной развития плоскостопия может быть наследственная слабость мышц и связок или их перенапряжение. В наше время человек вынужден много ходить по ровным и гладким поверхностям, а девушки просто не могут обойтись без высоких каблуков и начинают носить их практически с подросткового возраста, то есть в период, когда стопа еще не окончательно сформировалась. И, естественно, все это способствует развитию плоскостопия. Так же развитию плоскостопия способствует неправильно подобранная обувь, которую мы зачастую приобретаем в магазинах без специальных сертификатов. Это явление получило развитие особенно в 90-е годы, когда был ослаблен контроль и массово налажено кустарное производство, завозилась дешёвая обувь из Китая. Ведь правильно подобранная обувь имеет большое значение для профилактики плоскостопия - она должна приспосабливаться к ноге, а не наоборот, строго соответствовать размеру стопы и предохранять её от механических повреждений, соответствовать её физиологическим особенностям. Обувь для разных возрастов нужна разная. Зачастую детская обувь имеет совершенно плоскую подошву, без изгиба для свода стопы, и тем самым деформирует стопу, ведет к ее уплощению. Детям нужна обувь на небольшом каблуке высотой 5 - 8 мм (каблук Томаса), с упругой стелькой, крепким задником. Нередко плоскостопие является одной из причин нарушения осанки. При плоскостопии резко понижается опорная и амортизационная функции ног, увеличивается нагрузка вначале на суставы стоп, а в последующем и на другие суставы, позвоночник, изменяется правильная установка стопы, положение таза, возникает нарушение осанки, становится трудно ходить. По данным медицинской статистики из 87% детей, нуждающихся в ортодонтическом лечении, 82% — с нарушением осанки!

Являясь медицинским образовательным учреждением, колледж остро ставит вопрос профилактики и коррекции плоскостопия и, в частности, начал проводить работу по выявлению и лечению плоскостопия у студентов. Был проведён эксперимент, в котором приняли участие 154 студента-первокурсника, в медицинских картах которых диагноз «плоскостопие» был зафиксирован только у двоих. После проведения собственного обследования преподавателями-клиницистами плоскостопие было диагностировано ещё у 21 студента. Таким образом, было выяснено, что у 19 человек продольное плоскостопие, у 1 человека — поперечное, у 3 человек — комбинированное, вместе с тем, I степень имеют 11 человек, II степень — 10 человек, III степень — 2 человека.

Были поставлены следующие задачи:

1. Экспериментально показать эффективность использования ЛФК для лечения плоскостопия.
2. С помощью физических упражнений приостановить развитие болезни.
3. Определить оптимальный двигательный режим.
4. Разработать комплексы лечебной гимнастики, дать рекомендации по оздоровлению организма.
5. Ориентировать молодежь на ведение здорового образа жизни.

Методами исследования явились:

1. Клинический осмотр (визуальный и оценка положения стопы при стоянии в двух плоскостях)
2. Плантография (метод основан на получении отпечатков стопы, по которым определяется степень её уплощения).
3. Эксперимент.
4. Анализ результатов исследования.

Студентам были показаны слайды, проведена лекция о плоскостопии. Обращено особое внимание на положительное действие 60 физических упражнений и возможных последствиях патологии. Занятия проводились на базе колледжа в специальной медицинской группе (в

течение 3-х лет, 3 раза в неделю), под руководством преподавателя реабилитации, а также самостоятельно дома.

Специальный комплекс постоянно пополнялся новыми упражнениями. Также студенты выполняли самомассаж стоп и голеней для снятия усталости и отеков ног. Для восстановления естественной формы стопы (I—II степени) применяли корригирующие стельки (супинаторы), которые позволили не только справиться с болью, но и ещё своей формой регулируют тонус мышц, выполняют роль амортизатора.

После завершения эксперимента было проведено повторное обследование студентов, показавшее следующие результаты: симптомы плоскостопия были обнаружено только у 12 студентов (плоскостопие I степени — у 10 студентов, плоскостопие III степени — у 2 студентов).

Сравнив полученные данные, мы сделали следующие выводы:

• с помощью лечебной гимнастики можно притормозить развитие болезни на ранних этапах формирования плоскостопия, избежать деформаций стоп;

• необходимыми условиями для применения нашего метода для заболевания являются первая и вторая степени заболевания (т. к. ещё не сформировался опорно-двигательный аппарат) и регулярное, систематическое применении лечебной гимнастики и использование ортопедических стелек.

На основании результатов проведённого эксперимента, для профилактики плоскостопия мы предлагаем следующее:

1. Регулярно проходить обследование у врача-ортопеда.
2. Пользоваться ортопедическими стельками.
3. Регулярно применять специализированный комплекс ЛФК.
4. При усталости ног выполнять самомассаж.
5. Ходить босиком по траве, гальке, песку.
6. Вести здоровый образ жизни.
7. Носить обувь, у которой высота каблука не превышает 4 см.

Далее мы предлагаем комплекс ЛФК при развитии плоскостопия.

Упражнения в положении лёжа на спине

• сгибание и разгибание носков
• приведение и отведение стоп, ноги выпрямлены в коленном суставе
• ноги на ширине плеч, повернуть стопы внутрь и наружу
• вращение стоп внутрь и наружу
• лёжа на спине держать ноги под углом 45 гр.
• лёжа на спине «езда на велосипеде»
• лёжа на спине «ножницы»
• лёжа на спине ноги под углом 10 гр. приведение и отведение сосков

Упражнения в положении сидя на стуле

• руки на колени, перекат с пятки на носок
• руки на колени, приподнимание пяток вместе и попеременно
• собрать пальцами стоп полотенце «в гармошку»
• захват и перекладывание пальцами ног карандаша, губки
• поднимание стопами (внутренним сводом) теннисного, волейбольного мяча
• приведение и отведение стоп, касаясь носками пола
• стопы на гимнастической палке
• катание палки, надавливая внутренним сводом стопы

Упражнения в положении стоя

• стоя на рейке гимнастической стенки хват на уровне груди, поднимание на носки и опускание пяток вниз
• глубокие приседания на полной стопе, ноги на ширине плеч
• приседание на носках, руки на пояс, пятки вместе, носки врозь
• перекаты с ноги на ногу, носок приводить на себя
• выпад правой ногой вперёд, руки на опору, прыжки на носках со сменой положения ног
• прыжки на носках, руки на пояс, ноги врозь – скрестно
• прыжки на правой, на левой и на обеих ногах
• прыжки на скакалке (приземление на носки)

Библиографический список:

1. Егоров Б. Б., Кудрявцев В. Т. Развивающая педагогика оздоровления. М., 2007. — С. 178
2. Мошков В. Н. Лечебная физкультура в клинике плоскостопия. М., 1992.— С. 82
3. Плоскостопие [Электронный ресурс]. — URL: http://www.ortopediya.ru /flat-foot.php
4. Попов С. Н. Лечебная физическая культура. М.: «Академия», 2006. — С. 410
5. Справочник практического врача. Под. ред. Т. Н. Савиновой. М., 1999. — С. 796

Хамидуллаева Мохинур Бахтиёр кизи
Студентка магистратуры III года обучения. Кафедра «Офтальмология, детская офтальмология»
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт. E-mail: mb9779@mail.ru
Hamidullayeva Mohinur Baxtiyor qizi
Master's degree student 3 years of study Department «Ophthalmology, children's ophthalmology»
Tashkent Pediatric Medical Institute. E-mail: mb9779@mail.ru

Сидиков Зафар Умарович
Кандидат медицинских наук, директор Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Микрохирургии Глаза, главный офтальмолог Министерства Здравоохранения Республики Узбекистана.
Sidiqov Zafar Umarovich
Candidate of medical sciences, director of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center Eye Microsurgery, chief ophthalmologist of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan.

Сайдиганиева Сурайя Хамидуллаевна
Врач-офтальмолог высшей категории Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Микрохирургии Глаза.
Saydiganiyeva Suraya Xamidullayevna
Doctor ophthalmologist of the highest category of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center Eye Microsurgery

УДК 617.735

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БИОМИКРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПЕРЕДНЕГО СЕГМЕНТА ГЛАЗА

THE ROLE OF ULTRASOUND BIOMICROSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF POSTTRAUMATIC CONDITIONS OF THE ANTERIOR SEGMENT OF THE EYE

Аннотация: Одной из основных причин монокулярной слепоты во всем мире является травма органа зрения. В данной статье представлены результаты исследований по применению ультразвуковая биомикроскопия (УБМ) в оценке роговицы, хрусталика, цинновых связок при посттравматических состояниях у лиц в возрасте 3-20 лет и его роль в выборе самого оптимального хирургического подхода. УБМ практически выявляет все имеющиеся структурные нарушения, которые индуцирует проникающая травма, в том числе экранируемые кровоизлиянием, экссудатом или помутнением роговицы. В плане получения информации об изменениях структур передней, задней камеры глаза, возможности УБМ неоценимы.

Abstract: One of the main causes of worldwide monocular blindness is - trauma of vision organ. This article presents the results of studies on the use of ultrasound biomicroscopy (UBM) in assessing the cornea, lens, Zynn ligaments in posttraumatic conditions at persons aged 3-20 years and its role in choosing the most optimal surgical approach. UBM practically identifies all the existing structural disorders that induce penetrating trauma, including those screened by hemorrhage, exudates or opacity of the cornea. In terms of obtaining information on changes in the structures of the anterior, posterior chamber of the eye, the possibilities of UBM are invaluable.

Ключевые слова: Ультразвуковая биомикроскопия (УБМ), хрусталик, интраокулярной линзы (ИОЛ), цинновой связки, посттравматическая катаракта.

Key words: Ultrasound biomicroscopy (UBM), lenticular, intraocular lens (IOL), Zynn ligaments, posttraumatic cataract.

Актуальность: Травмы органа зрения остаются одной из ведущих причин слепоты и слабовидения в любом возрасте. До 50% всех несчастных случаев встречается до 18-летного возраста. [1,25; 3,40; 6,10]. Травмы приводят к резкому ухудшению зрения, развитию катаракты. При этом наличие грубого рубца в оптической зоне не дают оптимально рассчитать силу

интраокулярной линзы (ИОЛ), что приводит к погрешности хирургии катаракты, вследствие неточного расчета интраокулярной линзы (ИОЛ) и т.д. Кроме того существуют пролиферативные процессы, значительно осложняющие ближайшее и отдаленное течение травматического процесса в глазу. Вследствие изменений оптических сред и недоступности для исследований «немых зон» (цилиарное тело, структуры задней камеры), нередко без должного внимания после проникающих травм глаза, остаются изменения, предопределяющие во многом прогноз и риск потенциальных осложнений. Поэтому в пограничных и сложных клинических ситуациях значимость приобретают те исследования, которые позволяют выявить самую малую степень вовлечения анатомических структур в патологический процесс. В их числе внимание заслужил метод ультразвуковой биомикроскопии (УБМ) [1,55; 2,29].

Цель.

С позиций УБМ изучить наиболее частые и характерные структурные, топографо-анатомические нарушения у детей с посттравматическими состояниями переднего сегмента глаза.

Материал и методы.

С посттравматическими состояниями переднего сегмента глаза были обследованы 56 пациентов в возрасте от 3 до 20 лет. Согласно анамнезу, травма во всех случаях наблюдений была бытовой, часто на первый взгляд незначительной, обусловлена веткой дерева, проволокой, ножницами, стеклом, мелкими предметами, падением и т.д. Пациенты обратились в сроки от 6 месяцев до 1 года после травмы. У 43 пациентов (76,78 %) была проведена первичная хирургическая обработка (ПХО) проникающего ранения в сроки от 2 дня до 1 месяца. Всем пациентам были выполнены общепринятые методы офтальмологического обследования, в том числе УБМ на аппарате UBM –Paradigm (Paradigm Medical Industries, Inc. Salt Lake City Utah, С.Ш.А) по методике Pavlin C.I. [1,29; 7,23]. Критериями оценки служили рельеф профиля поверхности, рефлективность исследуемой структуры, пространственные и количественные параметры взаимоотношений анатомических структур. Применяли аксиальный, продольный, тангенциальный срезы (варианты сканирования).

Результаты и обсуждение.

Как показал анализ наблюдений, УБМ практически выявляет все имеющиеся структурные нарушения, которые индуцирует проникающая травма.

Рисунок 1-а

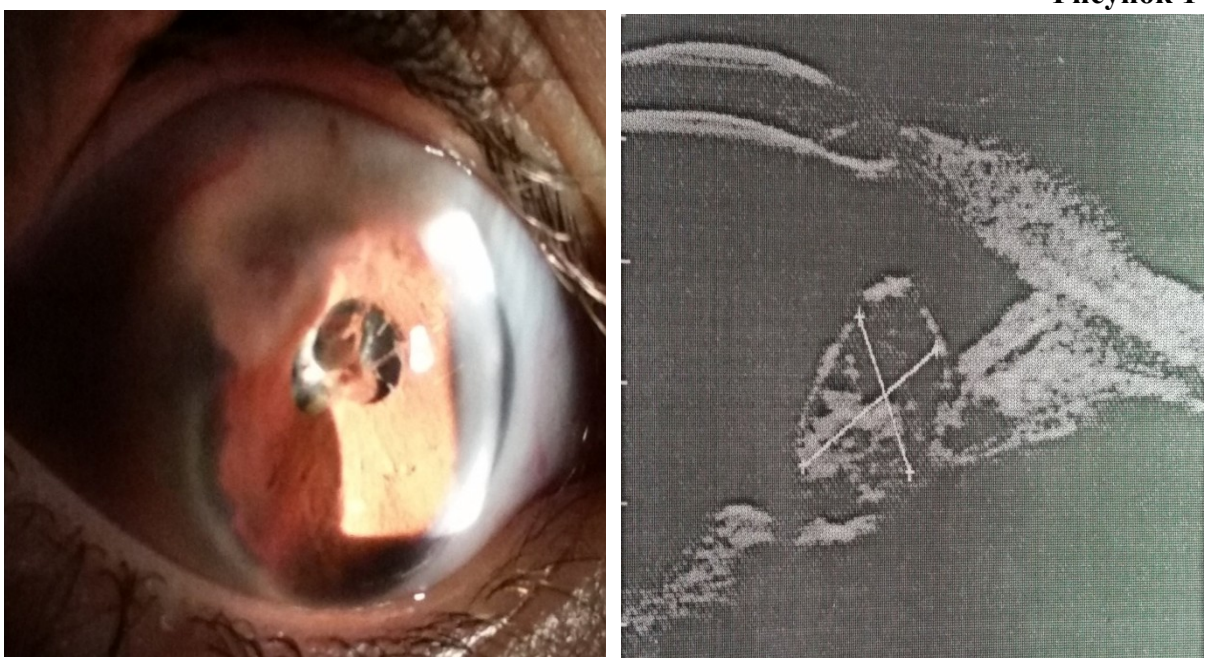


Рисунок 1-б

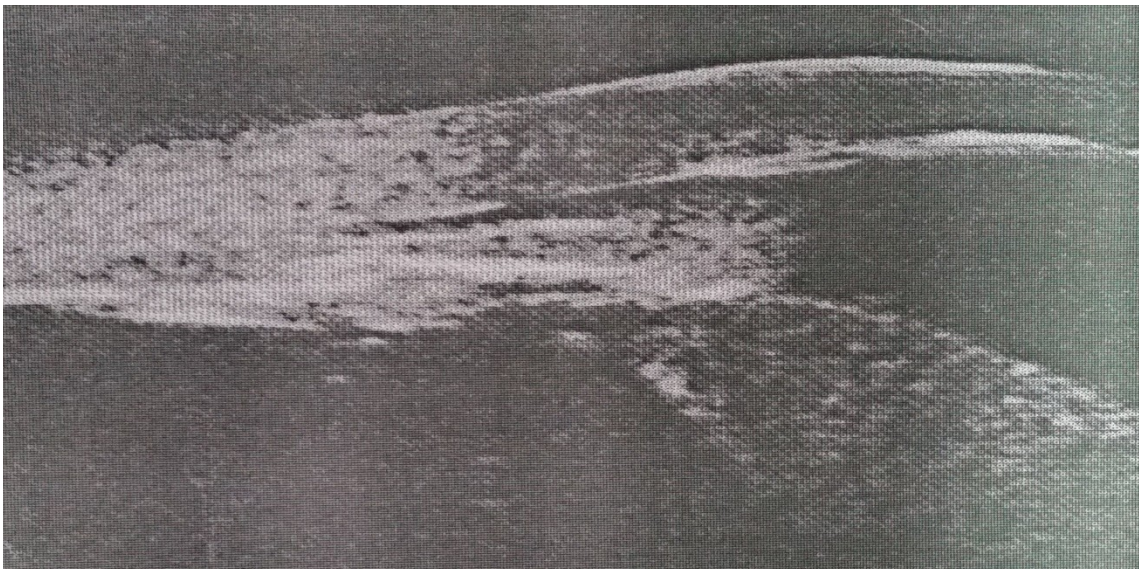


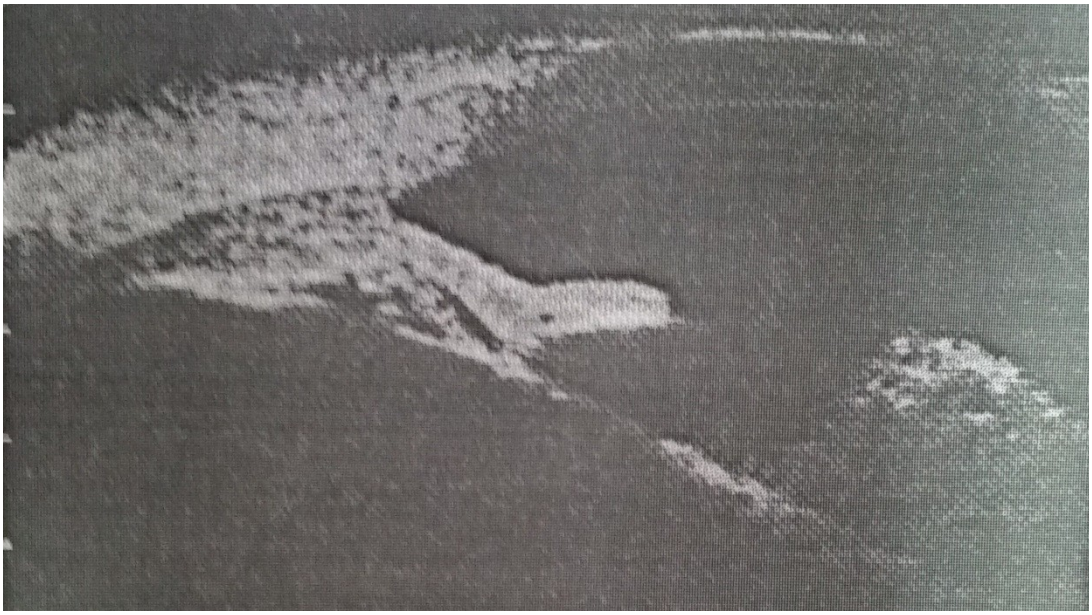
Рисунок 1. УБМ сканограмма переднего сегмента глаза после проникающей травмы: а) иридокорнеальная синехия, сквозной дефект и киста радужки; б) тангенциальная сканограмма: иридокорнеалной синехии блокирующей структуры УПК.

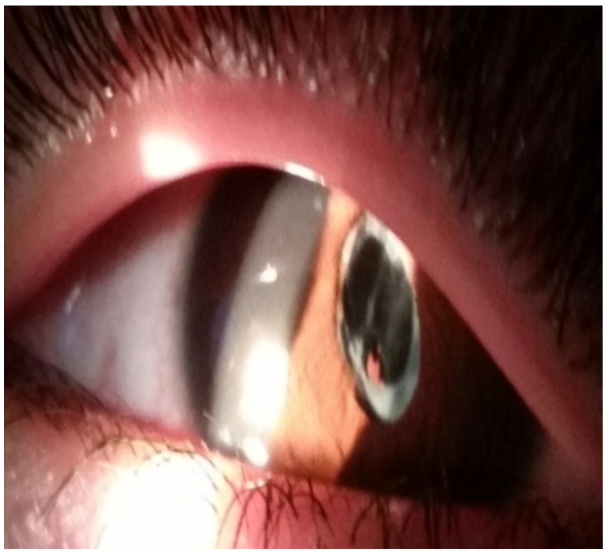
УБМ структур переднего сегмента глаза выявляла изменения архитектоники роговицы, радужки, цилиарного тела, особенности их топографо-анатомических взаимоотношений, в том числе были выявлены случаев 12 (21,42%) иридокорнеального контакта (синехии). Акустическая плотность была приближена к эхоплотности радужки, толщина и рельефность которой были снижены. Была оценена их протяженность, степень прикрытия структур угла передней камеры (УПК), характер, в том числе вследствие разрыва радужки (рис. 1а, б).

Визуализация структур УБМ позволила выявить факторы риска наиболее значимых для прогноза глаза осложнений: гидродинамических, воспалительных, геморрагических.

Анализ результатов УБМ-визуализации переднего сегмента глаза после проникающий травмы показал, что топографо-анатомические нарушения не только полиморфны, носят сочетанный характер, но и весьма индивидуальны. Наиболее часто имели место различные изменения структур иридоцилиарной зоны, хрусталика, волокон цинновой связки (ВЦС). Рельеф радужки, отражая изменения ее структуры от отека до субатрофии, сегментарной атрофии, локальных дефектов, был весьма вариабелен: то местами утолщен, то равномерно сглажен, в том числе несимметричен на аксиальных сечениях и т.д. Наиболее часто в разные после травмы сроки выявляли субатрофию радужки в виде ее уплощения, некоторого истончения, снижения рельефности. Исследовать изменения цилиарного тела при ригидном зрачке, снижении прозрачности оптических сред, как известно, не удается. УБМ-визуализацией было выявлено щелевидное сообщение между передней камерой глаза и супрахориоидальным пространством. Как следствие отделения меридиональных волокон цилиарной мышцы от склеры имело место обнажение склеральной шпоры, смещение комплекса «радужка — цилиарное тело», нарушение структуры, рельефа поверхности. УБМ позволила выявить индивидуальные особенности, многообразные изменения цилиарного тела, варьирующие от отека (увеличение толщины, отсутствие пространства между отростками на тангенциальных сканограммах) до атрофии, нарушения целостности его структуры (рис. 2).

Рисунок 2. УБМ сканограмма после проникающей травмы афакичного глаза: дефект радужки и цилиарного тела, иридохрусталиковый контакт.





Исследование задней камеры УБМ подтвердило наличие помутненного естественного хрусталика у 32 (57,14%), наличие полурассосавщегося хрусталика у 13 (23,21%), и остатки хрусталиковых масс у 11 (19,64%) пациентов. Помутнения хрусталика различной степени, с различной акустической плотностью капсулы имелись только в 10 (17.85%) случаев. У 17 (30,35%) пациента выявлен разрыв задней капсулы хрусталика. У 7 (12,5%) пациентов выявлено помутнение, и набухание хрусталика при толщине от 4,8 до 6,2 мм при этом в одном случае имел место разрыв передней капсулы хрусталика. В итоге выявлено увеличение толщины хрусталика травмированного глаза у детей, обусловленное, вероятно, меньшей резистентностью капсулы к проникающим травмам и последующей гидратацией хрусталика. УБМ дополняла клиническую симптоматику, позволяя обнаружить локальные дефекты радужки, иридодиализ, экссудативную реакцию, кровоизлияния, дисперсию пигмента. Наибольшие изменения (от локальных дефектов до иридодиализа) претерпевала радужка.

В числе выявленных УБМ-факторов риска вторичной офтальмогипертензии были: претрабекулярная блокада экссудатом, сгустком крови, формирующиеся синехии между роговицей и радужкой, радужкой и хрусталиком и т.д. Нередкими были кровоизлияния и осложнения экссудативного характера. Контакт между радужкой и капсулой хрусталика, создавая затруднения для оттока влаги из задней камеры в переднюю, формировал выпуклый профиль прикорневой зоны радужки (рис. 3). Как потенциальные факторы риска относительного зрачкового блока, подобные изменения могли служить ориентиром для выбора рациональной тактики лечения [2,53; 5,12; 8,24].

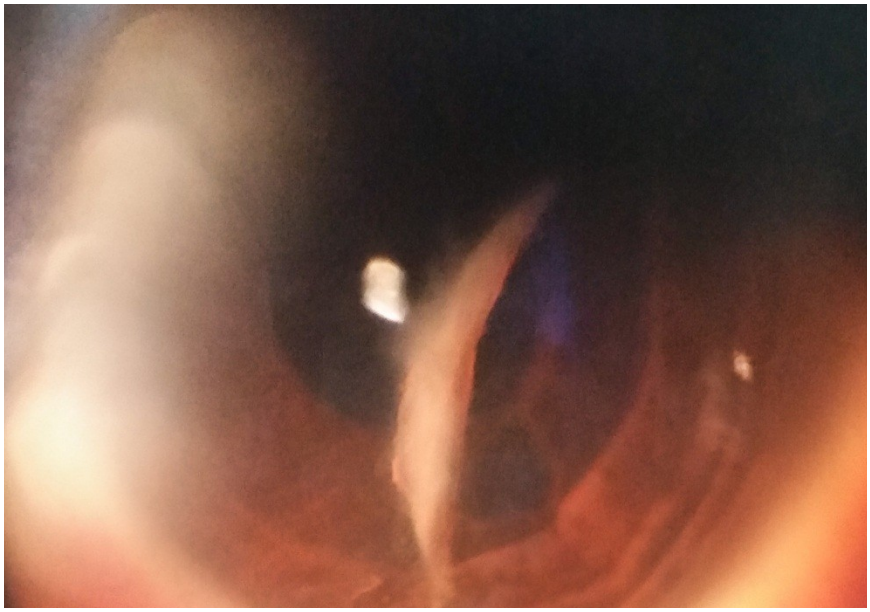


Рисунок 3

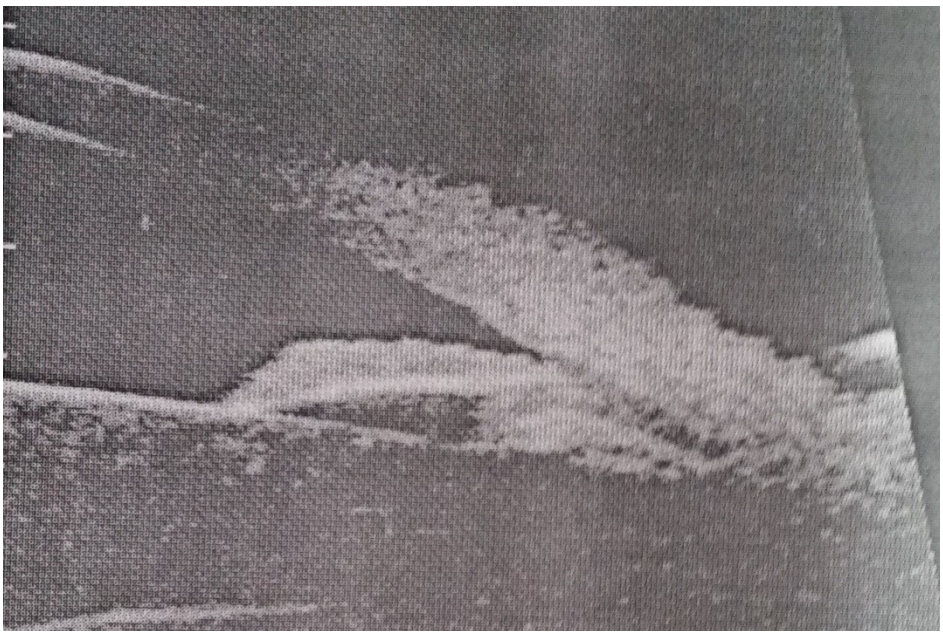


Рисунок 3. УБМ сканограмма после проникающей травмы глаза: выпуклый профиль прикорневой зоны радужки.

Исследования УБМ были особенно ценными в тех случаях, когда не было должной информации о предшествующих хирургических вмешательствах.

Заключение. Суммируя вышеизложенное, в проблеме реабилитации пациентов с посттравматическими состояниями переднего сегмента глаза определяющее значение имеют должное внимание и своевременная адекватная диагностика. Как известно, травма глаза отличается большим полиморфизмом изменений и тем больше, чем моложе пациент. Изменения, индуцированные травмой, происходят на фоне возрастных, а также ранее перенесенных хирургических вмешательств. Совокупный характер топографо-анатомических нарушений усугубляет прогноз, вносит сложности в диагностику. УБМ позволяет выявить изменения, остающиеся вне рамок возможностей общепринятых исследований, и позволяет осуществлять мониторинг патологического процесса, разрабатывать оптимальную тактику и стратегию лечения.

Библиографический список:

1.Pavlin C.J., Harasiewicz K., Sherar M.D. et all Clinic use of ultrasound biomicroscopy ophthalmology 1991; 98.

2. Pavlin C.J., Sherar M.D., Foster F.S. Subsurface ultrasound microscopic imaging of the intact eye. Ophthalmology 1990; 97.

3.Takhchidi Kh.P., Egorova E.V., Uzunyan D,G. [Ultrasound biomicroscopy in the diagnosis of diseases of the anterior segment of the eye]. Ultrazvukovaya biomikroskopiya v diagnostike patologii perednego segmenta glaza. M.: Izdatel'stvo MNTK «Mikrokhirurgiya glaza» M.: Publishing IRTC «Eye Microsurgery» 2007. (in Russ).

4.Diniz Filho A1., Cronemberger S., Ferreira D.M., Mérula R.V., Calixto N Plateau iris configuration in eyes with narrow-angle: an ultrasound biomicroscopic study. 2010 Mar-Apr;73 (2):155-160.

5. Намозова И.К., Джарулла-заде И.Ч., Джалилова Э.Р., Ибрагимхалилова А.Б. Ультразвуковая биомикроскопия при механической травме глаза у пациентов старшей возрастной группы. Офтальмология -2012, №4, С. 76.

6. Эскина Х.Д., Карим-заде Х.Д. Эпидемиология детского травматизма. Офтальмология 2014. Т-11, №4, Стр 10-16.

7. Аветисов С.Э., Липатов Д.В. Функциональные результаты различных методов коррекции афакии // Вестн. офтальмол.-2000.-№4- С. 12-15.

8. Гундорова Р.А.,ЧенцоваЕ.В., Дживанян А. А. К вопросу об интраокулярной коррекции при травматических катарактах и сопутствующей патологии глаза Современные технологии хирургии катаракты. М., 2000.-С.21-26.

9. Егорова Э.В., Малюгин Б.Э., Морозова Т.А и др. Анатомо-топографические особенности переднего сегмента артифакичного глаза по результатам исследования методом ультразвуковой биомикроскопии. Офтальмохирургия.-2010, №4.-С.3-5.

10. Запускалов И.В., Кочмала О.Б., Жуйков С.А., Кривошеина О.И. Модифицированный способ фиксации заднекамерных интраокулярных линз при нарушении опорной функции капсулы хрусталика. Офтальмохирургия.- 2009, №6.-С.16-18.

Полякова Елизавета Олеговна
Polyakova Elizaveta Olegovna
Ассистент, кафедра пропедевтики внутренних болезней
Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Республика Беларусь
E-mail: lizavetase@yandex.by

УДК 616.1

К ВОПРОСУ ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ПРОБЛЕМЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

TO THE ISSUE OF THE URGENCY OF THE PROBLEM OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Аннотация. В данной статье отражена динамика структуры заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в развитых странах за минувшее столетие.

Abstract. This article reflects the dynamics of the structure of morbidity and mortality of cardiovascular diseases in developed countries for the past.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, инвалидизация, смертность, профилактика.

Keywords: cardiovascular diseases, disability, mortality, prevention

Введение.

В нынешних демографических требованиях вопрос сохранения здоровья народонаселения вероятно считается самым актуальным, что обусловлено принципиальным видоизменением в течение минувшего столетия структуры заболеваемости и смертности в развитых странах.

По сообщениям доклада «Мировая статистика здравоохранения» за 2016 г.: каждый год более 10 млн. человек умирают в возрасте до 70 лет от сердечно-сосудистых и онкологических болезней; нуждаются в лечении 1,7 миллиарда человек, больных «забытыми тропическими болезнями»; 5,9 млн. детей умирают в возрасте до пяти лет; вследствие загрязнения воздуха, вызываемого топливом для приготовления пищи, умирают 4,3 млн. человек; умирают в результате последствий загрязнения окружающей среды 3 млн. человек; регистрируются 2 млн. новых случаев инфицирования ВИЧ, новых случаев туберкулеза 9,6 млн. и случаев малярии 214 млн.; в результате дорожно-транспортных происшествий гибнут 1,25 млн. человек; 800 000 человек погибает от суицида; насильственной смертью погибают 475 000 человек, из них 80% — мужчины; от осложнений, связанных с беременностью и родами, умирают 303 000 женщин [1, 2, 3].

Очевидно, что массовые инфекции, которые некогда были бичом человеческой популяции, отодвинулись на второй план, а на первое место уверенно вышла сердечно-сосудистая патология.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), заболевания системы кровообращения (БСК) и их осложнения являются главной причиной преждевременной смерти и ранней инвалидизации в большинстве экономически развитых стран мира. По данным ВОЗ, в 2015 г. в мире было зарегистрировано более 400 млн. человек, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, и зарегистрировано около 18 млн. случаев смерти от данных заболеваний. Впрочем, в течение минувшего пятилетия этот прогресс замедлился. Средний показатель смертности по этой причине снизился, что обусловлено повышением качества медицинского обслуживания в странах с высоким уровнем дохода [1, 2, 3].

Среди умерших отмечено преобладание лиц трудоспособного возраста, причем смертность среди мужчин превышала смертность среди женщин в 4,7 раза, из них от ишемической болезни сердца - в 7,1 раза, в том числе от инфаркта миокарда (ИМ) - в 9 раз, от инсульта - в 4,3 раза.

В первой десятке стран по смертности от заболеваний сердца и системы кровообращения исключительно республики бывшего СССР. На первом месте в этом печальном рейтинге - Туркменистан. Далее расположены Украина, Узбекистан, Казахстан и Кыргызстан. Беларусь - шестая, Россия - девятая по данным ВОЗ. В европейских странах процент смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в среднем вдвое ниже, чем в Украине или Беларуси [1, 2, 3, 12].

Недавно международный коллектив медиков (2,3 тысячи экспертов из 133 стран) рассчитал, что примерно треть всех смертей в мире происходит из-за сердечно-сосудистых заболеваний. В

число стран с наибольшей смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний входят государства Восточной Европы, Центральной Азии, Ближнего Востока, Южной Америки, Черной Африки и Океании.

Впрочем, имея уже относительно низкие значения смертности от ССЗ, развитые страны сократили их за минувшие десять лет еще на 35-45% - что обусловлено широким распространением здорового образа жизни и улучшением системы оказания медицинской помощи, в особенности, экстренной. При этом исследователи обратили внимание на то, что за минувшее пятилетие лет процесс сокращения смертности от ССЗ замедлился в США, Канаде, Австралии, Новой Зеландии, Японии, Южной Кореи и странах Западной Европы.

Если говорить, о России, то на сердечно-сосудистые заболевания приходится около половины всех случаев гибели людей - порядка миллиона в год. Смертность от них среди мужской популяции на 70% выше, чем среди женской популяции, при этом оба показателя в 3,5-5,5 раз выше, чем в развитых странах, и в 1,5-2,5 раза выше, чем в таких странах, как Турция. Сопоставляя данные по отдельным группам заболеваний, очевидна еще более драматичная картина. Так, у канадцев смертность от инсульта в 7,6 раз ниже, чем у России, и японцев, которые гибнут от ишемической болезни сердца в 6 раз реже [1, 2]. Эти выводы основаны на статистике за 1990-2015 гг. [1; 14], данные представлены в Табл. 1.

Таблица 1

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 10000 чел.

	Все население	Мужчины	Женщины
Россия	681	907	534
Турция	379	463	318
США	222	271	181
Германия	248	289	209
Великобритания	174	214	139
Швеция	217	265	177
Канада	142	175	113
Австралия	155	179	131
Япония	141	173	112
	±4.8	±5.2	±4.8
Россия 2016г Другие страны 2015г Показатели приведены к среднему распределению по возрасту в России			

Несмотря на то, что в структуре смертности народонаселения вклад смертности от ССЗ составляет почти 48,69% (за 2015 г.), это результат резкого снижения данного показателя (он составлял около 60,09%), тем не менее, этот показатель еще ниже в Великобритании (28,99%), Франции (21.89%), Германии (34.89%), данные в Табл. 2.

Таблица2

Смертность по основным сердечно-сосудистым заболеваниям

всего	Россия	лучший показатель/страна*	
	682	116	
-Ишемическая болезнь сердца	363	61	Япония
-Инсульт	212	28	Канада
-Прочие	107	27	Канада
*Среди стран: Турция, США, Великобритания, Швеция, Германия, Канада, Австралия, Япония Россия 2016г Другие страны 2015 Показатели приведены к среднему распределению по возрасту в России			

Конечная миссия лечения пациентов - не только лишь выживание либо улучшение их физического статуса, однако и улучшение качества жизни [5]. Достижение этой цели потенциально только лишь при сочетании лечебных мероприятий с полноценным процессом реабилитации, предусматривающим восстановление физического, психологического и социального статуса до приемлемо достижимого уровня, какой определяется возможностями адаптационных механизмов

[5].

По подсчетам ВОЗ, к 2030 г. от сердечно-сосудистых заболеваний ежегодно будут умирать около 23,6 миллионов человек, то есть единственной основной причиной смертности по-прежнему будут болезни сердца. Очевидно то, что если бы удалось добиться лучших мировых показателей по каждой группе ССЗ, то общая смертность от них составила бы 116, а не 682, случаев на сто тысяч населения. Это значит, что в 2016 г. еще 830 тысяч человек остались бы живы.

Поэтому решение проблемы ССЗ на сегодняшний день невозможно без проведения полноценных реабилитационных мер, а для их реализации необходимо активное участие как ученых-теоретиков, так и практических работников самого различного профиля - от организаторов здравоохранения, врачей функциональной диагностики до психологов и специалистов по профессиональной ориентации. Полагаем, что работа должна продолжаться и базироваться на трех весомых стратегических направлениях (массовом, высокого риска и вторичной профилактики). С учетом реалий современности, она может выполняться поэтапно, с выбором приоритетов воздействия и бесспорно обязана включать мероприятия политического, социального и экономического уровней, нацеленных на повышение благосостояния народа.

Заключение. Затронутый выше круг проблем, без всякого сомнения, не касается вопросов, связанных только с проблемой ССЗ, а является попыткой обсуждения либо поиска путей повышения ее эффективности в существующих организационных рамках здравоохранения в наше сложное время.

Библиографический список:

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2015 г. Целевые ориентиры и более широкая перспектива - новые рубежи в работе с фактическими данными. - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2015 г. - 157 стр.

2. Global Reference List of 100 Core Health Indicators, 2015 (Глобальный список 100 основных индикаторов в области здоровья, 2015 г.). - Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2015 г. - 134 стр.

3. Kai Michelsen, Helmut Brand, Peter Achterberg, John Wilkinson. Меры по интеграции систем информации здравоохранения: передовой опыт и трудности. - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2016 г. - 33 стр.

4. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012; 1:5-10.

5. Береславская, Е. Б. Заболевания сердечно-сосудистой системы. Современный взгляд на лечение и профилактику / Е.Б. Береславская. - М.: ИГ "Весь", 2010. - 192 с.

6. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьба с ними. - Женева: ВОЗ, 2013. - 155 с. (Шифр 616.1(084.4) В-84).

7. Остроумова О.Д., Дудаев В.А., Фомина В.М. Сочетание артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца - проблема номер один современной кардиологической практики. Системные гипертензии. 2015; 1:70-75.

8. Тимофеева Т.Н., Деев А.Д., Шальнова С.А. др. Аналитическая справка об эпидемиологической ситуации по АГ в 2008 г и ее динамике с 2003 по 2008 г. по трем проведенным мониторингам. М., 2008.

9. Чазова И.Е., Трубачева И.А., Жернакова Ю.В. и др. Распространенность артериальной гипертонии как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний в крупном городе Сибирского федерального округа. Системные гипертензии. 2013; 10 (4):30-37.

10.Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Ощепкова Е.В. и др. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертонией. Кардиология. 2014; 10:4-12.

11. Mancia G, Zambon A, Soranna D. et al. Factors involved in the discontinuation of antihypertensive drug therapy: an analysis from real life data. J Hypertens. 2014; 32 (8):1708-1715.

12. Zhou M, Daubresse M, Stafford RS. et al. National trends in the ambulatory treatment of hypertension in the United States, 1997-2012. PLoS One. 2015; Mar 4; 10 (3):e0119292.

13. Смертность от сердечно-сосудистых болезней в России оказалась ниже прогноза https://ria.ru/society/20161205/1482834754.html.

14. Федеральная служба государственной статистики. Естественное движение населения Российской Федерации - 2013г. //http://www.gks.ru, http//www.gks.ru/bgd/regl/b13_106/Main.html.

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна» Кемерово
2018