Вестник
Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183

№3, 2013

vestnikbgmu.ru

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

№3, 2013 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

Члены редакционной коллегии: проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа);проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа);проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

Редакционный совет:

Чл.-корр. РАМН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа),проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»:
зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.
ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.
научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р.
технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.
художественный редактор – доц. Захарченко В.Д.
технический секретарь редакции - Зиятдинов Р.Р.
корректор – Брагина Н.А.
корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

Зарегистрирован в ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ 26.07.2013, номер свидетельства ЭЛ № ФС 77 - 54905.

© ГБОУ ВПО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ, 2013

Все права защищены. Ни одна часть этого издани не может быть воспроизведена любым способом без предварительного согласования с изадтелем

НОМЕР ПОСВЯЩЕН

ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Л.Т. ГИЛЬМУТДИНОВА, Д.Р. ИСЕЕВА, Г.Т.ЯМИЛОВА, Э.М. НАЗАРОВА, Х.М.МУСТАФИН, Р.Р.АХМАДУЛЛИН
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПУЛЬСНЫХ МАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ 5

Л.Т. ГИЛЬМУТДИНОВА, Р.Ф. ТАЛИСОВ, Р.Р. АХМАДУЛЛИН, Э.Р.СЫРТЛАНОВА, Н.С.ГИЗАТУЛЛИНА, Н.Р.БИКМУРЗИНА
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВОЗДУШНО-ОЗОНОВЫХ ВАНН 11

А.Р. САХАБУТДИНОВА, Л.Т. ГИЛЬМУТДИНОВА, Н.С. КУТЛИАХМЕТОВ, З.Р. ХАЙБУЛЛИНА
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА 16

А.В. КИСЕЛЕВА, Л.Т. ГИЛЬМУТДИНОВА, Д.Р. ИСЕЕВА, Б.Р. ГИЛЬМУТДИНОВ
ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТО-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕРМАТОЗАМИ 22

А.Ю.ТИХОМИРОВ, Л.Т.ГИЛЬМУТДИНОВА, М.А.ИГНАТЬЕВ, Н.С.КУТЛИАХМЕТОВ, А.Р.САХАБУТДИНОВА
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ МАССОВОГО ЗВЕНА 27

Л.Т.ГИЛЬМУТДИНОВА, Р.Р.КУДАЯРОВА, Г.А.ЯНБУХТИНА, Л.А. ГАБДЕЛХАКОВА
ПРИРОДНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ СРЕДСТВА В КОРРЕКЦИИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА 33

Л.Т. ГИЛЬМУТДИНОВА, Н.Х. ЯНТУРИНА, Р.М. ЮСУПОВА, А.А.БАГАУТДИНОВ
ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ 39

Р.Г. ЯППАРОВ, А.Р.ГИЛЬМУТДИНОВ, Л.Т. ГИЛЬМУТДИНОВА, А.Г.ХАСАНОВ, Л.С.МИНЕЕВА, Ф.Ф.УСМАНОВ
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПАНКРЕОНЕКРОЗА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ 45

А.Р. ГИЛЬМУТДИНОВ, Ф.Ф.УСМАНОВ, Л.Т. ГИЛЬМУТДИНОВА, К.С. ЯМАЛЕТДИНОВ, А.Ф.КУНАФИН
ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ 51

Б.Р. ГИЛЬМУТДИНОВ, А.Р. ГИЛЬМУТДИНОВ, Д.Р.ИСЕЕВА
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ 56

Р.Н. КИЛЬДЕБЕКОВА, В.Т. КАЙБЫШЕВ, Э.В. ГАЛЛЯМОВА, Л.Р. МИНГАЗОВА
СОЧЕТАНИЕ ЛАЗЕРОПУНКТУРЫ С ХРОМОТЕРАПИЕЙ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ 63

А.И. АГАФОНОВ, Т.Р. ЗУЛЬКАРНАЕВ, А.Т. ЗУЛЬКАРНАЕВА
ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ Г. УФЫ 70

Т.Р.ГИЗАТУЛЛИН, А.В. КАТАЕВ, В.А. КАТАЕВ, Р.М.ЗИНАТУЛЛИН
ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛИЦЕЙСКИХ ДО СЛУЖЕБНО-БОЕВЫХ КОМАНДИРОВОК 74

В.И.МАЗУРОВ, С.Р.АВЛОХОВА
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ 84

А. Г. МАСАГУТОВА, Т. Р. ЗУЛЬКАРНАЕВ, Е.А. ПОВАРГО
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН 92

С.А. ЮДИН, А.С. БОРЗЕНКО, В.В. ДЕЛАРЮ, С.Г. ГАГАРИНА, А.А. КАЛУЖЕНИНА
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ 96

А.В. РОГОВ, НЕЧАЕВА Е.И
СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 104

В.С. ПАНТЕЛЕЕВ
ОСТРАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ ЖЕЛЧНЫМ КАМНЕМ 108

И.А. АБУБАКИРОВ
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТБЕЛИВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ KLOX 111

И.И.КУРБАНГАЛИЕВ
КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА РАСЧЕТА СОСТАВА ПРОДУКТОВ, БЛЮД И КУЛИНАРНЫХ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ 114

И.И.КУТЛУБАЕВА, Г.М.КАРИМОВА
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ ПО ДВУМ ПОЛОВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ 7-14 И 15-17 ЛЕТ НА ПРИМЕРЕ ОДНОЙ ИЗ ШКОЛ ГОРОДА УФЫ 118

Ф.Ф. МУСЫРГАЛИНА, Т.Г. КУДАКАЕВА, А.В. ВАСИЛЬЕВ, Д.Д. ЯНГИРОВА, Ф.Р. ТУЛЫБАЕВ, А.Ф. ФАХРЕТДИНОВА, А.Ф. ПАК, Р.Ф. АЙДАРОВ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ КОПРООВОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПИСТОРХОЗА 122

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ 127

УДК 616.831-005-085.849.19
© Л.Т. Гильмутдинова, Д.Р. Исеева, Г.Т.Ямилова, Э.М. Назарова, Х.М.Мустафин, Р.Р.Ахмадуллин, 2013

Л.Т. ГИЛЬМУТДИНОВА, Д.Р. ИСЕЕВА, Г.Т.ЯМИЛОВА, Э.М. НАЗАРОВА, Х.М.МУСТАФИН, Р.Р.АХМАДУЛЛИН

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПУЛЬСНЫХ МАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Башкирский государственный медицинский университет,
НИИ восстановительной медицины и курортологии, Уфа
Республиканский госпиталь ветеранов войн, Уфа

Резюме. *Цель: оценка эффективности применения «бегущих» и «вращающихся» импульсных магнитных полей в комплексном лечении больных с дисциркуляторной энцефалопатией. Обследованы 88 больных с дисциркуляторной энцефалопатией I-II стадии. На фоне проведенного курса общей магнитотерапии у 45 больных с использованием «бегущих» и «вращающихся» импульсных магнитных полей выявлено достоверное улучшение показателей когнитивных функций на 12,9%, психофизического состояния на 25,9% и вегетативного тонуса на 12,3%.*

Ключевые слова: *дисциркуляторная энцефалопатия, импульсные магнитные поля, когнитивные и психовегетативные нарушения*

L.T. GILMUTDINOVA, D.R .ISEEVA, G.T.YAMILOVA, E.M.NAZAROVA, H.M. MUSTAFIN, R.R.ACHMADULLIN

EFFICIENCY OF APPLICATION OF PULSED MAGNETIC FIELDS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY

Bashkir State Medical University,
Research Institute of rehabilitation medicine and balneology, Ufa
The Republican hospital of veterans of wars, Ufa

Abstract. *The estimation of efficiency of application of «traveling» and «rotating» pulsed magnetic field in complex treatment of patients with discirculatory encephalopathy. Examined 88 patients with discirculatory encephalopathy of the I-II stage. On the background of the course of General magnetotherapy 45 patients with the use of «traveling» and «rotating» pulse magnetic*

fields found a significant performance improvement of cognitive functions by 12.9%, of the psychophysical state of 25.9%, vegetative tonus by 12.3%.

Keywords: *dyscirculatory encephalopathy, pulse magnetic fields, cognitive and psychovegetative violations*

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) составляет до 67% в структуре сосудистых заболеваний головного мозга. Наряду с прогрессированием неврологической симптоматики по мере развития дисциркуляторной энцефалопатии происходит и нарастание расстройств высших мозговых функций. Ядром клинической картины дисциркуляторной энцефалопатии является наличие когнитивных и психовегетативных нарушений. У 60-80% пациентов с умеренными когнитивными нарушениями в течение 5 лет развивается деменция. Актуальным является оценка степени когнитивных нарушений, что следует учитывать в тактике ведения больных с дисциркуляторной энцефалопатией. При этом особую важность приобретает своевременная диагностика и коррекция умеренных («преддементных») стадий сосудистого поражения головного мозга, при которых терапевтические мероприятия наиболее эффективны[1-6]. В комплексном лечении когнитивных нарушений методы физической терапии приобретают все большую актуальность, одним из которых является общая магнитотерапия с применением «бегущих» и «вращающихся» импульсных магнитных полей [1, 2, 6, 7].

Цель исследования: оценка эффективности применения «бегущих» и «вращающихся» импульсных магнитных полей в комплексном лечении больных с дисциркуляторной энцефалопатией.

Материалы и методы. Проведено обследование 88 больных, находившихся на лечении в клинической базе БГМУ – Республиканском госпитале ветеранов войн и поликлинике №35 г. Уфы в возрасте от 57 до 69 лет с ДЭ I-II стадии на фоне церебрального атеросклероза и артериальной гипертонии.

Оценка когнитивных расстройств, зрительно-пространственных нарушений, психофизического состояния, вегетативного тонуса проводилась с использованием тестов Mini-Mental State Examination (2005), САН (самочувствие, активность, настроение), пробы «часы», индекса Кердо.

По проводимой терапии пациенты методом простой рандомизации были разделены на 2 группы: основную (45 человек) и сравнения (43 человек). В основной группе на фоне базовой терапии применяли общую магнитотерапию с использованием «бегущих» и «вращающихся» импульсных магнитных полей от аппарата магнитотерапии «Колибри-

Эксперт» с частотой 100 Гц, величиной магнитной индукции 3,5-32 мТл, в течение 10-15 минут,10-12 ежедневных процедур на курс лечения (Патент РФ №2440833, 27.01.2012). В группе сравнения больные получали только базовое лечение, состоящее из диетотерапии, массажа, лечебной физической культуры, медикаментозной терапии (ноотропы, сосудистые препараты).

Результаты и обсуждение. У всех больных выявлены преимущественно общемозговые, когнитивные и психоэмоциональные нарушения. У 81,8% больных с дисциркуляторной энцефалопатией I-II ст. превалировали жалобы в виде головных болей, нарушения концентрации внимания, восприятия, способности воспроизведения новой информации (у 76,4%), пониженного настроения, раздражительности, тревожности (у 73,6%), повышенной утомляемости (у 71,8%), головокружения, нарушения сна (у 65,5%), снижения памяти (у 57,3%).

При анализе вегетативного тонуса отмечалось достоверное увеличение вегетативного индекса Кердо от нулевого значения с состоянием симпатикотонии - до 13,1±0,04, ваготонии - до 12,5±0,03 и эйтонии - до 9,0±0,03. По данным теста MMSE у 52,1% больных выявлены умеренные когнитивные расстройства (в среднем 25,9±0,05 баллов). У80,9% больных с ДЭ II ст. наиболее сниженными были показатели «внимание» и «счет». Нарушение памяти отмечалось у 15,1% больных с ДЭ I ст. и у 51,1% с ДЭ II ст. В 80,8% случаях выявлено достоверное снижение показателей психофизического состояния по данным теста САН: «настроения» до 3,6±0,03, «самочувствия» до 4,1±0,02, «активности» до 4,1±0,02.

После проведенного с применением магнитотерапии курса лечения у 95,4% больных основной группы достоверно отмечался регресс клинических симптомов. Уменьшились головные боли, головокружение, ощущение тяжести в голове у 86,4%, улучшение памяти и внимания –у 80,1%, повышение работоспособности отмечено у 86,4%, снижение раздражительности –у 84,5% больных, при этом нормализовался сон у 85,5% пациентов данной группы. В группе сравнения существенных изменений неврологических синдромов не наблюдалось.

Курс лечения с применением общей магнитотерапии способствовал улучшению показателей когнитивных функций с возрастанием параметров внимания, счета на 14,1% ($p<0,05$), памяти - на 13,1% ($p<0,05$) от исходных значений (табл.1).

Вероятно, «вихревые» токи активируют обменные и микроциркуляторные процессы, действуют на метаболизм клеток и трофику тканей, оказывают влияние на ионные и поляризационные процессы, активность ферментов, нервную проводимость, что ведет к улучшению мозгового кровотока и повышению устойчивости мозга к гипоксии[6, 8, 10].

На фоне сеансов магнитотерапии отмечено улучшение показателей зрительно-пространственных функций по результатам пробы «часы» на 19,5% (p<0,05), что так же свидетельствует об улучшении кровоснабжения мозга, активация обменных процессов и повышении устойчивость мозга к гипоксии [7, 8]. В группе сравнения достоверной динамики изучаемых параметров в эти сроки не отмечается.

Таблица 1

Влияние магнитотерапии на параметры когнитивных функций по шкале MMSE(M±m)

Показатели		Основная группа (n=45)	Группа сравнения (n=43)
Внимание и счет	а	25,1±0,04	25,2±0,05
	б	28,9±0,03*	26,0±0,04
Память	а	25,5±0,03	25,3±0,03
	б	28,8±0,05*	26,9±0,02

*-значимость различий показателей в сравнении с исходными, p<0,05;

а - до лечения, б - после курса лечения

На фоне применения разработанного лечебного комплекса у пациентов основной группы отмечена нормализация вегетативного тонуса с переходом на состояние эйтонии с 9,0±0,03 до 12,4±0,03(p<0,05) (табл.2).

Таблица 2

Вегетативный тонус больных с ДЭ на фоне магнитотерапии по показателям ВИК

Показатели		Основная группа (n=45)	Группа сравнения (n=43)
Эйтония	а	9,0±0,03	9,3±0,05
	б	12,4±0,03*	10,5±0,05
Симпатикотония	а	13,1±0,04	13,2±0,05
	б	12,0±0,04*	13,0±0,01
Ваготония	а	12,5±0,05	12,3±0,02
	б	13,1±0,05*	12,6±0,03

*-значимость различий показателей в сравнении с исходными, p<0,05;

а - до лечения, б - после курса лечения

Вероятно, на фоне применения «бегущих» и «вращающихся» импульсных магнитных полей происходит формирование вегетативной устойчивости, равновесия симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, перехода на эйтонический тип

регуляции за счет активации центральных механизмов регуляции вегетативной нервной системы[1, 8].

О высокой терапевтической эффективности «бегущих» и «вращающихся» импульсных магнитных полей свидетельствует улучшение показателей психофизического состояния по данным тестирования САН. Выявлено достоверное увеличение показателя «самочувствия» у 85,5% больных основной группы на 29,8% (p<0,05), «активности» на 24,0% (p<0,05), «настроения» на 32,0% (p<0,05) (табл.3).

Таблица 3

Динамика показателей психофизического состояния больных с ДЭ на фоне магнитотерапии(M±m)

Показатели		Основная группа (n=45)	Группа сравнения (n=43)
Самочувствие	а	4,0±0,02	4,1±0,04
	б	5,5±0,03*	4,4±0,05
Активность	а	4,1±0,03	4,2±0,02
	б	5,2±0,05*	4,5±0,04
Настроение	а	3,6±0,03	3,6±0,02
	б	5,1±0,04*	4,0±0,03

* - значимость различий показателей в сравнении с исходными, p<0,05;

а - до лечения, б - после курса лечения

Своевременное выявление нарушений психоэмоционального состояния представляется так же весьма важным элементом диагностических мероприятий у больных с дисциркуляторной энцефалопатией в связи с позитивным влиянием их коррекции на клиническое состояние и качество жизни больных [7, 8].

Выводы

1. Применение общей магнитотерапии с использованием «бегущих» и «вращающихся» импульсных магнитных полей в комплексном лечении больных с дисциркуляторной энцефалопатией повышает эффективность проводимой терапии со значимым уменьшением неврологической симптоматики, улучшением когнитивных и психофизических функции, уменьшением проявлении вегетативной дисфункции.

2. Предложенная методика использования «бегущих» и «вращающихся» импульсных магнитных полей, модуляция амплитуды индукции магнитного поля и частота, комбинированное их использование хорошо переносятся больными, не имеют побочных

эффектов, могут применяться как в условиях стационаров, так и в амбулаторно-поликлинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголюбов В.М. Физиотерапия и курортология. –М., 2013. - Т.1.-Т.3.
2. Гильмутдинова, Л.Т. Применение лазеротерапии в комплексном лечении больных с дисциркуляторной энцефалопатией /Л.Т. Гильмутдинова, Д.Р. Исеева, Г.Т. Ямилова, и [др]. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. - №4. – С. 56.
3. Пономаренко Г.Н. Частная физиотерапия. - М., 2005. – С. 272 - 277.
4. Пономаренко Г.Н. Национальное руководство по физиотерапии. М., 2012. – 1145 с.
5. Улащик В.С. Физиотерапия. Новейшие методы и технологии. – М., - 2012. – 228 с.
6. Улащик В.С. Теоретические и практические аспекты общей магнитотерапии / В.С. Улащик // Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2001. - № 5. - С. 3 - 7.
7. Яхно Н.Н. Сосудистые когнитивные нарушения: клинические проявления, диагностика, лечение. // Неврологический журнал. – 2007. – № 5. – С. 45 – 50.
8. Tariska P., Paksy A. Cognitive enhancement effect of piracetam in patients with mild cognitive impairment and dementia. OrvHetil 2000; 141:1189 — 1193.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Гильмутдинова Лира Талгатовна - д.м.н., профессор, зав.кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3;
E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Исеева Диляра Рауфовна - к.м.н., ассистент кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Ямилова Гульнара Тимербаевна - соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Назарова Эльмира Муратовна - к.м.н., ассистент кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

УДК 615.847.8.015.21:615.849.19

© Л.Т. Гильмутдинова, Р.Ф. Талисов, Р.Р. Ахмадуллин, Э.Р.Сыртланова, Н.С.Гизатуллина, Н.Р.Бикмурзина, 2013

Л.Т. ГИЛЬМУТДИНОВА, Р.Ф. ТАЛИСОВ, Р.Р. АХМАДУЛЛИН, Э.Р.СЫРТЛАНОВА, Н.С.ГИЗАТУЛЛИНА, Н.Р.БИКМУРЗИНА

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВОЗДУШНО-ОЗОНОВЫХ ВАНН

Башкирский государственный медицинский университет,
НИИ восстановительной медицины и курортологии, Уфа

Резюме. *Проведена оценка эффективности медицинской реабилитации больных с ишемическим инсультом с применением воздушно-озоновых ванн. Показано, что реабилитационный комплекс на основе озоновых ванн у 54 больных ишемическим инсультом на этапе постгоспитальной реабилитации, способствует улучшению мозгового кровотока, уменьшению неврологических симптомов с улучшением когнитивных функции, оказывает гиполипидемический и антиоксидантный эффект, повышает параметры качества жизни.*

Ключевые слова: *ишемический инсульт, воздушно-озоновые ванны, медицинская реабилитация.*

L.T. GILMUTDINOVA, R.F. TALISOV, R.R. AHMADULLIN, E.R. SYRTLANOVA, N.S. GISATULLINA, N.R. BIKMURSINA

MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE WITH THE USE OF AIR-OZONE BATHS

Bashkir state medical University,
Research Institute of rehabilitation medicine and balneology, Ufa

Abstract. *Assessment of the effectiveness of medical rehabilitation of patients with ischemic stroke with the use of air-ozone baths. It is shown that the complex of rehabilitation on the basis of ozone baths in 54 patients ischemic stroke on the stage rehabilitation, improves cerebral blood flow, reduce neurological symptoms with the improvement of cognitive functions, has gipolipidemic and antioxidant effect, increases the parameters of quality of life.*

Keywords: *ischemic stroke, air-ozone bathes, medical rehabilitation.*

Нарушения мозгового кровообращения в настоящее время занимают первое место среди всех причин первичной инвалидности, при этом одну треть заболевших составляют люди трудоспособного возраста. После перенесенного инсульта к труду возвращаются только 20% лиц [1, 2, 10]. Реабилитационные мероприятия играют ключевую роль в профилактике инвалидизации, восстановлении трудоспособности и улучшении качества жизни у больных с нарушением мозгового кровообращения [4, 6]. Медицинская реабилитация при этом основана на преимущественном применении немедикаментозных технологии, включая лечебную физкультуру, методы аппаратной физиотерапии, санаторные факторы[5,7]. Особое место в медицинской реабилитации отводится использованию суховоздушных газовых ванн- углекислых и озоновых, которые хорошо переносятся больными, имеют мало противопоказаний, доступны и просты в применении в условиях поликлиники и санаторных учреждений[8, 9, 11]. Вместе с тем, несмотря на их широкое применение, сегодня не полностью раскрыты механизмы их лечебного воздействия, а также до конца не изучена возможность использования суховоздушных озоновых ванн в разные этапы медицинской реабилитации больных, перенесших инсульт.

Цель исследования: оценка эффективности медицинской реабилитации больных с нарушением мозгового кровообращения с применением воздушно-озоновых ванн.

Материал и методы. Работа основана на результатах комплексного исследования 105 больных, впервые перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу (ИИ), которые находились на постстационарной реабилитации (долечивании) в нейрореабилитационном отделении санатория «Зеленая Роща» в период 2009-2011гг. Под наблюдением находились преимущественно лица трудоспособного возраста - 49,2±2,53 лет, со средним сроком начала заболевания 26,43±0,51 дней.

Для оценки состояния больных применялись общеклинические методы, электроэнцефалографическое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография головного мозга, транскраниальная допплерография (ТКДГ). Проводилась оценка неврологического статуса, состояния когнитивных функций, эмоционально-аффективных, поведенческих расстройств и астении, психосоматического статуса. Определяли концентрации параметров липидного обмена, состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) плазмы крови, активность ферментативного звена антиоксидантной системы, вазорегулирующую функцию эндотелия.

В зависимости от проводимой терапии больные распределены на группы. К основной группе отнесены 54 больных, в комплекс медицинской реабилитации которых включены сеансы озонотерапии в виде воздушно-озоновых ванн. 51 больной составили

сравниваемую группу, не получавших процедуры озоновых ванн. Озонотерапия проводилась методом воздушно-озоновых ванн с использованием оборудования «Реабокс», с установкой озонотерапевтической УОТА-60-01«Медозон». Концентрация озона в озонированной воде составляла 7-10 мг/л, температура воздушно-озоновой смеси 36 град,процедуры проводились ежедневно по 15 минут 12-15 сеансов на курс лечения[9]. Длительность данного этапа реабилитации составила 21 дней. Базовый реабилитационный комплекс включал лечебную гимнастику и физкультуру, терренкур, массаж, медикаментозные средства в соответствии с преемственностью со стационарным этапом.

Результаты исследования подвергнуты статистической обработке методом вариационной статистики с установлением достоверности различий с помощью критерия Стьюдента (t) с использованием программы «Statistika 6,0 Windows».

Результаты и обсуждение. Анализ гемодинамических показателей до и после курса реабилитации продемонстрировал явное преимущество применения процедур воздушно-озоновых ванн со снижением САД и ДАД. Это, вероятно, связано с улучшением нейро-гуморальной регуляции тонуса и реактивности сосудов и обусловлено ваготоническим и вазодилатационными эффектами озонотерапии. Показатели общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) оставались выше уровня здоровых на 22,3% ($p<0,05$). В группе сравнения сдвиги изучаемых параметров свидетельствовали о меньшей их подверженности динамике.

На фоне воздушно-озоновых ванн по данным ТКДГ у больных 1-й группы отмечено достоверное возрастание средней линейной скорости мозгового кровотока (СЛСК) и уменьшение пульсационного индекса (ПИ) ($p<0,05$), при незначимых сдвигах параметров в группе сравнения, что свидетельствует о положительной динамике восстановительного процесса.

На фоне проводимой терапии во всех группах отмечено уменьшение уровня атерогенных липидов. При этом снижение содержания общего ХС, ТГ и ХС ЛПНП происходило более существенно у больных, принимавших сеансы воздушно-озоновых ванн с возрастанием уровня ХС ЛПВП и снижением коэффициента атерогенности.

Анализ динамики показателей системы антиоксидантной защиты на фоне реабилитационных комплексов на основе воздушно-озоновых ванн выявил достоверное возрастание общей антиокислительной активности (ОАА) крови, активности ключевых антиокислительных ферментов - каталазы и супероксиддисмутазы у больных 1-й группы. При этом отмечено существенное уменьшение концентрации малонового диальдегида (МДА), свидетельствующее об ингибировании исходно повышенной активности процессов

ПОЛ. Полученные результаты свидетельствуют, что воздушно-озоновые ванны повышают антиоксидантный потенциал организма с ингибированием процессов пероксидации и оказывает гиполипидемический эффект.

Анализ динамики клинических симптомов показал выраженный клинический эффект курсового применения воздушно- озоновых ванн. Отмечено уменьшение головокружения, общей слабости, головной боли, улучшение настроения и сна, памяти. При использовании озоновых ванн у больных ИИ отмечается достоверное уменьшение проявлений астенического синдрома на 70,2 % ($p<0,001$), вестибулоатаксического синдрома на 53,8 % ($p<0,001$), и дисмнестического синдрома на 56,5% ($p<0,01$).

При изучении когнитивных функции выявлено, что у больных на фоне озоновых ванн возрастают показатели по шкале MMSE, свидетельствующие об улучшении когнитивных функции. Динамика аналогичных показателей в группе сравнения носит незначимый характер. Анализ психосоматического статуса показал возрастание индекса психосоматического статуса по шкале Barthel с 75,0±0,8 баллов до 95,0±1,1 баллов ($p<0,05$) у больных 1-й группы, при менее значимых значениях у больных группы сравнения.

Реабилитационные комплексы способствовали улучшению качества жизни больных по шкалам «физическое функционирование», «общее здоровье», «психическое здоровье», «эмоциональное состояние» и «социальное функционирование» с наибольшими сдвигами параметров при использовании озоновых ванн.

Выводы

1. Применение воздушно- озоновых ванн в медицинской реабилитации (долечивании) больных ишемическим инсультом способствует улучшению показателеймозгового кровообращения с увеличением средней линейной скорости мозгового кровотока на 19,8%, уменьшением пульсационного индекса на 23,1% при снижении общего периферического сопротивления сосудов и АД.

2. Курсовое применение озонотерапии при ишемическом инсульте оказывает гиполипидемический эффект, сопровождается ингибированием процессов перекисного окисления липидов с улучшением антиоксидантных свойств крови, приводит к достоверному регрессу неврологической симптоматики с уменьшением астенического синдрома на 70,2%, вестибулоатаксического синдрома - на 53,8%, улучшает когнитивные функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосова, Н.А. Организация ранней реабилитации в специализированном отделении для больных с нарушениями мозгового кровообращения /Н.А. Амосова // Восстановительная

медицина и реабилитация 2007: Материалы четвертого международного конгресса. – Москва, 2007. – С. 10.
2. Анисимова, Л.Н. Оптимизация реабилитационного процесса при восстановлении больных с церебральным инсультом / Л.Н. Анисимова // Современная курортология: проблемы, решения, перспективы: Материалы международного научного конгресса. – Санкт-Петербург, 2008. – С. 14-15
3. Атясов, Н.И. Озонированный физиологический раствор в комплексном лечении метаболических нарушений при декомпенсированном сахарном диабете/Н.И.Атясов, И.А.Газин// матер 1У Всеросс научно-практич конфер «Озон и методы эфферентной терапии в медицине»-Н.Новгород.-2000.-С.95.
4. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А.Н. Белова, О.Н. Шепетова.- М: Антидор, 2003.- 570 с.
5. Варакин, Ю.Я. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга / Ю.Я. Варакин// Очерки ангионеврологии / гл. ред. З.А. Суслина.- М.: Атмосфера, 2005.- С. 66-81.
6. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика, лечение / Б.С. Виленский.- СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2002.- 397 с.
7. Гильмутдинова Л.Т. Лечебная физкультура в реабилитации и профилактике нарушений мозгового кровообращения / под ред. Л.Т. Гильмутдиновой – Уфа: Дизайнпроект, 2006.- 132с.
8. Густов А.В. Озонотерапия в неврологии /А.В. Густов [и др.].-Н.Новгород:»Литера».- 1999.-179с.
9. Основные принципы и тактика озонотерапии /пособие для врачей под ред. А.Н. Разумова. - Москва, 2003.- 40с.
10. Скворцова В.И. Ишемический инсульт / В.И. Скворцова, М.А. Евзельман.- Орел, 2006.- 404 с.
11. Сычева, Е.И. Результаты применения озонотерапии при атеросклерозе //Вестник физиотерапии и курортологии.-2006.-№5.-С.15-16.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Гильмутдинова Лира Талгатовна - д.м.н., профессор, зав. кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Талисов Радик Фанилевич - к.м.н., соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Ахмадуллин Руслан Робертович - к.м.н., соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Сыртланова Эльза Раифовна - д.м.н., доцент кафедры внутренних болезней ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Гизатуллина Неля Саляховна – к.м.н., доцент кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Бикмурзина Неля Равилевна - ординатор кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

УДК 616.711-089.168

© А.Р. Сахабутдинова, Л.Т. Гильмутдинова, Н.С. Кутлиахметов, З.Р. Хайбуллина, 2013

А.Р. САХАБУТДИНОВА, Л.Т. ГИЛЬМУТДИНОВА, Н.С. КУТЛИАХМЕТОВ, З.Р. ХАЙБУЛЛИНА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Башкирский государственный медицинский университет,
НИИ восстановительной медицины и курортологии, Уфа

Резюме. *Цель исследования – оценка эффективности медицинской реабилитации больных с повреждениями позвоночника на основе применения современных реабилитационных технологий. Обследованы 73 больных с травмой грудного и поясничного отдела позвоночника, получающих консервативное лечение. Больным основной группы назначен разработанный комплекс реабилитации на основе эспандерной кинезотерапии и стрессорной гипоксии. После курса реабилитации установлено достоверное восстановление полного объема движений в поясничном отделе позвоночника в основной группе у 90,2% больных, улучшение функциональных результатов за счет ранней активизации, восстановления оптимального двигательного стереотипа, снижения интенсивности болевого синдрома на 70-80%, а также улучшения параметров качества жизни.*

Ключевые слова: *травма позвоночника, реабилитация, качество жизни*

A.R. SAKHABUTDINOVA, L.T.GILMUTDINOVA, N.S. KUTLIAHMETOV, Z.R. CHAIBULLINA

EFFECTIVENESS OF MEDICAL REHABILITATION PATIENTS WITH UNCOMPLICATED SPINAL INJURIES

Bashkir state medical University,
Research Institute of rehabilitation medicine and balneology, Ufa

Abstract. *Objective : to evaluate the effectiveness of medical rehabilitation of patients with injuries of the spine on the basis of application of modern rehabilitation technologies. Examined 73 patients with trauma of the thoracic and lumbar spine receiving conservative treatment. Patients of main group appointed developed complex of rehabilitation on the basis of kinesitherapy and stress hypoxia. After a course of rehabilitation of the authentic restoration of a full range of movement in*

the lumbar spine in the basic group of 90.2% of patients, improved functional outcomes through early activation, recovery of the optimum motor stereotype, reduction of intensity of pain syndrome on 70-80%, as well as improvement of parameters of quality of life.

Key words: *injury of the spine, rehabilitation, quality of life*

Повреждения позвоночника занимают одно из ведущих мест в структуре травматизма мирного и военного времени и составляют 17% всех повреждений опорно-двигательной системы, в последнее время наблюдается неуклонный рост числа пациентов с повреждениями позвоночника [1, 2]. Каждый пятый пострадавший при травмах скелета становится инвалидом вследствие повреждения позвоночника и спинного мозга, причем инвалидами I и II групп становятся 86,9% пострадавших, 88,5% больных остаются инвалидами в течение трех и более лет [2, 3].

Реабилитация больных с повреждением позвоночного столба и спинного мозга остается сложной проблемой. Мотивация больных со спинальной травмой к скорейшему возвращению в социум приводит к приданию особого внимания повышению эффективности проводимой реабилитации [3, 4, 5].

Цель исследования: оценка эффективности медицинской реабилитации больных с повреждениями позвоночника на основе применения современных реабилитационных технологий.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось на кафедре медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО БГМУ, в проспективное исследование вошло 73 пациента с повреждениями позвоночника, получающих консервативное лечение за период 2008-2011 гг.

Критерии включения в группу исследования: больные с повреждением грудного и/или поясничного отдела позвоночника, подтвержденного лучевыми методами обследования; пациенты без анатомического перерыва спинного мозга, наличие полного клинического и параклинического обследования, добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения: анатомический перерыв спинного мозга, неврологический дефицит по шкале Frankel D, E, невозможность контакта с пациентом, отказ от участия в исследовании.

Все пациенты получали консервативное лечение, которые были разделены на 2 группы: у пациентов I (основной) группы (41 человек) реабилитация включала лечебную физкультуру с применением кинезотерапевтического эспандерного комплекса и курс

адаптации к стрессорной гипоксии; пациенты II (контрольной) группы (32 человека) получали общепринятый комплекс консервативного лечения и реабилитации.

Всем пациентам проводилось обследование в остром, восстановительном и отдаленном периодах позвоночно-спинномозговой травмы: оценка ортопедического статуса на основе принципов, предложенных C. Ryf и A. Weymann (1999); оценка неврологического дефицита с помощью шкалы H. Frankel (1969); лучевые методы исследования (рентгенография, КТ- и МРТ – исследования, миелография) на аппаратах РУМ-20; Medicor Röntgen KFT «Emerix Tel», TCT-500S «TOSHIBA», Somatom AR.SHP «Siemens», General Electric Yokogawa Medical Systems «HiSpeed NX\i», Magnetom Open «Siemens», General Electric Medical Systems «Signa Infinity»; электронейромиография с помощью компьютерного диагностического комплекса «МБН-Нейромиограф»; исследование качества жизни с помощью опросника качества жизни SF-36 [6]; исследование интенсивности болевого синдрома с использованием визуально-аналоговой шкалы боли.

Разработанный комплекс медицинской реабилитации включал методику функциональной реабилитации больных, основанную на восстановлении и формировании стереотипов двигательных реакций. Используемый комплекс упражнений направлен на профилактику формирования контрактур, патологической установки конечностей, атрофии и фиброза мышц, восстановления нарушенной нервно-мышечной проводимости путем реализации стереотипов двигательных реакций с первых часов нахождения в стационаре до амбулаторного долечивания.

Занятия на эспандерном кинезотерапевтическом комплексе проводились ежедневно после получения травмы под наблюдением инструктора-методиста. Занятия проводились курсами по 10-15 дней продолжительностью 60 минут до достижения результата (восстановление функции, ходьба на четвереньках, либо свободной ходьбе).

Пациент находился на реклинационном щите в течение 20 дней, в течение этого времени проводилась пассивно-активная кинезотерапия на эспандерном комплексе с целью укрепления мышечного корсета и подготовки пациента к вертикализации. После вертикализации больному накладывался жесткий корсет сроком до 3 месяцев, а далее полужесткий корсет для постоянного ношения до 1 года после получения травмы.

Через 1 год после травмы нами применялся метод адаптации к периодическому действию гипоксии в гипобарической барокамере. Адаптация пациентов к гипоксии проводилась с помощью гипобарического комплекса «Таганай-2» (Патент РФ на полезную модель № 66195 от 10.09.2007 г.). Принцип работы основан на создании в салоне, с находящимися в нем пациентами, пониженного давления с одновременной подачей

вентилируемого воздуха и сохранении такого режима в течение всего времени лечебного сеанса.

Помимо разработанного комплекса реабилитации больные получали базовое лечение в зависимости от периода травмы. В остром периоде позвоночно-спинномозговой травмы все мероприятия направлены на спасение жизни и на предупреждение неврологических осложнений. В промежуточном и позднем периодах лечение было направлено на восстановление двигательных функций, ликвидацию болевого синдрома, предупреждение вегетативной дисрегуляции и гетеротопической оссификации, восстановление функции тазовых органов и социальную реадаптацию больного.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди пациентов преобладали пациенты мужского пола, трудоспособного возраста, работающие на момент травмы с медианой возраста 32,4, выявлено преобладание уличного и бытового травматизма. Болевой синдром был выражен в остром периоде травмы у всех больных, и по визуально–аналоговой шкале составил 4,34±1,51 балла у пациентов, которые находились на консервативном лечении.

На фоне применения разработанных реабилитационных комплексов наблюдается достоверное снижение интенсивности болевого синдрома в позднем периоде позвоночно-спинномозговой травмы ((ПСМТ) относительно острого ($p=0,005$), что не наблюдалось в контрольной группе ($p=0,693$).

При исследовании динамики неврологических нарушений по шкале H.Frankel наблюдается достоверный регресс неврологической симптоматики при применении разработанного комплекса реабилитации ($p<0,05$).

В результате сравнения полученных показателей качества жизни по опроснику SF-36 в остром и позднем периоде ПСМТ при консервативном лечении выявлено статистически значимое повышение показателей по шкалам физического, социального функционирования и интенсивности боли ($p<0,05$) в основной группе больных.

При корреляционном анализе связи болевого синдрома и параметров качества жизни наиболее сильная взаимосвязь выявлена с физическим здоровьем, общим здоровьем, реактивной и личностной тревожностью ($r=+0,56$, $p<0,05$). Наблюдается значимая корреляционная связь уровня неврологического дефицита с качеством жизни по шкалам физического ($r=+0,414$, $p=0,028$), ролевого функционирования ($r=+0,484$, $p=0,009$) и общего здоровья ($r=+0,379$, $p=0,047$). Чем менее выражен неврологический дефицит, тем выше качество жизни по этим шкалам.

Применение разработанных реабилитационных комплексов способствовало улучшению показателей электронейромиографии с увеличением амплитуды М-ответа и

уменьшением латентности F-волны, отмечалось возрастание скорости проведения импульса по двигательным волокнам, что свидетельствует о возможном частичном или полном восстановлении аксонального транспорта, ускорении ремиелинизации нервных волокон и, следовательно, об улучшении и активации нервно – мышечной проводимости скелетных мышц. Этим можно объяснить регресс неврологической симптоматики в основной группе.

В основной группе наблюдалось значимое восстановление полного объема движений в позвоночнике по сравнению с контрольной, где полный объем сгибания достигнут у 90,2% больных, разгибания – 83,0%, ротации – в 87,8% случаев.

Одним из критериев, определяющих качество жизни пациентов с этой тяжелой патологией является двигательная активность, которая определяет возможность социальной реинтеграции. При проведении анализа степени восстановления двигательной способности больных в зависимости от примененного комплекса реабилитации установлено, что в позднем периоде могли свободно ходить 85,4% больных основной группы.

В результате сравнения функциональных возможностей больных с позвоночно-спинномозговой травмой в различные периоды при различных лечебных подходах выявлено улучшение физического и ролевого функционирования у больных на фоне применения разработанных комплексов реабилитации, что связано с их ранней двигательной активацией и предотвращением нарушений кинематики движений. На качество жизни влияет наличие болевого синдрома и неврологических нарушений.

На фоне применения адаптации к стрессорной гипоксии в позднем периоде позвоночно-спинномозговой травмы наблюдается улучшение общего самочувствия, уменьшается выраженность вегетативных реакций, психоэмоционального напряжения, купируются болевые синдромы.

Выводы

1. Применение разработанных комплексов реабилитации на основе эспандерной кинезотерапии и стрессорной гипоксии у больных с повреждениями позвоночника способствует ранней активизации, восстановлению оптимального двигательного стереотипа, снижению интенсивности болевого синдрома на 70-80% и улучшению показателей качества жизни.
2. На фоне реабилитационных комплексов установлено восстановление полного объема движений в поясничном отделе позвоночника у 90,2% больных, при возрастании доли пациентов, способных к свободной ходьбе в отдаленном периоде травмы до 90,6%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афаунов, А.А. Хирургическое лечение посттравматических деформаций грудного и поясничного отделов позвоночника / А.А. Афаунов, А.В. Мишагин, П.П. Васильченко, и [др.] // Развитие вертебрологии на современном этапе: матер. научно-практической конференции.- Минск, 2009. - С. 20-23.
2. Гильмутдинова, Л.Т. Оценка качества жизни пациентов, получивших позвоночно-спинномозговую травму / Л.Т. Гильмутдинова, А.Р. Сахабутдинова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – №3. – С. 175–176.
3. Гусева, Л.Г. Способы лечения хронического болевого синдрома после операций на поясничном отделе позвоночника / Л.Г. Гусева, Е.А. Давыдов, А.П. Спасова // Матер. V съезда нейрохирургов России-Уфа: Изд-во «Здравоохранение Башкортостана», 2009.- С. 100.
4. Дулаев, А.К. Хирургическое лечение больных с неблагоприятными последствиями позвоночно-спинномозговой травмы / А.К. Дулаев, В.Д. Усиков, Д.А. Пташников, Е.М. Фадеев и [др.] // Травматология и ортопедия России.- 2010. - №2. - С. 51-54.
5. Минасов, Б.Ш. Социальная, бытовая, профессиональная реабилитация больных с позвоночно-спинномозговой травмой на основе оригинальных методов реконструкции / Б.Ш. Минасов, А.Р. Сахабутдинова // VIII съезд травматологов-ортопедов России: тезисов докладов. – Самара, 2006. – С. 716–717.
6. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. (1993) SF-36 Health Survery. Manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass., 136 p.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Гильмутдинова Лира Талгатовна - д.м.н., профессор, зав.кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Сахабутдинова Алия Рахимяновна - к.м.н., доцент кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Кутлиахметов Наиль Саитович – главный врач РВФД, соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Хайбуллина Зульфия Рашитовна – д.м.н., зав. отделением нейрохирургии ГКБ №3 г.Стерлитамак, профессор кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

УДК 615.831.6.015.21:615.838

© А.В. Киселева, Л.Т. Гильмутдинова, Д.Р. Исеева, Б.Р. Гильмутдинов, 2013

А.В. КИСЕЛЕВА, Л.Т. ГИЛЬМУТДИНОВА, Д.Р. ИСЕЕВА, Б.Р. ГИЛЬМУТДИНОВ

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТО-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕРМАТОЗАМИ

Башкирский государственный медицинский университет,
НИИ восстановительной медицины и курортологии, Уфа

Резюме. *Цель: оценка эффективности применения магнито – лазерной терапии в комплексном лечении больных с дерматозами. Обследованы 81 больной с дерматозами с оценкой клинико-лабораторных показателей, цитокинового, психоэмоционального статуса, качества жизни. Комплексное лечение с применением магнито-лазерной терапии способствовало повышению эффективности проводимой терапии, регрессу клинических симптомов, улучшению биохимических параметров, возрастанию противовоспалительных и снижению провоспалительных цитокинов, улучшению психоэмоционального статуса и качества жизни.*

Ключевые слова: *дерматозы, магнито-лазерная терапия, качество жизни.*

A.V. KISELEVA, L.T. GILMUTDINOVA, D.R. ISEEVA, B.R. GILMUTDINOV

APPLICATION OF MAGNETIC-LASER THERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH DERMATOSES

Bashkir state medical University,
Research Institute of rehabilitation medicine and balneology, Ufa

Abstract. *The estimation of efficiency of application of magnetic - laser therapy in comprehensive treatment of patients with dermatoses. Examined 81 patient with dermatoses with the assessment of the clinical and laboratory indices, cytokine, emotional status, quality of life. Complex treatment with the use of magnetic-laser therapy helped to improve the effectiveness of the therapy, regress of clinical symptoms, improve the biochemical parameters, increasing anti-inflammatory and reduction of proinflammatory cytokines, improvement of the psycho-emotional status and quality of life.*

Keywords: *dermatoses, magnetic-laser therapy, quality of life.*

Дерматозы являются распространенной кожной патологией, существенно снижают качество жизни и работоспособность пациентов, требуют длительной терапии с применением как медикаментозных так и немедикаментозных средств. При этом лекарственная терапия не всегда достаточно эффективна, что выражается в частых рецидивах заболевания и возникновении побочных эффектов от медикаментозных средств, что требует поиска новых подходов к терапии дерматозов с применением физических методов.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения магнито – инфракрасно – лазерной терапии в комплексном лечении больных с дерматозами.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 81 больной с дерматозами в возрасте от 18 до 52 лет (средний возраст 35,05±0,73 года) в период 2010-2012гг. Среди них 52 пациента с атопическим дерматитом, с экземой -16, с псориазом-13 пациентов, в том числе женщин - 72,9% , мужчин- 27,1%. Давность заболевания составила от 3-х до 6 лет.

В зависимости от проводимой терапии больные методом простой рандомизации разделены на группы. Первую группу составили пациенты, в комплекс лечения которых к базисной терапии включены сеансы магнито – инфракрасно – лазерной терапии с применением накожного облучения в зоне проекции крупных сосудистых пучков: подключичного сосудистого пучка, пахового и локтевых ямок по разработанной методике. Использовался аппарат «МИЛТА – Ф» - с облучением по разработанным параметрам по 2 минуты на каждую область, на курс - 10-12 ежедневных процедур (n=27).

Больным 2-ой группы к базисной терапии включено магнитолазерное облучение от аппарата «Мустанг-2000» на локтевые сосудистые пучки по стабильной методике в течение 5 –10 минут на сеанс, 10 ежедневных процедур на курс лечения. Полный курс лечения состоял из трех 2-х недельных курсов с интервалом в 2 недели. Группа сравнения получала базисную терапию без сеансов магнито-лазерной терапии: лечебное питание, лечебная гимнастика, медикаментозная терапия с включением антигистаминных и дезинтоксикационных препаратов.

Исследование больных проводилось до назначения разработанных комплексов и в динамике проводимой терапии, в конце курса терапии, через 6 и 12 месяцев. Клинические и биохимические исследования крови проводились по известным методам с определением уровня глюкозы, мочевины и креатинина, индикаторных ферментов - АЛТ и АСТ, сиаловых кислот и С-реактивного протеина. Исследовали содержание про- и противовоспалительных

цитокинов методом твердофазового иммуноферментного анализа с использованием тест систем ООО «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург). Изучение психоэмоционального статуса проводили по тесту «САН» (самочувствие, активность, настроение), качества жизни - по дерматологическому индексу качества жизни. Эффективность проводимой терапии оценивали по динамике клинико-лабораторных показателей.

Результаты исследования и обсуждение. У всех пациентов при поступлении заболевание находилось в стадии затихающего обострения. До лечебных манипуляции больные предъявляли жалобы на наличие высыпаний, зуда. Результаты показали, что на фоне проводимой терапии у половины больных после 5-6 сеансов магнито – инфракрасно – лазерного облучения отмечалось кратковременное усиление зуда в очаге. У остальных больных в эти сроки под влиянием комплексного лечения наблюдалась положительная динамика клинических признаков в виде исчезновения зуда, жжения, болезненности с эпителизацией трещин и микроэрозий. К концу курса лечения позитивная динамика клинических параметров отмечена у всех пациентов, но наиболее выраженный регресс кожных симптомов – эритемы, инфильтрации, высыпании выявлен у больных 1-й и 2-й групп – на фоне магнито-инфракрасно-лазерного облучения по разработанным методикам. В группе сравнения в эти сроки у трети больных остаются высыпания и эритема с сохранением зуда.

При поступлении у больных с дерматозами выявлен дисбаланс цитокинового статуса крови с достоверным возрастанием провоспалительных цитокинов- интерлейкина – 1β (ИЛ1β) на 69,4% ($p<0,01$), ИЛ6 -на 82,1% ($p<0,01$), ФНОα – в 1,3 раза ($p<0,001$) от уровня здоровых лиц, при сниженных значениях противовоспалительных цитокинов –ИЛ4 на 41,1% ($p<0,01$), ИЛ10-на 53,3% ($p<0,01$). При этом степень нарушений цитокинового баланса наиболее выражена у больных с псориазом и экземой, чем у больных с атопическим дерматитом. На фоне курса применения надвенного облучения крови магнито - инфракрасно - лазерным лучом наблюдалось улучшение параметров цитокинового статуса крови. У больных 1-й группы отмечается достоверное возрастание уровня противовоспалительных цитокинов- ИЛ-4 на 29,1% ($p<0,05$), ИЛ-10- на 25,3% ($p<0,05$), на фоне уменьшения содержания провоспалительных цитокинов –ИЛ1 β - на 47,9%($p<0,01$), ИЛ-6 на 51,2% ($p<0,01$), ФНОα - на 86,2% ($p<0,001$), при однонаправленных и равнозначных смещениях аналогичных параметров у больных 2-й группы. У больных группы сравнения смещения параметров цитокинового профиля незначимы по сравнению с исходным уровнем.

У большинства больных до проводимой терапии отмечалось увеличение в крови количества эозинофилов, С-реактивного протеина, уровня АЛТ и АСТ, сиаловой кислоты, у

пяти больных выявлено повышенное содержание глюкозы. Курс терапии с применением надвенного магнито – инфракрасно – лазерного облучения способствовал нормализации данных параметров у 98,8% больных 1-й и у 93,4% больных 2-й группы, при отсутствии достоверной динамики показателей в группе сравнения в эти же сроки.

Для большинства больных с дерматозами при поступлении характерно нарушение психоэмоционального статуса со снижением показателей «самочувствие», «активность», «настроение», а также снижение параметров качества жизни с выраженным изменением «социальной» составляющей. У больных 1-й и 2-й групп на фоне проводимой терапии отмечается достоверное улучшение параметров психоэмоционального статуса с возрастанием значений «самочувствие» на 32% ($p<0,05$), «активность»-на 24,1% ($p<0,05$), «настроение»-на 40,2% ($p<0,05$) в сравнении с исходными значениями, со значимым улучшением параметров качества жизни. У больных группы сравнения динамика данных параметров оказалась незначимой. При проведении сеансов магнито-инфракрасно-лазерной терапии побочных эффектов не отмечалось.

Оценка эффективности проведенной терапии по данным клинико-лабораторных показателей установила, что наиболее выраженные результаты получены у больных первой группы на фоне магнито-инфракрасно-лазерной терапии. Среди них «значительное улучшение» отмечено у 51%, «улучшение»-у 42%, «незначительное улучшение»-у 7% и соответственно у 48%, 43% и 9% больных 2-й группы. В группе сравнения превалировало «незначительное улучшение»-у 46%, «улучшение»-у 21% и «без перемен»-у 13% больных. Через 6 месяцев наблюдения у больных основных групп рецидивы заболевания не отмечались, тогда, как в группе сравнения у 26% больных выявлен рецидив дерматоза. Наблюдение в течение 12 месяцев показало, что у одного больного 2-й группы через 11 месяцев отмечался рецидив, при возникновении рецидива у 28% больных группы сравнения.

Выводы

1. Курсовое применение магнито-инфракрасно-лазерной терапии в комплексном лечении больных с дерматозами (с применением многофункциональных аппаратов «МИЛТА – Ф» и «Мустанг-2000») способствует регрессу клинических симптомов заболевания, улучшает лабораторные показатели со снижением повышенных значений индикаторных ферментов, устраняет цитокиновый дисбаланс со снижением уровня провоспалительных и возрастанием противовоспалительных цитокинов.

2. Проводимая с использованием магнито-инфракрасно-лазерного облучения терапия больных с дерматозами значимо повышает эффективность проводимого лечения, улучшает психоэмоциональный статус и качество жизни пациентов с сохранением результатов до 6-12

месяцев, не вызывает побочных эффектов, доступна, позволяет проводить вторичную профилактику заболевания в условиях физиотерапевтических отделений стационаров, поликлиник и санаториев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атопический дерматит. Клинические рекомендации / А.А. Кубанова и соавт. – Москва, 2010.
2. Балтабаев М.К. Псориаз (патогенетические аспекты и терапия) / М.К. Балтабаев.-Бишкек, 2005.-262с.
3. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. – М., 2002. – 439 с.
4. Воробьев М.Г. Электро - и магнитотерапия / Практическое пособие. - М., 2002 . – 200 с.
5. Гильмутдинова Л.Т. Физиотерапия в дерматологии /под ред. Л.Т.Гильмутдиновой //Учебно-методическое пособие:Уфа.-ООО «Травы Башкирии».-2011.-84с.
6. Медицинская реабилитация /под ред. В.М. Боголюбова.-Книги1-3.-изд.3-е.-М.:Изд Бином, 2010.
7. Сосин И.Н., Буявых А.Г. Физиотерапия кожных и венерических болезней.-Симферополь, 2001.
8. Техника и методика физиотерапевтических процедур /под ред. В.М.Боголюбова.-М., 2006.
9. Физиобальнеотерапия профессиональных заболеваний /коллектив авторов.-Екатеринбург:Изд-во«СВ-96», 2001.-264с.
10. Schmitt J., Bauer A., Meurer M. Atopic eczema in adulthood /Hautarzt 2008; 59: 841-850.
11. Akdis C., Akdis M., Bieber T. et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergy, Asthma and Immunology /PRACTICAL Consensus Report //J Allergy Clin Immunol 2006; 118:152-169.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Киселева Анна Викторовна - соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Гильмутдинова Лира Талгатовна - д.м.н., профессор, зав.кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Исеева Диляра Рауфовна - к.м.н., ассистент кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Гильмутдинов Булат Рашитович - ассистент кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

УДК 616.12-009:616.839.2:071

© А.Ю.Тихомиров, Л.Т.Гильмутдинова, М.А.Игнатьев, Н.С.Кутлиахметов, А.Р.Сахабутдинова, 2013

А.Ю.ТИХОМИРОВ, Л.Т.ГИЛЬМУТДИНОВА, М.А.ИГНАТЬЕВ, Н.С.КУТЛИАХМЕТОВ, А.Р.САХАБУТДИНОВА

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ МАССОВОГО ЗВЕНА

Башкирский государственный медицинский университет,
НИИ восстановительной медицины и курортологии, г.Уфа
Городская клиническая больница №10, г. Уфа

Резюме. *Исследованы электрокардиографические изменения и психовегетативный статус у юных спортсменов массового звена. У 46,9% детей выявлены нарушения процессов реполяризации миокарда, нарушения ритма и проводимости в зависимости от вегетативного статуса. Пробы с физической нагрузкой повышают информативность исследований по допуску к спортивным соревнованиям.*

Ключевые слова: *спортсмены, сердечно-сосудистая система, вегетативный статус.*

A.J.TIKHOMIROV, L.T. GILMUTDINOVA, M.A.IGNATIEV, N.S.KUTLIACHMETOV, A.R. SAKHABUTDINOVA

CARDIOVASCULAR STATUS IN YOUNG SPORTSMEN OF MASS LINK

Bashkir State Medical University,
Research Institute of rehabilitation medicine and balneology, Ufa
City clinical hospital №10, Ufa

Abstract. *Investigated electrocardiographic changes and psychovegetative status in young sportsmen of mass level. The 46,9% of children identified violations of repolarization infarction, violations of rhythm and conduction depending on the vegetative status. Sample exercise increase the informativeness of research for admission to sporting events.*

Key words: *athletes, cardiovascular system, vegetative status.*

В настоящее время наблюдается возрастание значимости спорта как средства удовлетворения различных потребностей людей. Массовый спорт направлен на физическое

воспитание и физическое развитие граждан, в него вовлечено большое количество людей, а уровень результатов, достигаемых здесь, относительно невысок, общедоступен и именно массовому спорту уделяется в настоящее время особое внимание.

Контингент спортсменов и физкультурников массового звена представлен лицами, занимающимися физической культурой и спортом самостоятельно, во время учебного процесса, в пришкольных спортивных секциях, учащимися образовательных учреждений спортивного профиля первых 3-х лет обучения. Они являются главным объектом внимания и деятельности службы спортивной медицины[7, 8].

Вместе с этим, массовый спорт имеет ряд особенностей**,** существенно отличающих его от спорта высших достижений: отсутствие четкого тренировочного и соревновательного графика; сочетание тренировочного процесса и нервно-психического напряжения во время учебных нагрузок; более хаотичный характер мотивационной составляющей тренировочного процесса[6].

Известно, что факторами, способствующими снижению физической работоспособности спортсменов являются: нарушения режима учебы, питания, сна; физические и психические травмы; наличие очагов хронической инфекции; тренировки на фоне какого-либо заболевания; тренировки в изменившихся климатических условиях без предшествующей акклиматизации. Наличие очагов хронической инфекции, хронические заболевания выявляются на этапе первичного допуска детей к занятиям спортом. При этом факторы нервно-психического характера (нарушения режима жизни, учебы, питания, сна, нервно-психическое напряжение), особенно перед соревнованиями приобретают особую значимость[2,3].

По результатам многолетних наблюдений установлено, что среди начинающих юных спортсменов г. Уфы, чаще всего выявляются патологические изменения костно-мышечной системы, системы кровообращения, нервной системы, органов зрения. Причем отклонения в деятельности сердечно-сосудистой системы заслуживают особого внимания как в плане ранней диагностики, так лечения и допуска к спортивным занятиям[4,6].

Цель исследования: изучение состояния сердечно-сосудистой системы у юных спортсменов массового звена по данным ЭКГ и психовегетативных особенностей.

Материалы и методы исследования. Нами были осмотрены 4103 детей, заявленных к участию в городском физкультурно-массовом мероприятии. Средний возраст обследованных составил 14,22±3,11 лет. Все дети занимались в спортивных секциях при образовательных учреждениях. Из группы были исключены лица с избыточной массой тела. Наряду с общеклиническим осмотром, измерением основных гемодинамических показателей

(артериальное давление и частота сердечных сокращений) по общепринятым методикам всем проводилось электрокардиографическое исследование в покое и после физической нагрузки (20 приседаний) на 12-канальном аппарате Innomed HS80GL с анализом основных зубцов и интервалов. Вегетативный статус оценивался по вегетативному индексу Кердо [1]. Статистическая обработка материала проводилась с использованием методов вариационной статистики в среде Microsoft Excel 2010. Достоверность различий оценивали по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования и обсуждение. Из 4103 обследованных юных спортсменов, изменения на ЭКГ выявлены у 1926 человек (46,94%).

Синдром нарушения процессов реполяризации миокарда выявлен у 1488 (36,27%), признаки преобладания отделов сердца – у 269(6,56%), нарушения ритма – у 114 (2,78%), нарушения проводимости – у14 (0,34%), синдромы (феномены) предвозбуждения желудочков – у 41 (1,00±0,16%). *Таким образом, на первый план выходят дистрофические изменения миокарда и нарушения процессов реполяризации*.

Проба с физической нагрузкой выявила наличие нарушений на ЭКГ у большего количества детей (табл.1).

Таблица 1

Эффективность пробы с физической нагрузкой при выявлении патологических отклонений на ЭКГ

Показатели	число пациентов абс /%	
	по ЭКГ в покое	после ФН
нарушение процессов реполяризации миокарда	621 (15,14±0,56%)	1488 (36,27±0,75%)*
признаки преобладания отделов сердца	254 (6,19±0,38%)	269 (6,56±0,39%)
нарушения ритма	77 (1,88±0,21%)	114 (2,78±0,26%)*
нарушения проводимости	14 /100%	-
синдромы (феномены) предвозбуждения желудочков	37 (0,90±0,15%)	41(1,00±0,16%)

* - значимость различий показателей до и после ФН, $p<0,05$;

Наибольшую значимость проба с физической нагрузкой приобретает при выявлении нарушений процессов реполяризации миокарда и нарушений ритма.

При анализе результатов исследования было обращено внимание также на то, что

наибольшую распространенность эти изменения имели дети, обучающиеся в общеобразовательных учреждениях усиленного типа и предметной направленности, т.е. в условиях высокого нервно-психического напряжения (табл.2.).

Таблица 2

Распространенность ЭКГ патологии у учащихся различных учебных заведений

показатель	общей направленности (%)	усиленного типа и предметной направленности (%)
нарушение процессов реполяризации миокарда	39,38±1,27%	60,62±1,32% *
признаки преобладания отделов сердца	62,08±2,96%	37,92±2,54%*
нарушения ритма	45,61±3,67%	54,39±3,41%
нарушения проводимости	64,29± 3,29%	35,71± 2,82%*
синдромы предвозбуждения желудочков	53,66±5,79%	46,34±4,57%

* - значимость различий показателей между группами, $p<0,05$;

Установлено, что изменения, патогенетически связанные с вегетативной дисфункцией (нарушение реполяризации, нарушения ритма) преобладали среди детей и учащихся образовательных учреждении усиленного типа. Вместе с этим изменения, связанные со структурными изменениями сердца (признаки преобладания отделов, нарушения проводимости), наоборот преобладали среди учащихся средних школ общей направленности, что может указывать на более тщательный отбор детей для учебы в учреждениях усиленного типа[2, 3].

При оценке вегетативного статуса по индексу Кердо выявлен высокий уровень симпатотонии среди лиц, имеющих изменения на ЭКГ (табл. 3).

Проба с физической нагрузкой выявила изменения вегетативного статуса у лиц с нормальной ЭКГ покоя, но с нарушениями при проведении нагрузочной пробы (рис. 1).

При этом у юных спортсменов с признаками нарушения процессов реполяризации миокарда и нарушением ритма с исходной эйтонией, на физическую нагрузку наблюдается гиперсимпатотонический тип реакции. Это свидетельствует о ведущей роли симпатического отдела вегетативной нервной системы в развитии нарушений процессов реполяризации миокарда, миокардиодистрофии среди юных спортсменов. Парасимпатотония у лиц с признаками преобладания отделов сердца, может

свидетельствовать о защитной реакции, направленной на экономное функционирование миокарда на фоне физической нагрузки.

Таблица 3

Вегетативный статус у обследованных лиц с различной ЭКГ-патологией

показатель	вегетативный статус		
	симпатотония	эйтония	парасимпатотония
нарушение процессов реполяризации миокарда(n=1488)	86,96±0,87%	13,04±0,12%	-
признаки преобладания отделов сердца (n=269)	41,64±3,01%	4,46±1,26%	53,90±3,04%
нарушения ритма (n=114)	84,21±3,42%	4,39±1,92%	11,40±2,98%
нарушения проводимости (n=14)	14,28±3,7%	7,14±0,14%	78,58±6,38%
синдромы (феномены) предвозбуждения (n=41)	34,15±5,41%	24,39±2,71%	41,46±7,69%

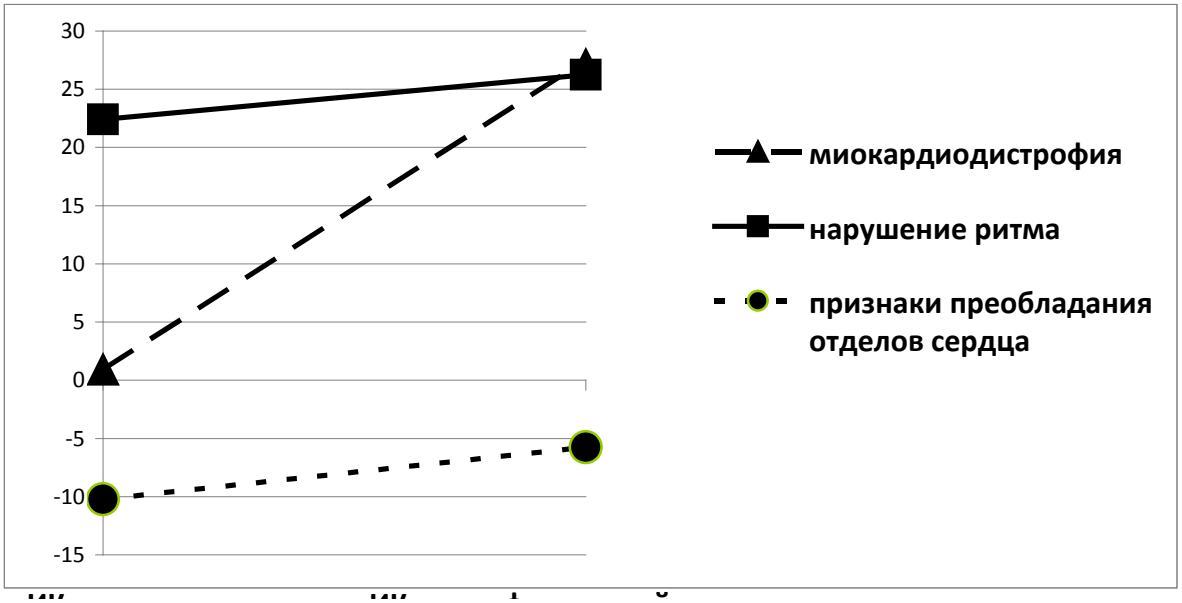

Рис. 1. Динамика индекса Кердо на фоне пробы с физической нагрузкой у лиц с изменениями на ЭКГ.

Выводы

1. Среди юных спортсменов массового звена в 46,9% случаях выявлены изменения сердечно-сосудистой системы в виде нарушений процессов реполяризации, нарушений ритма и проводимости, преобладания потенциалов отделов сердца на ЭКГ в зависимости от

психовегетативных особенностей детей, степени нагрузки в образовательных учреждениях.

2. Пробы с физической нагрузкой с одновременной регистрацией ЭКГ и оценкой вегетативного статуса повышают частоту выявления изменений сердечно-сосудистой системы у юных спортсменов с возрастанием значимости результатов при допусках к спортивным занятиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. – М., 2002. – 439 с.
2. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 1998. – 752 с.
3. Дембо А.Г., Земцовский Э.В. Спортивная кардиология: Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1989. – 464 с.
4. Избранные вопросы лечебной физкультуры и спортивной медицины /под ред. Л.Т. Гильмутдиновой: Уфимская типография «Переплет», 2009.-196с.
5. Макарова Г.А. Практическое руководство для спортивных врачей. – Ростов-на-Дону: «Издательство БАРО-ПРЕСС», 2002. – 800 с.
6. Порядок допуска к занятиям физической культурой и спортом в г.Уфе /А.Ю. Тихомиров, Л.Т.. Гильмутдинова, М.А. Игнатьев и [др.] //Методические рекомендации: ООО изд-во «Здравоохранение Башкортостана».-2012.-72с.
7. Справочник детского спортивного врача: клинические аспекты // Г.А. Макарова. - М.: Советский спорт, 2008.- 440 с.
8. Утомление при занятиях физической культурой и спортом: проблемы, методы исследования /В.В. Роженцов, М.М. Полевщиков. – М.: Советский спорт, 2006.-280 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Тихомиров Андрей Юрьевич – к.м.н., заведующий отделением ЛФК и спортивной медицины ГКБ №10 г.Уфы, соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Гильмутдинова Лира Талгатовна - д.м.н., профессор, зав.кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Игнатьев Михаил Алексеевич - ординатор отделения ЛФК и спортивной медицины ГКБ №10 г.Уфы, соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Кутлиахметов Наиль Саитович – главный врач Республиканского врачебно-физкультурного диспансера, соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Сахабутдинова Алия Рахимяновна - к.м.н., доцент кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

УДК 615.322:615.324:615.327

© Л.Т.Гильмутдинова, Р.Р.Кудаярова, Г.А.Янбухтина, Л.А. Габделхакова, 2013

Л.Т.ГИЛЬМУТДИНОВА, Р.Р.КУДАЯРОВА, Г.А.ЯНБУХТИНА,
Л.А. ГАБДЕЛХАКОВА

ПРИРОДНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ СРЕДСТВА В КОРРЕКЦИИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Башкирский государственный медицинский университет,

НИИ восстановительной медицины и курортологии, г. Уфа

Резюме. *Проведена оценка эффективности применения природных лечебных факторов в коррекции гиперлипидемии у 122 здоровых лиц с риском развития атеросклероза. Отмечено достоверное снижение уровня атерогенных липидов на фоне комплексов на основе питьевой минеральной воды в сочетании с сеансами сульфидных ванн, при менее значимых сдвигах параметров на фоне фиточая, кумыса в сочетании с фитованнами.*

Ключевые слова: *гиперлипидемия, атерогенные липиды, минеральные воды, фитосредства.*

L.T.GILMUTDINOVA, R.R. KUDAYAROVA, G.A.JANBUCHTINA,
L.A.GABDELCHAKOVA

NATURAL HEALING RESOURCES THE CORRECTION OF LIPID METABOLISM IN INDIVIDUALS WITH RISK FOR ATHEROSCLEROSIS

Bashkir State Medical University,

Research Institute of rehabilitation medicine and balneology, Ufa

Abstract. *Assessment of the effectiveness of the application of natural curative factors in the correction of hyperlipidemia in 122 healthy individuals with risk of development of atherosclerosis. Showed a significant decrease in the level of atherogenic lipids on the background of complexes based on the drinking of mineral water in conjunction with sessions of sulfide baths, with a less significant shifts of the parameters against the background of herbal tea, koumiss, combined with herbal baths.*

Key words: *hyperlipidemia, atherosclerosis, mineral water, herbal drug has been justified.*

В настоящее время вопросы профилактики болезней системы кровообращения представляют острую медико-социальную проблему. Основу их первичной профилактики составляет коррекция основных факторов риска – атерогенных нарушений липидного обмена, повышенного артериального давления, атеросклероза, гиподинамии, ожирения.

Особое значение применительно к проблеме метаболических нарушений у лиц с факторами риска болезней системы кровообращения приобретает разработка новых эффективных технологий на основе немедикаментозных методов коррекции. Наиболее перспективным направлением, на наш взгляд, при проведении коррекции факторов риска выступают технологии применения природных лечебных средств, куда относятся минеральные воды, натуральный кумыс, лекарственные растения [1, 3, 4, 10].

Цель исследования: оценка эффективности применения природных лечебных средств в коррекции липидного обмена у лиц с риском развития атеросклероза.

Материал и методы. Исследования выполнены с участием 122 практически здоровых мужчин в возрасте 42,5±0,26 лет, находившихся на санаторном отдыхе в санаторий «Танып» Республики Башкортостан. У всех обследованных выявлены признаки нарушений липидного обмена без клинических проявлений атеросклероза. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц без нарушения липидного обмена.

В качестве факторов воздействия использовали природные лечебные средства– питьевую минеральную воду, натуральный кумыс, фитосредства. Базовый санаторный комплекс включал лечебное питание с ограничением жиров животного происхождения, терренкур, климатотерапию. Длительность курса воздействия составила 24 дня.

В зависимости от проводимого воздействия обследуемые разделены на группы. Лица 1-й группы (n=41) к базовому комплексу получали фитосбор «Лань» и фитованны. У 2-й группы (n=41) курс воздействия на фоне базового комплекса состоял из приема кумыса в сочетании с фитованнами. 3-я группа (n=40) получала к базовому комплексу питьевую МВ в сочетании с сульфидными натриево-хлоридными ваннами. Группу сравнения (n=34) составили лица, получавшие базовый комплекс.

В качестве фитосредства использовали фитосбор «Лань» (Травы Башкирии) в виде фильтр-пакета перед едой 3 раза в день. Фитосбор «Лань» содержит траву душицы, хвоща, донника, зверобоя, горца перечного, корневища с корнями пиона, плоды рябины, шиповника, боярышника, аронии черноплодной, слоевища ламинарии, семена льна, цветки бессмертника, корень солодки, разрешенные к применению в медицинской практике.

Процедуры фитованн проводились с использованием ванн с отваром из пустырника, ромашки, душицы, мяты, шалфея при температуре 35-37°С по разработанной методике. Курс воздействия состоял из 10-12 процедур.

Использовалась слабоминерализованная гидрокарбонатная сульфатно-кальциевая (М 1,44 г/л) МВ «Казанчинская» в объеме 200-250 мл 3 раза в день. Минеральные ванны отпускались при температуре 35-37°С с применением натриево-хлоридных с содержанием сульфидных ионов вод через день до 10-12 сеансов на курс.

Кумыс из кобыльего молока применяли при кислотности 70-100° по Тернеру с закваской на основе микроорганизмов Lactobacterium bulgaricum и дрожжей типа Torula в объеме 200-250 мл до еды. Продолжительность курса воздействия составила 24 дня.

Изучали состояние липидного профиля плазмы крови по известным методам [2, 5-9]. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с помощью пакета программ «Statistika for Windows». Вычисляли среднее значение М и ошибку среднего m, t-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. При поступлении в санаторий у лиц с атерогенными нарушениями липидного обмена уровни ОХС, ТГ, ХС ЛПНП достоверно превышали аналогичные значения здоровых лиц соответственно на 35,4% ($p<0,05$), на 88,9% ($p<0,05$) и на 56,5% ($p<0,05$) при сниженных значениях ХС ЛПВП на 34,6% ($p<0,05$) и высоком КА в 2,02 раза ($p<0,05$).

Применение природных лечебных факторов у лиц с атерогенными нарушениями липидного обмена способствовало улучшению липидного метаболизма, что выразилось в снижении уровней ОХС, ТГ, ХС ЛПНП, КА на фоне возрастания ХС ЛПВП (табл. 1).

У лиц 1-й группы на фоне применения фитосбора «Лань» в сочетании с фитованнами отмечено снижение уровня ОХС на 11,3% ($p<0,05$), ТГ на 8,2% ($p<0,05$), ХС ЛПНП на 10,9% ($p<0,05$), КА на 13,7% ($p<0,05$) при увеличении ХС ЛПВП на 6,8% ($p<0,05$) в сравнении с исходными значениями.

У исследуемых на фоне применения МВ в сочетании с сульфидными ваннами сдвиги параметров носят более значимый характер со снижением содержания ОХС, ТГ, ХС ЛПНП соответственно на 17,7% ($p<0,05$), на 14,5% ($p<0,05$), на 18,8% ($p<0,05$) от исходных значений на фоне снижения КА на 19,6% ($p<0,05$) и возрастания уровня ХС ЛПВП на 16,3% ($p<0,05$).

Комплексы на основе кумыса в сочетании с фитованнами позволили снизить уровни ОХС, ТГ, ХС ЛПНП соответственно на 11,6% ($p<0,05$), на 9,5% ($p<0,05$), на 14,9% ($p<0,05$) от

исходных значений при снижении КА на 17,9% (p<0,05) и возрастании уровня ХС ЛПВП на 10,7% (p<0,05).

Таблица 1

Динамика показателей липидного спектра крови у лиц с риском развития атеросклероза на фоне разработанных комплексов (M±m)

показатели	Здоровые лица (n=30)		1-я группа (n=41)	2-я группа (n=41)	3-я группа (n=40)	Группа сравн. (n=34)
ОХС, ммоль/л	4,52±0,20	1	6,10±0,07	6,11±0,08	6,11±0,09	6,10±0,10
		2	5,41±0,07*	5,40±0,06*	5,03±0,06*	5,90±0,11*
		3	5,38±0,06*	5,36±0,08*	4,98±0,07*	5,88±0,17*
ТГ, ммоль/л	1,17±0,06	1	2,20±0,05	2,21±0,04	2,21±0,03	2,21±0,08
		2	2,02±0,03*	2,00±0,02*	1,89±0,03*	2,14±0,08*
		3	2,00±0,02*	1,97±0,06*	1,85±0,02*	2,13±0,11*
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,56±0,05	1	1,03±0,02	1,03±0,02	1,04±0,03	1,02±0,04
		2	1,10±0,03*	1,14±0,03*	1,21±0,03*	1,03±0,02*
		3	1,12±0,03*	1,16±0,02*	1,24±0,03*	1,04±0,01*
ХС ЛПНП, ммоль/л	2,48±0,03	1	3,87±0,04	3,88±0,06	3,88±0,05	3,87±0,11
		2	3,45±0,04*	3,30±0,08*	3,15±0,03*	3,68±0,10*
		3	3,40±0,05*	3,21±0,10*	3,05±0,04*	3,66±0,11*
КА (отн. ед.)	1,59±0,03	1	3,14±0,05	3,18±0,05	3,16±0,06	3,14±0,12
		2	2,71±0,06*	2,61±0,09*	2,54±0,04*	2,99±0,09*
		3	2,69±0,05*	2,57±0,07*	2,50±0,08*	2,97±0,17*

* – значимость различий показателей в сравнении с исходными, p<0,05;

1 – до курса, 2 – после курса, 3 – через 6 месяцев после курсового воздействия

Результаты исследования свидетельствуют о гиполипидемическом эффекте применяемых природных лечебных факторов - минеральных вод, фитосредств и кумыса с наиболее значимыми сдвигами уровня атерогенных липидов на фоне питьевой минеральной воды в сочетании с сульфидными натрий-хлоридными ваннами. Вероятно, это связано с интенсификацией процессов окисления холестерина в желчные кислоты, усиления катаболизма атерогенных липидов на фоне приема МВ, кумыса, фиточая. Также выявленный

эффект можно рассматривать с позиции антиоксидантного воздействия биологически активных веществ лекарственных растений, компонентов минеральной воды и кумыса. В группе сравнения при динамическом наблюдении отмечено отсутствие достоверных изменений параметров липидного спектра при тенденции к снижению ОХС, ТГ и ХС ЛПНП, что возможно связано с базовым санаторным комплексом, включающим питание с ограничением жиров животного происхождения и активным отдыхом.

Выводы

1. Курсовое применение комплексов на основе питьевой минеральной воды в сочетании с сульфидными ваннами, фитосбора «Лань» и кумыса в сочетании с фитованнами у лиц с нарушениями липидного обмена с риском развития атеросклероза способствует улучшению липидного спектра крови с достоверным снижением уровня ОХС до 17,7%, ТГ- до 14,5%, ХС ЛПНП -до 18,8% от исходных значений на фоне снижения КА до 19,6%. Динамика параметров липидного профиля более существенна на фоне применения питьевой минеральной воды и сульфидных ванн.

2. Комплексы на основе природных лечебных средств являются доступными, могут применяться для профилактики развития атеросклероза в условиях санаториев, поликлиник, центров здоровья, медицинской реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобровницкий, И.П.Теоретические и практические вопросы сочетанного применения питьевых минеральных вод с микронутриентными биологически активными добавками /И.П. Бобровницкий, В.К. Фролков, О.И. Данилов //Организационно-методические аспекты восстановительной медицины в санаторно-курортной практике на современном этапе: Екатеринбург, 2007.-С.151-153.
2. Боголюбов, В. М. Физиотерапия и курортология.– М., 2010.- Т.1.- 311с.
3. Гильмутдинова, Л.Т. Метаболические эффекты минеральных вод при артериальной гипертензии / Л.Т. Гильмутдинова, Р.Р. Юсупова, М.А. Бочаева, Э.М. Назарова //Актуальные вопросы медицинской реабилитации, восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии: Самара, 2010. – С. 67-69.
4. Еделев, Д.А. Применение физических и природных факторов в восстановительной коррекции функциональных резервов человека / Д.А. Еделев, И.П. Бобровницкий, Л.В. Михайленко и [др.].- М, 2009. – 263с.
5. Епифанов, В.А. Восстановительная медицина. – М.: Геотар-Медиа, 2007
6. Колоскова, С.В. Методы определения холестерина / С.В. Колоскова, А.Л. Лобачев, И.В. Лобачева // Клин. лаб. диагностика. – 2004. – № 1. – С. 3-9.
7. Немедикаментозное лечение распространенных болезней человека /Т.Н. Фильцагина и [др.].-Пермь: Изд-во «Книжный формат», 2009.-227с.
8. Маньшина Н.В. Курортология для всех /Н.В.Маньшина.-М.:,2007.-592с.

9. Организация санаторно-курортной помощи в санаторий «Танып» /Под ред. Л.Т. Гильмутдиновой.-Уфа: ООО «Браво-Пресс».-2010.-103с.
10. Фитотерапия с основами клинической фармакологии /Под ред. В.Г. Кукеса.- М.: Медицина,1999.-265с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Гильмутдинова Лира Талгатовна - д.м.н., профессор, зав.кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Кудаярова Рушания Равилевна - к.х.н., ассистент кафедры фармакогнозии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Янбухтина Гульназ Альбертовна – к.м.н., соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Габделхакова Лейсан Айдаровна - ординатор кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

УДК 616.12-005.4-085:615.874.2:637.171

© Л.Т. Гильмутдинова, Н.Х. Янтурина, Р.М. Юсупова, А.А.Багаутдинов, 2013

Л.Т. ГИЛЬМУТДИНОВА, Н.Х. ЯНТУРИНА, Р.М. ЮСУПОВА, А.А.БАГАУТДИНОВ

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Башкирский государственный медицинский университет
НИИ восстановительной медицины и курортологии, Уфа
ГКБ №13 г.Уфы

Резюме. *Проведено комплексное лечение 57 больных с метаболическим синдромом с включением сеансов плазмафереза. После трех процедур плазмафереза выявлена нормализация повышенного уровня атерогенных липидов, уменьшение агрегационных свойств тромбоцитов и эритроцитов, вязкости крови.*

Ключевые слова: *метаболический синдром, плазмаферез, агрегация тромбоцитов, эритроцитов, липиды*

L.T. GILMUTDINOVA, N. H. JANTURINA, R.M. YUSUPOVA, A.A.BAGAUTDINOV

APPLICATION OF PLASMAPHERESIS IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Bashkir State Medical University
Research Institute of rehabilitation medicine and balneology, Ufa
City clinical hospital №13, Ufa

Abstract. *A comprehensive treatment of 57 patients with metabolic syndrome with the inclusion of sessions of plasmapheresis. After three plasmapheresis procedures identified normalization of high level of atherogenic lipids, reducing the aggregation of the properties of thrombocytes and erythrocytes, blood viscosity.*

Keywords: *metabolic syndrome, plasmapheresis, aggregation of platelets, erythrocytes, lipids*

Метаболический синдром в настоящее время является одной из приоритетных направлений современной медицины, включает наряду с инсулинорезистентностью и нарушением толерантности к глюкозе и дислипидемию, артериальную гипертонию,

ожирение, коррекция которых имеет существенное значение в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Профилактика и патогенетическая коррекция атерогенных нарушений липидного профиля крови на современном этапе рассматривается в качестве одного из актуальных проблем. В этой связи актуальным является активное внедрение в клинику методов терапии, направленных на снижение повышенной концентрации атерогенных липидов как методом медикаментозной терапии, так и путем их выведения из кровеносного русла [3]. Существующие лекарственные препараты оказывают влияние на различные звенья обмена липидов, но при этом они небезопасны, обладают побочным действием и не доступны широким слоям населения. Использование немедикаментозных технологий (физических факторов, средств растительного и минерального происхождения) при этом базируется на принципах физиологичности, способности вызывать комплекс адаптивных изменений в регуляторных системах организма. Одним из методов, позволяющим снизить уровень атерогенных липидов является метод плазмафереза [3,7]. Установлено, что снижение уровня атерогенных липидов и нормализация их содержания приводит к замедлению прогрессирования и к регрессии коронарного атеросклероза, однако значение изменений гемостаза, структурно-функциональных свойств форменных элементов крови при МС изучено в меньшей степени.

Цель исследования: оценка эффективности применения плазмафереза в коррекции липидного обмена и показателей гемостаза у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Настоящая работа основана на результатах комплексного исследования 57 больных с метаболическим синдромом, находившихся на лечении в клинических базах БГМУ- ГКБ №13 г.Уфы (45) и санатории «Зеленая Роща»(12) с последующим наблюдением в условиях поликлиники. Все обследованные пациенты-мужчины в возрасте от 39 до 51 года. МС устанавливался на основании учета анамнеза, данных клинико-лабораторных, инструментальных и биохимических методов исследования. Группу контроля составили 25 практически здоровых лиц того же возраста.

Определение липидного спектра плазмы крови, показателей гемостаза проводили по известным методикам. Плазмаферез проводили на аппарате ПФ-05 при скорости вращения ротора 2-2,5 тыс. об/мин, скорости подачи крови - 20 ± 2 мл/мин в непрерывном изоволемическом режиме.

Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с помощью биометрических методов анализа с использованием пакета стандартных статистических программ «Statistika for Windows». Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Исследование липидного профиля плазмы показало, что у всех исследуемых имелись признаки гиперлипидемии, преимущественно – II а тип. Процедуры плазмафереза позволили удалить из плазмы крови больных значительную долю атерогенных классов липидов. Уровень ОХС после 1-го сеанса ПФ снизился на 25 % ($p<0,05$) от исходного. На 3-и сутки после курса ПФ уровень ОХС составил 4,3±0,28 ммоль/л, оказавшись на 37,7 % ниже исходного. Наблюдения за данной группой больных свидетельствовали, что через 1 месяц холестерин начинал повышаться, однако через 3 месяца оказался ниже исходного значения.

Концентрация холестерина ЛПНП под влиянием 3-х сеансов лечебного ПФ снизилась на 48,1% ($p<0,05$) от первоначальных значений, достигнув минимального уровня на 12 день наблюдения. Достоверно сниженные показатели ХС ЛПНП от исходного сохранялись до 3-х месяцев наблюдения, возвращаясь затем к первоначальным значениям.

Низкие значения триглицеридов, достигнутые после сеансов ПФ сохранились вплоть до трех месяцев наблюдения, вернулись к исходным через 6 месяцев. Исходно сниженные концентрации ХС ЛПВП непосредственно после сеансов лечебного ПФ снизились, а затем имели тенденцию к повышению, достигнув максимальных значений через 3 месяца после ПФ. Через 12 месяцев содержание ХС ЛПВП достоверно от исходных значений не отличалось.

Соотношения ОХС/ХС ЛПВП и ХС ЛПНП/ЛПВП после курса ПФ значительно снизились, имели минимальные значения через 12 дней. Через 3 месяца наблюдения отмечено их возрастание, однако, достижения исходных величин и к концу 12 месячного наблюдения не произошло.

Динамика липидного спектра плазмы крови на фоне плазмафереза указывает, что данный метод позволяет «агрессивно» корригировать имеющиеся нарушения липидного обмена у больных с МС. Эффект коррекции достигается быстро и держится до 3 месяцев. По мнению ряда авторов, последующее увеличение холестерина в плазме, вероятно, связано с увеличением выхода его медленно обменивающейся фракции из тканей и "компенсаторным" повышением его всасывания из кишечника [7, 9]. После обмена части объема циркулирующей плазмы в организме возникает мощный рефлекс экстренного восстановления циркулирующего объема за счет тканевых резервов и в результате этого развивается активное дренирование интерстиция, благодаря которому ткани освобождаются от эндотоксинов. Этим можно объяснить повторное возрастание их содержания через определенное время [1, 7]. Они удаляются при последующих процедурах ПФ, а через 3-4 процедуры происходит постепенное затухание этого процесса. Медленно диффундирующие

компоненты как холестерин, липопротеиды за время ПФ не успевают восполнить потери и их концентрация в крови снижается. Снижение в крови уровня липидов становится фактором привлечения этих компонентов из окружающих тканей и, в первую очередь, из кровеносных сосудов, непосредственно контактирующих с кровью. При этом воздействие осуществляется на всю сосудистую систему, включая артериолы и капилляры. Этот механизм, вероятно, лежит в основе отсроченного продолжительного воздействия ПФ у больных МС. Возникающая таким образом диффузия холестерина и липопротеидов может способствовать регрессии атеросклеротического процесса [3, 7]. По нашим данным, достоверное снижение уровня общего холестерина, триглицеридов, холестерина ЛПНП обнаружено у больных МС и через 3-6 месяцев после плазмафереза.

На фоне сеансов ПФ отмечено значительное снижение величины индекса агрегации эритроцитов при одновременном повышении показателя деформируемости эритроцитов. Достигнутый эффект сохранился до 6 месяцев и более. Факторами, влияющими на агрегационные свойства эритроцитов, являются липидный состав плазмы, липидно-фосфолипидный состав мембраны и концентрация фибриногена [2].

Функциональная активность тромбоцитов в случае исходного их повышения после сеансов ПФ снижалась. Наиболее значимые сдвиги произошли после 1-го сеанса ПФ. Возврат к исходным значениям ИАТ произошел через 1 месяц, а величина АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов через 3 месяца достоверно не отличалась от исходного. Параллельно после первого же сеанса резко снизилось количество -тромбоглобулина, его восстановление шло аналогично показателям агрегационных свойств тромбоцитов.

Процедуры плазмафереза привели к снижению уровня фибриногена до 50,3 % ($p<0,05$) от исходного уровня. Достоверно низкие значения сохранялись в среднем спустя 2 недели после ПФ с дальнейшим постепенным восстановлением до исходного уровня. Показатели вязкости крови, значительно сниженные после ПФ, оставались низкими спустя 1 месяц после ПФ, а вязкости плазмы - до 2 недель. Максимальные значения фибринолитической активности крови отмечены после третьего сеанса ПФ.

Изменения функциональной активности тромбоцитов после ПФ могут быть связаны с механическим уменьшением количества кровяных пластинок в циркулирующей крови, а затем "компенсаторным" омоложением их состава. Уменьшение количества грубодисперсных белков, фибриногена и других плазменных компонентов свертывания крови являются факторами улучшения тромбоцитарного гемостаза [1,2]. Изменения агрегационной активности эритроцитов и тромбоцитов также могут быть обусловлены

кратковременным деплазмированием и "отмыванием" клеточных элементов в экстракорпоральном контуре от сорбированных на их поверхности высокомолекулярных веществ, что приводит к увеличению отрицательного поверхностного заряда и сил взаимного отталкивания. На агрегацию форменных элементов влияют и плазмозамещающие растворы, выстилая тонким слоем поверхность эндотелия сосудов и форменных элементов крови, увеличивая отрицательный заряд их поверхности, приводящий к усилению процесса отталкивания форменных элементов друг от друга и от сосудистой стенки [3, 7].

Выводы

1. Процедуры плазмафереза в комплексной терапии больных с МС способствуют коррекции имеющихся нарушении липидного профиля плазмы крови, восстанавливает функциональное состояние тромбоцитов и эритроцитов, реологические показатели крови.

2. Критериями для отбора контингента больных с МС, нуждающихся в целенаправленной терапии методом плазмафереза могут служить наряду с показателями липидного профиля плазмы крови и агрегационные свойства тромбоцитов и эритроцитов, реологические показатели. Для оценки эффективности терапии необходимо ориентироваться на динамику данных параметров.

3. Для поддержания достигнутого плазмаферезом эффекта в схему комплексного лечения больных МС с исходным высоким уровнем атерогенных липидов и нарушением гемостаза, после сеансов ПФ рекомендуется включить прием гиполипидемических препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воинов В.А. Актуальные проблемы эфферентной терапии // Материалы научно-практической конференции.- Санкт-Петербург, 1997.- С. 12-14.
2. Задионченко В.С., Багатырова К.М., Кузнецова Е.И., Ибрагимова В.В. Возможности лечебной коррекции нарушений тромбоцитарно-сосудистого гемостаза и реологии крови у больных ишемической болезнью сердца // Кардиология.- 1996.- Т.36, № 5. - С. 22-26.
3. Кухарчук В.В.,Коновалов Г.А., Бакчубаев Э.И. и др. Плазмосорбция липопротеидов низкой плотности на колонках с моноклональными антителами у больных с наследственной гиперхолестеринемией // Проблемы атеросклероза. М., 1991.- С. 125-138.
4. Мартынов А.И., Шахов Ю. А., Арутюнов Г.П. Лечение атеросклероза: направление исследований и клинические вопросы // Клин. фармакология и терапия.- 1997.- Т. 6, № 2.- С. 1-4.
5. Оганов, Р.Г. Вклад сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в здоровье населения России //Сердце.-2003.-№2.-С.4-12.
6. Оганов Р.Г. Факторы риска атеросклероза и ИБС. Вопросы профилактики // Болезни сердца и сосудов - М., 1992 .- Т. II. - С. 155-178.

7. Постников А.А. Пути оптимизации и механизмы лечебной эффективности плазмафереза. // Автореферат дисс. д.м.н. М., 1993.- 40 с.
8. Чазов Е.И. Пути повышения эффективности лечения больных ИБС // Тер. архив, 1997.- № 9.- С. 5-10.
9. Kroon A.A., Aengevaeren W.R.M., van der Werf T. et al. LDL-apheresis atherosclerosis regression study (LAAR). Effect of aggressive versus conventional lipid lowering treatment on coronary athero-sclerosis // Circulation.-1996.-N93.- P.1826-1835.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Гильмутдинова Лира Талгатовна - д.м.н., профессор, зав.кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Янтурина Неля Хатмулловна - к.м.н., зав. отделением гематологии ГКБ №13 г.Уфы, соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Юсупова Раиса Мансуровна - к.м.н., соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Багаутдинов Азат Ахатович - соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

УДК 616.37-002.1-089.168.1:615.83.03

© Р.Г. Яппаров, А.Р.Гильмутдинов, Л.Т. Гильмутдинова, А.Г.Хасанов, Л.С.Минеева, Ф.Ф.Усманов, 2013

Р.Г. ЯППАРОВ, А.Р.ГИЛЬМУТДИНОВ, Л.Т. ГИЛЬМУТДИНОВА, А.Г.ХАСАНОВ, Л.С.МИНЕЕВА, Ф.Ф.УСМАНОВ

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПАНКРЕОНЕКРОЗА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Башкирский государственный медицинский университет,
НИИ восстановительной медицины и курортологии, Уфа
Санаторий «Юматово», РБ

Резюме. *Представлены данные по медицинской реабилитации 76 больных, оперированных по поводу острого панкреонекроза в условиях санатория. Показано, что курс реабилитации с применением питьевых минеральных вод, грязевых аппликации и процедур магнитотерапии приводят к регрессу послеоперационных клинических симптомов, улучшению иммунологических показателей и качества жизни.*

Ключевые слова: *панкреонекроз, реабилитация, санаторные факторы, иммунологические показатели, качество жизни*

R.G.YAPPAROV, A.R. GILMUTDINOV, L.T. GILMUTDINOVA, A.G.CHASANOV, L.S.MINEEVA, F.F.USMANOV

MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS UNDERGOING SURGERY FOR BENIGN PANCREATIC NECROSIS IN THE CONDITIONS OF SANATORIUM

Bashkir State Medical University,
Research Institute of rehabilitation medicine and balneology, Ufa
Sanatorium «Jumatovo»

Abstract. *Presents data on the medical rehabilitation of 76 patients operated on for acute pancreatic necrosis in the conditions of sanatorium. It is shown that the course of rehabilitation with the use of drinking mineral waters, mud applications and procedures magnetotherapy lead to regression of postoperative clinical symptoms, improve immunological parameters and quality of life.*

Keywords: *pankreonekros, rehabilitation, sanatorium factors, immunologic parameters, quality of life*

В последнее десятилетие отмечается рост частоты больных, оперированных по поводу панкреонекроза, что связано с влиянием образа жизни и вредных привычек, рациона питания [1, 2]. У оперированных больных, послеоперационный период характеризуется расстройствами, которые во многом определяются нарушениями функционального состояния органов гепато- панкреато-дуоденальной зоны в дооперационном периоде, проявляются болевым, диспепсическим, астеноневротическим синдромами, нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, иммунного статуса [3]. Учитывая высокую распространенность данной патологии у лиц трудоспособного возраста, своевременная коррекция послеоперационных нарушений является актуальной, в чем особую значимость имеет санаторное восстановительное лечение с применением природных и преформированных лечебных физических факторов, рационального лечебного питания.

Цель исследования: оценка эффективности медицинской реабилитации больных, оперированных по поводу панкреонекроза в условиях санатория.

Материал и методы. Наблюдения проведены у 102 больных, оперированных по поводу панкреонекроза в клиниках Башгосмедуниверситета, 76 из них проходили постстационарное долечивание в условиях санатория «Юматово» Республики Башкортостан.

В зависимости от проводимой терапии больные разделены на группы. 1-я группа больных (26) получала комплекс санаторного лечения с включением лечебного питания, режима, климатотерапии, лечебной гимнастики и физкультуры, сеансов психотерапии, приема маломинерализованной гидрокарбонатной сульфатно- кальциевой минеральной воды (М2,4г/л). В программу санаторного лечения 2-й группы больных(25) дополнительно включены грязевые процедуры с использованием привозных сапропелей санатория «Якты-куль». Питьевой режим минеральных вод зависел от секреторно-моторной, эвакуаторной функции системы пищеварения и состоял из приема 200- 250 мл минеральной воды до еды три раза в день в течение 18-24 дней. Пелоидотерапия проводилась в виде аппликации грязей на рефлексогенные зоны –на шейно-воротниковую область при температуре 38-39˚С через день, 8-10 процедур на курс. Больным третьей группы (25) назначали сеансы магнитотерапии с использованием ПеМП частотой 50 Гц синусоидальной формы в непрерывном режиме при магнитной индукции 17,5 мТл через день, 8-10 процедур на курс [4, 5]. Группу сравнения составили 26 больных, которые санаторное лечение не получали. Всем больным проводилось комплексное обследование с анализом клинических,

лабораторных, иммунологических и инструментальных данных при поступлении и при выписке из санатория.

Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с помощью биометрических методов анализа с использованием пакета стандартных статистических программ «Statistika for Windows». Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. При опросе оперированных больных выявлено, что ведущими этиологическими факторами в развитии панкреонекроза явились алкогольный эксцесс и пищевая нагрузка. Послеоперационный период у большинства больных протекал с нарушением моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, проявляющийся синдромом желудочной и кишечной диспепсии. Признаки желудочной диспепсии в виде тошноты, отрыжки воздухом или пищей отмечали 51,2% больных. Синдром кишечной диспепсии в виде метеоризма наблюдались у 22%, запоров – у 13% и диареи – у 8,8% больных. Практически у всех больных наблюдался астеноневротический синдром, характеризующийся слабостью, головной болью, повышенной утомляемостью.

В послеоперационном периоде для большинства оперированных больных характерными оказались нарушения иммунного статуса в виде повышенных значений иммуноглобулинов в крови: IgA – на 74,8% ($p<0,001$), IgG – на 19,4% ($p<0,001$), IgM – на 23,6% от уровня здоровых при превышении ЦИК на 59,7% ($p<0,01$). Цитокиновый статус крови характеризовался наибольшими изменениями противовоспалительных цитокинов: возрастанием ИЛ-1β – на 70,8%, ИЛ-6 – на 53,0%, ФНО-α – на 61,1%, при снижении противовоспалительных – ИЛ-4 в 1,9 раза, ИЛ-10 – в 1,7 раза от уровня контроля ($p<0,01$). Такие результаты свидетельствуют, что в раннем послеоперационном периоде у больных имеются иммунологические изменения в виде напряженности гуморального звена и дисбаланса цитокинового профиля.

На фоне санаторной реабилитации с применением минеральных вод (МВ), грязевых процедур и сеансов магнитотерапии отмечено улучшение иммунологических показателей. Наиболее выраженные сдвиги параметров выявлены у больных 2-й и 3-й групп, которые получали пелоидотерапию и процедуры ПеМП. У больных 2-й группы лечебный комплекс с МВ в сочетании с грязевыми процедурами способствовал снижению IgM на 19% ($p<0,01$), IgA на 29 % ($p<0,01$), Ig G на 14 %, ЦИК на 35% ($p<0,01$) от исходных значений с приближением к уровню здоровых. При этом выявлено значимое снижение провоспалительных цитокинов- ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α ($p<0,01$), при возрастании противовоспалительных - ИЛ-4 на 81%, ИЛ-10 – на 42% ($p<0,01$) от исходных значений. У

пациентов 3–й группы изменения иммунологических показателей более существенны в сравнении с больными 1-й и 2-й групп при наличии достоверной разницы с группой сравнения. У больных, не получавших санаторную реабилитацию, динамика иммунологических показателей незначима (табл.1.). Такие данные свидетельствуют, что санаторное лечение оказывает иммуномодулирующее действие, при отсутствии таковых у лиц, не получавших санаторную терапию.

Показатели неспецифической резистентности на фоне санаторной терапии имеют тенденцию к нормализации в отличие от больных, не получавших санаторную реабилитацию. Выявлена активация системы фагоцитоза, с возрастанием ФП на 28,1%(p<0,01), ФЧ –на 19,7%(p<0,01) от исходных значений.

Таблица 1

Влияние санаторной терапии на цитокиновый профиль крови больных, оперированных по поводу панкреонекроза (M±m)

Показатели	Контроль (здоровые) n=25	Больные панкреонекрозом		
			До курса	После курса реабилитации
ИЛ-1β, пг/мл	425,9±20,78	а	727,64±28,12	429,69±28,40 ᵒ°
		б	726,72±31,15	651,14±28,22
ИЛ-6, пг/мл	199,01±12,70	а	305,12±13,03	211,05±10,31 ᵒ°
		б	305,22± 9,13	278,49±10,33
ФНО-α, пг/мл	294,63±13,73	а	474,56±17,60	304,71±15,09 ᵒ°
		б	473,63±17,35	460,19±10,07
ИЛ-4, пг/мл	190,90±12,27	а	98,65±8,33	183,82±9,12 ᵒ°
		б	97,45±4,43	101,27±9,12
ИЛ-10, пг/мл	102,42±6,78	а	59,32±4,09	92,14±4,02 ᵒ°
		б	58,28±5,12	61,84±5,06

ᵒ - значимость различий показателей до и после курса реабилитации, °- между группами, p<0,05; а- основная группа (санаторий), n=25; б- группа сравнения, n=26

После выписки больных из стационара результаты анкетирования показали, что у них имеется ограничение повседневной деятельности, болевые ощущения, меньшая социальная активность. Санаторная терапия способствовала значительному снижению интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале, существенному уменьшению проявлений вегетативной дисфункции с восстановлением сна, а также исчезновению

диспептических расстройств у обследованных. Санаторное восстановительное лечение способствовало возрастанию уровня качества жизни по основным шкалам общего здоровья, физического, ролевого функционирования и энергичности, субъективному улучшению состояния больных (табл.2.).

Таблица 2

Влияние санаторной реабилитации больных, оперированных по поводупанкреонекроза на показатели качества жизни (SF-36) (n = 76)

Показатели Шкалы SF-36	до курса	после курса реабилитации
Физическое функционирование (PF)	66,2 + 1,9	72,7 + 3,7 ᵒ
Физическо-ролевое функционирование (RP)	43,5 + 1,2	51,2 + 2,1
Физическая боль (BP)	50,3 + 2,1	69,4 + 1,7 ᵒ
Общее здоровье (GH)	54,8 + 2,4	69,4 + 2,1 ᵒ
Жизненная сила (VT)	55,5 + 2,0	64,1 + 2,1 ᵒ
Социальное функционирование (SF)	55,0 + 2,2	71,9 + 2,6 ᵒ
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	50,4 + 2,5	68,0 + 2,8 ᵒ
Ментальное здоровье (MH)	59,2 + 3,0	70,5 + 2,2 ᵒ
Интенсивность боли (ВАШ)	4,8±0,6	2,2±0,5 ᵒ

ᵒ - значимость различий показателей до и после курса реабилитации

Следовательно, медицинская реабилитация больных, перенесших операции по поводу панкреонекроза в условиях санатория непосредственно в постстационарный период является высокоэффективным, способствует восстановлению иммунологической реактивности оперированных, существенно улучшает клиническое состояние и качество жизни, что показывает целесообразность направления больных данной категории на санаторное долечивание.

Лечебный эффект санаторной терапии основан на возрастании адаптационного потенциала организма. Известно, что минеральные воды и лечебные грязи улучшают окислительно-восстановительные и метаболические процессы, обладают противовоспалительной активностью и иммуномодулирующими свойствами [5]. Под их влиянием активизируются системы гуморальной защиты организма, включая иммунную,

антиоксидантную, протеазоингибиторную, что способствует нормализации и нейрогуморальной регуляции функции органов желудочно-кишечного тракта[5, 6].

Выводы.

1. Иммунологический статус оперированных по поводу панкреонекроза больных при поступлении на санаторный этап реабилитации характеризуется изменениями иммунной системы в виде напряженности гуморального звена с увеличением иммуноглобулинов А, М, G и ЦИК, дисбаланса цитокинового профиля с гиперпродукцией провоспалительных и депрессией противовоспалительных цитокинов.
2. Санаторное восстановительное лечение с применением питьевой минеральной воды, аппликации грязей на рефлексогенные зоны и ПеМП больных, перенесших панкреонекроз, способствует восстановлению иммунологической реактивности со снижением уровня ЦИК, иммуноглобулинов А, М, G, провоспалительных цитокинов на фоне возрастания противовоспалительных, с существенным улучшением клинического состояния и показателей качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверкиев, В.Л. Изменения некоторых иммунологических показателей при панкреонекрозе и их коррекция /В.Л.Аверкиев, В.С.Тарасенко, Т.В. Латышева и [др].//Хирургия.-2003.-№5.-С.31-34.
2. Гильмутдинова, Л.Т. Реабилитация и комплексное лечение больных в кумысолечебном санатории «Юматово» /под ред. Л.Т. Гильмутдиновой: изд-во ООО «ЛИК-ТМ».-Уфа, 2004.-162с.
3. Кузнецов, Н.А. Пути улучшения результатов лечения больных панкреонекрозом /Н.А.Кузнецов, Г.В. Родомин, Т.И. Шалаева и [др].//Хирургия.-2008.-№5.-С.40-45.
4. Лазебник, Л.Б. Иммунная система и болезни органов пищеварения / Л.Б. Лазебник, Т.М. Царегородцева, А.И. Парфенов // Тер. архив. - 2004. -№ 1. -С. 5-8.
5. Пономаренко, Г.Н. Принципы доказательной медицины в физиотерапии
6. Филимонов, Р.М. Физиотерапевтические факторы лечения панкреатитов / Р.М. Филимонов, С.Г.Сопова //Новое медицинское оборудование.-2007.-№4.-С.14-17.
7. Филимонов, М.И. Оценка качества жизни больных, перенесших панкреонекроз /М.И. Филимонов, С.З. Бурневич, Ю.Н. Игнатенко // Анналы хирургии.-2004.-№3.-С.26-29.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Яппаров Рафаэль Галеевич - соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Гильмутдинов Айдар Рашитович - д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Гильмутдинова Лира Талгатовна - д.м.н., профессор, зав.кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Минеева Люция Салаватовна - к.м.н., зав. отделением ГУП санаторий «Юматово»; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

УДК 615.838.015.2:615.825].03:616.33-089.168

© А.Р. Гильмутдинов, Ф.Ф.Усманов, Л.Т. Гильмутдинова, К.С. Ямалетдинов, А.Ф.Кунафин, 2013

А.Р. ГИЛЬМУТДИНОВ, Ф.Ф.УСМАНОВ, Л.Т. ГИЛЬМУТДИНОВА, К.С. ЯМАЛЕТДИНОВ, А.Ф.КУНАФИН

ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Башкирский государственный медицинский университет
НИИ восстановительной медицины и курортологии, Уфа
ГУП санаторий «Танып», РБ

Резюме. *Представлены результаты санаторной терапии 68 больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. У больных основной группы применялась питьевая слабоминерализованная гидрокарбонатная сульфатная кальциево-магниевая вода. Курс санаторной терапии привел к регрессу клинических симптомов у 74%, симптомов воспаления-у 52% , улучшению функции кардии у 78% больных основной группы.*

Ключевые слова: *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, реабилитация, минеральная вода*

A.R. GILMUTDINOV, F.F. USMANOV, L.T. GILMUTDINOVA, K.S.YAMALETDINOV, A.F.KUNAFIN

THERAPY OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE SANATORIUM

Bashkir State Medical University
Research Institute of rehabilitation medicine and balneology, Ufa
Sanatorium «Tanip»

Abstract. *Presents the results of a sanatorium therapy of 68 patients with gastroesophageal reflux disease. The patients of the main group applied drinking low-mineralized hydrocarbonate sulphate calcium magnesium water. Course sanatorium therapy led to the regress of clinical symptoms in 74%, symptoms of inflammation- 52%, improves the function of the cardia 78% patients of main group.*

Keywords: *gastroesophageal reflux disease, rehabilitation, mineral water*

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) по своей частоте, возможным тяжелым клиническим проявлениям и последствиям признана ведущим заболеванием пищеварительной системы. Симптомы ГЭРБ выявляются при тщательном опросе у 20-40% взрослого населения, а морфологические признаки, то есть рефлюкс-эзофагит—более, чем у 10% лиц, которым проводили эндоскопическое исследование [5, 6, 8]. Диагностировать ГЭРБ позволяют типичные симптомы - изжога и регургитация. Побочные действия, вызываемые основными препаратами для лечения кислотозависимых заболеваний, не позволяют переоценить актуальность поисков немедикаментозных методов лечения указанной патологии[2, 3, 4].

Многочисленными исследованиями доказано, что питьевые минеральные воды обладают многообразным действием на организм, дифференцированно и целенаправленно воздействуют на различные звенья патогенеза заболевания, повышают адаптивные и резервные возможности организма при минимальном риске развития побочных аллергических реакций. Кроме того, имеются минеральные воды с повышенным содержанием того или иного иона, что априорно предполагает наличие определенных специфических эффектов. Известно, что ионы магния и кальция оказывают антиспастическое действие на желудок, стимулируют перистальтику желудочно-кишечного тракта, воздействуя на кишечные пептиды, повышают экскрецию желчи[3, 4].

Цель исследования: оценка эффективности санаторной терапии больных с неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с применением питьевой минеральной воды Казанчинская.

Материал и методы. Нами наблюдались 68 пациентов, страдающих неэрозивной формой ГЭРБ в возрасте от 19 до 49 лет с длительностью заболевания от 6 месяцев до 7 лет, находящихся в клиниках БГМУ и в санаторий «Танып» РБ в период 2009-2012гг.

Функциональное состояние пищевода изучалось рентгенологическим исследованием с использованием приемов, направленных на выявление заброса контраста в пищевод (натуживание, покашливание, компрессия живота, исследование с пробой Вальсальвы, положение Тренделенбурга, наклоны вперед в вертикальном положении).

Эндоскопическое исследование пищевода проводилось с помощью эзофагогастродуоденоскопа фирмы «Олимпус», тип «Gif-2» (Япония) с оценкой состояния слизистой оболочки пищевода, наличия эрозий, язв.

pH - мониторирование проводилось на аппарате «Гастроскан 24» (Россия), при графической непрерывной регистрации pH.

В зависимости от проводимой санаторной терапии больные разделены на группы**. У п**ервой группы пациентов (36 чел) использовался лечебный комплекс на основе гидрокарбонатной сульфатной кальциевой минеральной воды Казанчинская (М 1,44 г/л) по 150-250 мл. за 45-60 мин. до еды к базовому комплексу. Больные второй (контрольной) группы (32 чел) принимали базовый санаторный комплекс. Базовый комплекс состоял из утренней гимнастики, лечебной физкультуры, терренкура, массажа и медикаментозной терапии по показаниям.

Полученные данные обработаны методом вариационной статистики. Достоверность определяли по критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Все больные до санаторной терапии предъявляли жалобы на изжогу, 83% больных отмечали отрыжки, 59% - срыгивание после еды. Чувство дискомфорта, тяжесть и распирание в эпигастрии после еды отмечено у 85% больных. На загрудинные боли предъявляли жалобы 74% больных, на чувство нехватки воздуха после еды отмечали 15% пациентов.

Из объективных данных следует отметить болезненность при пальпации высоко в подложечной области у 77% больных, а также зоны кожной гиперестезии на уровне Th_6 – Th_{10}. При рентгенологическом исследовании пищевода у всех больных выявлена недостаточность кардии. При исследовании функционального состояния пищевода методом pH мониторирования у 79% больных выявлены «кислые» рефлюксы в пищевод, у остальных имели место как «кислые» так и «щелочные» рефлюксы. В среднем по группе индекс рефлюксов составил 8±1,2.

У всех наблюдаемых нами больных эндоскопическая картина соответствовала эзофагиту I степени по классификации H. Bassett (1980). Выявлено повышение амилолитической активности крови до 9,48 ± 0,5 г/час.л.(норма 7,06 ± 0,3 г/час.л, $p < 0,05$).

Курс санаторной терапии с применением комплексов на основе питьевой МВ, способствовал позитивной динамике в клинической картине заболевания, что подтверждалось данными лабораторных и инструментальных методов исследования.

Отмечен регресс объективных признаков заболевания, исчезновение болезненности при пальпации в эпигастрии у 74% пациентов I группы, в контрольной группе аналогичные изменения отмечались у 31% наблюдаемых.

Выявлено исчезновение признаков воспаления в пищеводе при ЭГДС отмечалось у 52% больных 1-й группы. У них выявлено исчезновение или значительное уменьшение отека и гиперемии слизистой оболочки. Улучшилась также функция кардии: у 78% пациентов 1-й группы к концу санаторного лечения не отмечалось недостаточности кардии. В контрольной

группе уменьшение гиперемии и отека слизистой оболочки пищевода имело место у 35% пациентов.

По данным pH-мониторирования, у больных 1-й группы прием 150 -250 мл минеральной воды способствовал снижению индекса рефлюксов, как гастроэзофагеального, так и дуоденогастрального в 2 раза. В контрольной группе значительного снижения количества рефлюксов после однократного приема воды отмечено не было.

Установлено, что эффективность применения слабоминерализованной гидрокарбонатной сульфатной магниево-кальциевой воды у больных неэрозивной ГЭРБ является результатом улучшения функционального состояния нижнего пищеводного сфинктера (снижение индекса рефлюкса в 2 раза), противовоспалительного эффекта, восстановления ваго-симпатического баланса. Установленные механизмы терапевтического действия явились основой для определения дифференцированных показаний к применению минеральной воды Казанчинская при ГЭРБ.

Известно, что одним из главных нейротрасмиттеров, участвующих в регуляции нижнего пищеводного сфинктера (НПС) является вазоактивный интестинальный полипептид (ВИП). Известно также влияние минеральных вод на выработку ВИП. Снижение количества преходящих расслаблений НПС, играющих ключевую роль в патогенезе ГЭРБ, в результате курсового приема минеральной воды «Казанчинская», возможно связано с их влиянием на выработку ВИП, то есть на нейрогуморальную регуляцию НПС. Кроме того, оказанный курсовым приемом минеральной воды противовоспалительный эффект способствовал уменьшению клинических проявлений ГЭРБ и снижению степени патологической импульсации из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

На фоне санаторной терапии отмечено достоверное снижение амилолитической активности крови у больных I-й группы с 8,1±0,40 до 6,4±0,38 г/час.л ($p<0,05$).

При оценке отдаленных результатов санаторной терапии через 6 месяцев установлено, что у больных 1-й группы положительная динамика после курса терапии оказалось более стойкой: у 72% больных отсутствовали жалобы на изжогу, при наличии рецидива жалоб у остальных больных.

Выводы

1. Курс санаторной терапии с применением минеральной воды Казанчинская у больных ГЭРБ I степени способствует улучшению функционального состояния нижнего пищеводного сфинктера с достоверным уменьшением индекса рефлюкса, оказывает выраженное противовоспалительное действие с исчезновением и достоверным уменьшением воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода.

2. Позитивный эффект курса санаторной терапии с применением гидрокарбонатной сульфатной кальциевой МВ Казанчинская у больных неэрозивной ГЭРБ сохраняется в течение шести месяцев. Для более длительной ремиссии заболевания рекомендуется повторный курс санаторной терапии с применением минеральной воды Казанчинская через шесть месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин, Л.И. Качество заживления гастродуоденальных язв: функциональная морфология, роль методов патогенетической терапии / Л. И. Аруин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2006. - №5. -С. 40 - 49.
2. Ахмедов, В. А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь после антигеликобактерной терапии: миф или реальность? / В.А. Ахмедов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2003. -№1. - С. 80-81.
3. Барановский, А.Ю. Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача / А.Ю. Барановский. СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2001. -416 с.
4. Гильмутдинова Л.Т. Организация санаторно-курортной помощи в санаторий «Танып» /под ред.Л.Т.Гильмутдиновой. Уфа: ООО «Браво Пресс», 2010.-102с.
5. Ивашкин В. Т., Трухманов А. С. Болезни пищевода. Патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение. - М., 2000.
6. Кубышкин В. А., Корняк Б. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. - М., 1999.
7. Лазебник Л. Б., Бордин Д. С., Машарова А. А. и др. // Экспер. и клин. гастроэнтерол. — 2010.- № 6. - С. 70-76.
8. Циммерман Я. С. Клиническая гастроэнтерология. - М., 2009.
9. Katz P. O. // Clin. Gastroenterol. - 2001.-Vol. 33.- P. 107-113.
10. Wang W., Huang I., Zheng G. et al. // Arch. Intern. Med.- 2005. -Vol. 165.- P. 1222-1228.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Гильмутдинов Айдар Рашитович - д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru **Усманов Фларит Фоатович** - соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Гильмутдинова Лира Талгатовна - д.м.н., профессор, зав.кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, Уфа-Центр, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Ямалетдинов Кашшаф Сайфитович – к.б.н. директор ГУП санаторий «Танып»; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Кунафин Азат Фанирович - соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

УДК 616.62-003.7:616.61-089.879.168.1-06-002-08-059

© Б.Р. Гильмутдинов, А.Р. Гильмутдинов, Д.Р.Исеева, 2013

Б.Р. ГИЛЬМУТДИНОВ, А.Р. ГИЛЬМУТДИНОВ, Д.Р.ИСЕЕВА

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Башкирский государственный медицинский университет,
НИИ восстановительной медицины и курортологии, г.Уфа

Резюме. *Изучено влияние физиотерапевтических технологии- биоэлектро- и акустикомагнитотерапии на клинико-функциональные параметры 114 больных с мочекаменной болезнью после ударно-волновой дистанционной литотрипсии. Показано, что курсы биоэлектро- и акустикомагнитотерапии значимо ускоряют сроки отхождения фрагментов дезинтегрированных конкрементов, улучшают параметры качества жизни, имеют отдаленный позитивный результат, повышает эффективность реабилитационных мероприятий с пролонгированием достигнутого уровня клинико-функциональных параметров.*

Ключевые слова: *мочекаменная болезнь, ударно-волновая дистанционная литотрипсия, реабилитация, физиотерапия.*

B.R. GILMUTDINOV, A.R. GILMUTDINOV, D.R.ISEEVA

PHYSIOTHERAPEUTIC TECHNOLOGIES IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH UROLITHIASIS AFTER EXTRACORPORAL SHOCK-WAVE LITHOTRIPSY

Bashkir State Medical University
Research Institute of rehabilitation medicine and balneology, Ufa

Abstract. *We studied the influence of physiotherapeutic technologies - bioelectro - and acusticomagnetic therapy on clinical and functional parameters of the 114 patients with urolithiasis after shock-wave extracorporal shock-wave lithotripsy. It is shown that the courses bioelectro - and acusticomagnetic therapy significantly accelerate the timing of discharge of fragments disintegrated concrements, improve the quality of life parameters longer have a positive result, increases the efficiency of rehabilitation measures with prolongirovaniem of the achieved level of clinical and functional parameters.*

Key words: *urolithiasis, shock-wave remote lithotripsy, rehabilitation, physiotherapy.*

Внедрение в урологическую практику метода дистанционной ударно-волновой литотрипсии принципиально изменило подходы к лечению мочекаменной болезни, открыло новые перспективы снижения заболеваемости и инвалидности. Конечный успех литотрипсии определяется мерами, направленными на ускорение отхождения фрагментов разрушенных камней, а также на профилактику рецидивов заболевания[4,5].

Однако до сих пор нет единого мнения в отношении целесообразности и эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий после удаления конкрементов [3,7].

Учитывая высокую распространенность МКБ у лиц трудоспособного возраста, широкое применение при этом ударно-волновой литотрипсии, своевременная коррекция имеющихся нарушений в послеоперационном периоде является актуальной, в чем особую значимость имеет медикаментозная терапия, применение природных и преформированных лечебных физических факторов. Практически не изученной остается возможность и эффективность реабилитации больных после ДУВЛТ с применением методов аппаратной физиотерапии - биоэлектро- и акустикомагнитотерапии [9, 10, 11].

Целью исследования явилась оценка эффективности комплексов медицинской реабилитации больных с мочекаменной болезнью после ударно-волновой дистанционной литотрипсии с применением физиотерапевтических технологии.

Материал и методы. Наблюдения проведены у 114 больных с камнями почек, которые находились на лечении в клиниках БГМУ-МУЗ больница №8 г.Уфы, подвергнутых дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Возраст больных колебался от 17 лет до 73 лет, мужчин - 60 (53,5%), женщин -54 (46,5%). Одностороннее поражение МКБ выявлено у 98, двустороннее - у 16 больных. Количество камней в правой почке составило 57% от общего количества конкрементов, в левой почке - 43%. Всем больным хирургическая помощь оказана в плановом порядке. Большая часть больных имела давность заболевания от 1 года до 5 лет.

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию (ДУВЛТ) осуществляли на литотрипторе «Модулит SLX - F2» фирмы «STORZ Medical» (Швейцария). Ультразвуковое исследование почек и верхних мочевых путей, мочевого пузыря проводили на аппарате Aloka 1700 (Япония). Обзорную и экскреторную урографию, обзорную рентгенограмму почек осуществляли на аппарате Siemens Multics Pro (Германия). Исследование анализов мочи и крови проводили по общепринятым методам.

Методом простой рандомизации больные разделены на 3 группы в зависимости от проводимого реабилитационного лечения. Больным 1-й группы (39 чел.) к базовой терапии назначались процедуры акустикомагнитотерапии на область пораженной почки. В реабилитации больных 2-й группы (39 чел.) использовался лечебный комплекс, состоящий из базового комплекса и биоэлектромагнитотерапии на область пораженной почки. Больные 3-й группы (группа сравнения, 36 чел.) получали базовую терапию, которая включала диетическое питание, лечебную гимнастику и физкультуру, медикаментозную терапию по показаниям (спазмолитические препараты, уроантисептики).

Биоэлектромагнитную терапию (Бемер-терапию) проводили переменным низкочастотным электромагнитным полем на область проекции пораженных почек от аппарата «Бемер-3000» контактно, с 2-х полей, интенсивным аппликатором, в режиме-1 (2-4 ступени) по 8 минут, частотой переменного электрического поля 30-1000 Гц, интенсивностью магнитного поля 8,5 - 100 мкТл. Курс состоял из 10 ежедневных процедур, начиная с 2-го дня после оперативного вмешательства - ДУВЛТ [2, 9, 11].

Акустикомагнитотерапия на область проекции пораженных почек проводилась с 2-х полей от аппарата «Магафон» контактно, стабильно, при частоте инфразвукового излучения до 20 кГц, интенсивность индукции импульсного магнитного поля-30 МТл, по 10-15 мин., 10 процедур на курс, ежедневно, начиная с 2-го дня после ДУВЛТ [2, 9, 11].

Очищение мочевыводящих путей от фрагментов дезинтегрированных конкрементов оценивали на 3-5-7, 14 и 28-е сутки ультразвуковым исследованием и рентгенологическими методами.

Группы больных были сопоставимы по исходным клиническим, биохимическим параметрам, видам выполненных оперативных вмешательств. Обследование больных проводилось при поступлении, на следующий день после ДУВЛТ, на 3-5-7, 14, 28 дни после ДУВЛТ, через 6 и 12 месяцев. Об эффективности проводимой реабилитации судили по динамике клинико-функциональных параметров.

Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с помощью биометрических методов анализа с использованием пакета стандартных статистических программ «Statistika for Windows». Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Одностороннее поражение МКБ выявлено у 98 из 114 больных, двустороннее - у 16 больных, с локализацией камней в правой почке - у 57% от общего количества конкрементов, в левой почке - у 43%. У всех больных, перенесших ДУВЛТ, диагностированы камни до 15 мм (от 6 до 15 мм), что являются наиболее

благоприятными для дистанционной литотрипсии.

В клинической симптоматике наиболее частым проявлением заболевания при поступлении была боль в поясничной области на стороне поражения - почечная колика - в 81,8% случаях. Гематурия встречалась в 42% случаях, лейкоцитурия различной степени выраженности выявлена у 79 больных (69,2%), бактериурия (по результатам посева мочи) различной степени имела место у 49 (42,9%) больных.

В раннем послеоперационном периоде после сеанса ДУВЛТ наблюдалось достоверное уменьшение случаев почечной колики. При этом отмечалось сохранение частоты гематурии, лейкоцитурии и бактериурии при увеличении объема мочи.

В результате ДУВЛТ полностью разрушить камень непосредственно после процедуры удалось у 82(71,9%) пациентов. Повторные сеансы ДУВЛТ понадобились 32(28,1%) больным и проводились через 7-10 дней.

Результаты показали, что у больных на фоне разработанных лечебных комплексов на 5-7-е сутки наблюдалось полное отхождение осколков разрушенных камней у 67,5% больных 1-й группы, у 70% больных 2-й группы, при отхождении фрагментов у 31,4% пациентов группы сравнения. К 14 дню после ДУВЛТ элиминация разрушенных конкрементов отмечалась у большинства больных 1-й и 2-й групп: соответственно у 89,4% и у 95% больных. При этом у остальных пациентов оставались клинически незначимые единичные микролиты (3-4 мм) или скопления "песка" без акустической тени (по данным УЗИ). На 28-е сутки полное очищение мочевыводящих путей от фрагментов отмечалось у 95% больных 1-й и у всех пациентов 2-й группы. У больных 3-й группы (сравнения) элиминация фрагментов проходила достоверно медленно, с полным отхождением на 14-е сутки у 18 больных (51,4%), на 28-е сутки - у 22 (62,8%) больных.

Следовательно, лечебные комплексы на основе биоэлектро- и акустикомагнитотерапии ускоряют отхождение фрагментов дезинтегрированных конкрементов из мочевыводящих путей у пациентов с МКБ после ДУВЛТ во все сроки наблюдения. Окклюзионные осложнения у больных 1-2-й групп отмечались достоверно реже по сравнению с группой сравнения, и они легче устранялись повторными сеансами ДУВЛТ на фоне применения разработанных комплексов. Ускорение отхождения фрагментов дезинтегрированных конкрементов из мочевыводящих путей на фоне физиотерапевтических процедур, вероятно, обусловлены спазмолитическими, мочегонными и противовоспалительными их эффектами [9, 11]. Учитывая высокую эффективность разработанных комплексов на основе акустико- и биоэлектромагнитотерапии в комплексе с базовой терапией, включающей также лечебную физкультуру с элементами постуральной

терапии в изгнании фрагментов камня, разрушенного дистанционной литотрипсией, физиопроцедуры могут быть рекомендованы для профилактики обструктивных осложнений после ДУВЛТ [1, 3, 4].

Параметры качества жизни оперированных больных с МКБ отличались низкими значениями по основным шкалам. При этом 98 (85,9%) больных негативно отнеслись к ограничению физического функционирования, 84 (73,6%)- к ограничениям активности в повседневной жизни, 75(65,7%)-социального функционирования. Отмечена зависимость качества жизни (КЖ) от давности МКБ, объема оперативного вмешательства, течения послеоперационного периода. Самые низкие показатели КЖ получены у пациентов с МКБ с повторными сеансами ДУВЛТ и давностью МКБ более 5 лет.

Изменения параметров качества жизни на фоне реабилитационных комплексов отмечены по шкалам «физическое функционирование» (PF), «общее здоровье» (GH), «телесная боль» (BP), «жизнеспособность» (VT), «психическое здоровье» (MH), «эмоциональное состояние» (RE), «социальное функционирование» (SF)». Наибольшие сдвиги параметров КЖ выявлены при использовании программ с сеансами магнитотерапии (табл.1.).

При оценке психоэмоционального статуса по тестам САН выявлено, что наиболее существенный прирост отмечается в категории «самочувствие» и «настроение» в группах, получавших разработанные реабилитационные комплексы.

Реабилитационные мероприятия у больных с МКБ после сеансов ДУВЛТ способствовали улучшению клинического состояния больных, регрессу основных симптомов заболевания, повышению работоспособности. К концу курса реабилитации у больных 1-2- групп прекратился болевой синдром, выявлен значительный регресс проявлений астеноневротического синдрома.

Оценка эффективности реабилитационных комплексов после ДУВЛТ показала, что положительные результаты с достоверностью отмечены у больных, принимавших процедуры биоэлектро-и акустикомагнитотерапии. Сравнительный анализ клинического состояния больных в течение 12 месяцев наблюдения показал, что в группе сравнения через 6 месяцев после ДУВЛТ у 2 (5,5%) пациентов возникла почечная колика с микрогематурией, у 4(11,1%) отмечались признаки пиелонефрита с лейкоцитурией и бактериурией, по поводу которых эти больные госпитализированы. Через 12 месяцев повторная ДУВЛТ проведена у 3 (8,3%) пациентов группы сравнения. При этом у 11 (30,5%) пациентов этой группы сохранилась оксалатурия и другие виды солей в моче, а также лейкоцитурия при отсутствии бактериурии.

Таблица 1

Влияние реабилитационных комплексов на параметры качества жизни больных МКБ, перенесших ДУВЛТ (M+m)

Показатели		1- группа	2- группа	Гр. сравнения
PF	до	43,2 ± 3,4	43,7 ± 3,3	43,5 ± 2,9
	после	65,6 ± 4,0 *	68, 4 ± 3,7 *o	50,2 ±4,1
RP	до	27,1 ± 5,1	27,2 ± 4,6	26,9 ± 3,8
	после	49,4 ± 2,8 o	52,1 ± 3,3 *o	32,7 ± 3,5
BP	до	62,4 ± 3,9*o	64,5 ± 3,5 *o	63,5± 3,4
	после	40,0 ± 3,3	41,1 ± 3,0	52,1 ± 2,8
GH	до	47,5 ± 5,0	48,2 ± 5,1	47,8 ± 4,3
	после	64,9 ± 5,3 *o	68,5 ± 4,2 *o	51,2 ± 3,9
VT	до	45,0 ± 4,2	44,8 ±3,1	44,6± 4,1
	после	62,6 ± 3,3 *o	67,4 ±3,3 *o	53,0 ± 3,4
SF	до	53,4 ± 3,1	53,1 ± 3,6	52,9 ± 3,5
	после	64,7 ± 4,1 *o	68,5 ± 4,7 *o	58,0 ± 3,3
RE	до	59,1 ± 4,0	58,7 ±3,2	58,4 ± 3,1
	после	78,5 ± 3,8*o	83,8 ± 3,4*o	64,4 ± 3,2
MH	до	54,2 ± 2,6	54,8 ± 3,1	54,7 ± 4,1
	после	77,3 ± 3,0 *o	81,5 ± 3,2 *o	62,4 ± 2,7

*- значимость различий показателей относительно группы сравнения;

o- до и после реабилитационных мероприятий, $p<0,05$.

Выводы

1. Разработанные реабилитационные комплексы на основе аппаратной физиотерапии - процедур биоэлектро- и акустикомагнитотерапии достоверно сокращают сроки отхождения резидуальных фрагментов камней из верхних мочевыводяших путей, разрушенных в ходе ДУВЛТ, снижает частоту возникновения почечной колики и риск формирования «каменной» дорожки.
2. Применение физиотерапевтических комплексов на основе биоэлектро- и

акустикомагнитотерапии приводит к улучшению параметров качества жизни, имеют отдаленный позитивный результат, повышает эффективность реабилитационных мероприятий с пролонгированием достигнутого уровня клинико-функциональных параметров у больных с МКБ после ДУВЛТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аюкаев Р.Я. Комплексная терапия окклюзионных осложнений дистанционной литотрипсии / Р.Я. Аюкаев, С.В. Андранович, С.В. Попов // Русский медицинский журнал. - 2004. - том 12. - №24. - С. 1447-1449.
2. Боголюбов, В.М. Медицинская реабилитация /В.М.Боголюбов.-М:Бином,2010.-т.2.
3. Дзеранов, Н.К. Влияние нарушений уродинамики и сократительной функции верхних мочевыводящих путей на отхождение фрагментов камней после дистанционной литотрипсии / Н.К. Дзеранов, И.С. Мудрая, В.И. Кирпатовский, Д.А. Бешлиев // Урология. - 2001. - №2. - С. 6-9.
4. Дзеранов, Н.К. Новый подход к повышению эффективности и объективизации дистанционной литотрипсии / Н.К. Дзеранов, С.А. Москаленко // Урология. - 2004. - №6. - С. 6-9.
5. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия: прошлое, настоящее, будущее / Н.А. Лопаткин, М.Ф. Трапезникова, В.В. Дутов, и др. // Урология. - 2007. - №6. - С. 3-13.
6. Мочекаменная болезнь. Клинические рекомендации / Н.К. Дзеранов, Н.А. Лопаткин. - Москва: Оверлей, 2007. - 296 с.ил. 78.
7. Профилактика и лечение осложнений дистанционной ударно- волновой литотрипсии (ДУВЛ) / Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, В.И. Руденко. -Ярославль: МТК плюс, 2004. - 144 с.
8. Современные аспекты диагностики и лечения мочекаменной болезни / Ю.Г. Аляев, В.И. Руденко, М.-С.А. Газимиев, Г.М. Кузьмичева // Урология. - 2006. - №2. - С. 6-12.
9. Гильмутдинова, Л.Т. Физические методы реабилитации больных с заболеваниями мочевыделительной системы /под ред. Л.Т. Гильмутдиновой //Учебно-методическое пособие. – Уфа, 2011. - 66 с.
10. Пономаренко, Г.Н. Физические методы лечения /Г.Н. Пономаренко.-Спб., 1999.-251с.
11. Улащик В.С. Теоретические и практические аспекты общей магнитотерапии /В.С.Улащик //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.-2001.-№5.-С.3-7.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Гильмутдинов Булат Рашитович, ассистент кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина 3. E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Гильмутдинов Айдар Рашитович, д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г.Уфа, ул. Ленина 3; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Исеева Диляра Рауфовна, к.м.н., ассистент кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина 3. E-mail: vmk-ufa@mail.ru

УДК 616.839-053.7-057.87-085:615.831.6:615.814.1.849.19

© Р.Н. Кильдебекова, В.Т. Кайбышев, Э.В. Галлямова, Л.Р. Мингазова, 2013

Р.Н. КИЛЬДЕБЕКОВА, В.Т. КАЙБЫШЕВ, Э.В. ГАЛЛЯМОВА, Л.Р. МИНГАЗОВА

СОЧЕТАНИЕ ЛАЗЕРОПУНКТУРЫ С ХРОМОТЕРАПИЕЙ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме. *Целью исследования было оценить эффективность применения лазеропунктуры в сочетании с хромотерапией у студентов с расстройством вегетативной нервной системы. Применялся индивидуальный подход к выбору акупунктурных точек и методик воздействия лазеротерапии, при проведении хромотерапии использовали метод цветопредпочтения. По результатам исследования выявлено, что применение лазеропунктуры в индивидуально подобранном акупунктурном «рецепте» и дозировке, оказывает положительный эффект на функциональное состояние вегетативной нервной системы и корректирует вегетативный тонус. Нами отмечено, что сочетание лазеропунктуры с хромотерапией у студентов с расстройством вегетативной нервной системы восстанавливает вегетативный баланс, психологическое здоровье.*

Ключевые слова*: хромотерапия, расстройство вегетативной нервной системы, лазеропунктура, нейровегетативный статус*

R.N. KILDEBEKOVA, V.T. KAIBYSHEV, E.V. GALLYAMOVA, L.R. MINGAZOVA

THE COMBINATION OF LASERPUNCTURE WITH CHROMOTHERAPY FOR REHABILITATION OF YOUNG INDIVIDUALS WITH AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM DISORDERS

Bashkirian State Medical University, Ufa

Abstract. *The present study was designed to evaluate effectiveness of laserpuncture combined with chromotherapy for management of students with autonomous nervous system*

disorders. An individual approach was essential for choosing acupoints and laser impact methods. With chromotherapy, the method of colour preference was applied. The study results have shown that with an adequate individual acupuncture indication and dose, laserpuncture application exerts a beneficial effect on the autonomic nervous system functional state and corrects the autonomic tonus. We have noted that the combination of laserpuncture with chromotherapy restores autonomic balance, with autonomic nervous system disorders.

***Keywords**: chromotherapy, autonomic nervous system disorders, laserpuncture, autonomic nervous status.*

Расстройства вегетативной нервной системы встречаются в 25-80% наблюдений среди лиц молодого возраста, первые проявления могут возникнуть при гормональных перестройках, интенсивной учебной нагрузке, экзаменах. [4,5] Реабилитация лиц молодого возраста с вегетативной дисфункций является одной из важных проблем современной медицины. Учитывая возраст и учебную деятельность студентов, особую актуальность приобретают немедикаментозные методы лечения.[6,8] Из существующих средств восстановительной медицины для коррекции расстройств вегетативной нервной систеы наиболее приемлема современная рефлексотерапия и хромотерапия. [9,11] Одним из вариантов рефлексотерапии является лазеропунктура - метод, при котором применяют высокоинтенсивный, когерентный концентрированный поток оптического излучения, оказывающий воздействие на биологически активные точки. В настоящее время возрос интерес к лечебному использованию некогерентного низкоинтенсивного видимого света различного спектрального состава. [2] В доступной литературе не было найдено информации о сочетанном применение лазеропунктуры и хромотерапии и их влиянии на состояние вегетативной нервной системы. Нами была проведена оценка эффективности их сочетанного действия, что является актуальным для современной медицины.

Цель исследования.

Оценить эффективность сочетание лазеропунктуры с хромотерапией при реабилитации студентов с расстройством вегетативной нервной системы.

Материалы и методы.

У 120 студентов Башкирского государственного медицинского университета, средний возраст составил 20±3,5 лет, с расстройством вегетативной нервной системы было проведено углубленное изучения нейровегетативного и психоэмоционального статуса. Исходный уровень вегетативного баланса определяли по опроснику А.М.Вейна (2003), экспертная

оценка симптомов проводилась путем баллирования каждого признака, общая сумма баллов выше 15 свидетельствовала о наличие дисбаланса. [3] Нейровегетативный статус определяли по методу Баевского Р.М. (2007) с математическим анализом показателей моды (Мо), амплитуды моды (АМо), индекса напряжения (ИН), вариационного размаха (ВР). [9] Психологическое здоровье определяли по уровню тревожности по тесту Спилбергера – Ханина. [1]

Для оценки эффективности лазеропунктуры в сочетании с хромотерапией, при реабилитации лиц с расстройством вегетативной нервной системы методом простой рандомизации было сформировано 3 группы: I группа (n=38), пациентам была рекомендована монофармакотерапия препаратом «Тенотен»; II группа (n=40), дополнительно получали лазеропунктуру; III группа (n=42), дополнительно сочетание лазеропунктуры с хромотерапией.

Препарат «Тенотен» (ООО «Материа Медика Холдинг», Россия) назначали по 2 таблетки 2 раза в день, курс 1 месяц. При лазеропунктуре использовали гелий-неоновый лазер ЛГ-75 (длина волны – 0, 63 мкм). Число облучаемых точек составило 6,3±0,2 на процедуру, курс лечения - 10-15 сеансов. В составлении акупунктурного «рецепта», согласно международной номенклатуре, наиболее часто использовали следующие корпоральные точки: 7 V, 6 IX, 7 IX, 8 IX, 9 IX, 1 I, 2 I , 5 I, 7 I, 9 I, 4 II, 36 III, 6 IV, 20 XI, 21 XI, 15 VII, 22 VII, 25 VII, 43 VII, 12 XII, 13 XII. На ушной раковине: AT13II, AT15II, AT22IV, AT19II, AT31VI, AT51IX, AT59X, AT105XVII, AT34VI, AT78XII, AT55X. [10] Нами применялся индивидуальный подход к выбору акупунктурных точек и методик воздействия, в зависимости от преобладания клинических признаков вегетативной дисфункции. При преобладании симпатикотонии использовали тормозной метод, при ваготонии - возбуждающий, при эйтонии - гармонизирующий. Возбуждающий эффект достигали при минимальном времени воздействии 10секунд, с количеством полей до 3, максимальной энергии излучения 5мВт/см^2 и низкой частотой модуляции 10 Гц. Тормозной эффект достигали при максимальном времени воздействия на 1 поле 1 минута, максимальным количеством полей до 8, минимальной энергии излучения 3мВт/см^2, высокой частоте модуляции 100 Гц. Промежуточные параметры воздействия лазера обладали гармонизирующем действием. Суммарное время воздействия до 2 мин (максимально 5 мин) на корпоральную точку и 30 с (максимально 1 мин) – на аурикулярную. При проведении хромотерапии использовали «голографическую цветотерапию по методике А. Боровского». Различные цветовые оттенки, воспринимаемые зрительным анализатором, оказывают специфическое действие на возбудимость коры головного мозга и подкорковых

образований, модулируют психоэмоциональные процессы организма. Длинноволновая часть спектра (красный, желтый, оранжевый) оказывают стимулирующее действие. Коротковолновая часть спектра (голубой, синий, фиолетовый) — седативное действие. [2,7] Для подбора спектра использовали метод цветопредпочтения, перед каждой процедурой пациент сам выбирал наиболее приятный для него цвет. Длительность сеанса 10 минут, курс составил 10 сеансов.

Уменьшение суммы баллов по опроснику Вейна А. М. (2007) на 50% после курса реабилитации расценивалась как положительный эффект. Контрольную группу составили 25 клинически здоровых, физически активных студентов в возрасте 17-25 лет без факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. Исследование проводилось в начале и в конце семестра, курс реабилитации проводился за 1месяц до сессии.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 7,0. Нормальность распределения проверялась с помощью критерия Шапиро-Уилка.

Результаты исследований.

У студентов с расстройством вегетативной нервной системы исходный уровень вегетативного баланса по опроснику Вейна А. М. (2003), составил 35,2±2,32 баллов, в конце исследования 48,1±2,32 баллов, а в группе контроля 12,5±1,2 баллов. Респонденты предъявляли жалобы, интенсивность которых нарастала к концу семестра: нарушение сна отмечали - 104 (87,1%) и 108 (90,2%), приступообразную головную боль - 97 (81,2%) и 102 (85,1%), быструю утомляемость - 90 (75,1%) и 96 (80,3 %), нарушение функций желудочно-кишечного тракта - 81 (68,2%) и 85 (70,2%), учащенное дыхание - 75 (63,1%) и 78 (65,1%), сердцебиение - 57 (48,3%) и 60 (50,2%).

Состояние исходного вегетативного тонуса студентов с расстройством вегетативной нервной системы отличалось от контрольной группы, так амплитуда моды (АМо) исходно была 58,5±1,2% и в конце исследования 68,07±1,2%, а в контроле 43,2±1,4% и 45,1±1,2%, вариационный размах 0,15±0,05с и 0,14±0,03 с, против контроля 0,22±0,04 с и 0,23±0,02 с, индекс напряжения 245,2±11,2 усл. ед. и 264,1±11,4 усл.ед., а в контроле 112,9±11,5 усл.ед и 117,9±11,4 усл. ед. соответственно. Анализ показателей вегетативного баланса у студентов с расстройством вегетативной нервной системы выявил, что амплитуда моды превышала контроль в 1,5 раза, индекс напряжения - в 2 раза, а вариационный размах был ниже в 1,5 раза. Это свидетельствует о превалировании активности симпатического отдела вегетативной нервной системы. У студентов с расстройством вегетативной нервной системой умеренная симпатикотония была - у 48 (40,2%), эйтония - у 44 (36,6%) и

умеренная ваготония - у 28 (23,2%), а в группе контроля 7 (28,9%), 13 (50,2%) и 5 (20,9%) соответственно. Полученные данные свидетельствуют о вегетативном дисбалансе.

Анализ уровня реактивной тревожности по Спилбергеру-Ханину у студентов с РВНС в начале семестра выявили высокий уровень реактивной тревожности - у 40 (34,1%), умеренный - у 61 (50,8%) и низкий - у 18 (15,1%), в конце семестра - 59 (49,1%), 45 (37,1%) и 16 (13,8%), а в группе контроля 6 (17,6%), 19 (60,1%) и 7 (22,3%) соответственно, данные приведены в таблице 1.

Таблица 1

Динамика уровня реактивной тревожности у студентов с расстройством вегетативной нервной системы (в баллах)

Показатели реактивной тревожности	Высокий уровень	Умеренный уровень	Низкий уровень
контроль	46,5±1,3	36,5±1,2	25,3±1,2
в начале семестра	56,2±1,2	38,6±1,3	23,7±1,3*
в конце семестра	64,4±1,1	42,8±1,4	20,2±1,3

При * $p < 0,05$ в сравнении с контролем

У студентов с расстройством вегетативной нервной системы в результате применения реабилитационных программ наблюдалось восстановление сна в I группе - у 21 (55,1%), во II группе - у 30 (75,2%), в III группе – у 36 (85,1%), уменьшение утомляемости в I группе на 29,9%, - 40%, - 49,9%; приступообразной головной боли на 39,1%, - 45,9%, - 58,1%; нарушений функций желудочно-кишечного тракта на 32,1%, - 42,9%, - 48,1%, приступов сердцебиения на 22,2%, - 33,1%, - 38,1% соответственно.

Сумма баллов по опроснику Вейна А. М. (2003) снизилась в I группе – на 30,1% (33,21±2,05 баллов), во II группе – 39,4% (29,12±1,23 балла), в III группе - 56,9% (20,7±2,11 баллов).

После проведенного курса реабилитации наблюдалось улучшение показателей нейровегетативного статуса, данные исследования представлены в таблице 2.

Амплитуда моды снизилась в I группе на 13,3%, во II группе – на 20,8%, в III группе – на 32,4%, индекс напряжения на 20,4%, - 36,2%, - 43,5%, вариационный размах увеличился на 21.4%, - 37,5%, - 59,9 %, что свидетельствовало о восстановлении вегетативного баланса.

Таблица 2

Динамика показателей кардиоинтервалографии у лиц с расстройством вегетативной нервной системы

Показатели		Мо, с	АМо, %	ВР, с	ИН, усл. ед.
Контрольная группа(n=38)		0,74±0,02	45,1± 1,2	0,23±0,02	117,9±11,4
I группа(n=38)	До лечения	0,84±0,01	67,07±1,2	0,14± 0,03	264,1±11,2
	После лечения	0,79±0,03	58,12± 1,5	0,17± 0,05	210,15±11,8
II группа (n=40)	До лечения	0,85±0,04	68,07±1,3	0,16± 0,05	259,5±11,1
	После лечения	0,75±0,01*	53,87±1,1	0,22± 0,03*	165,29±11,6
III группа (n=42)	До лечения	0,86±0,02	69,07±1,1	0,15± 0,05	257,4±11,2
	После лечения	0,72±0,02*	46,7±1,2*	0,24±0,06*	145,45±11,4

При * $p < 0,01$в сравнении с контролем

После курса реабилитации наблюдалось улучшение показателей психоэмоционального статуса, так в I группе высокий уровень реактивной тревожности снизился с 62,4±1,1 до 54,5±1,8 баллов ($p<0,01$), а низкий уровень увеличился с 21,2±1,3 до 23,6±1,2 баллов; во II группе – с 62,4±1,1 до 49,4±2,1 баллов и с 21,2±1,3 до 24,5±1,9 баллов; в III группе – с 62,4±1,1 до 46,1±1,2 баллов ($p<0,05$) и с 21,2±1,1 до 25,9±1,1 баллов соответственно. Динамика уровня реактивной тревожности свидетельствовала, о восстановлении психологического здоровья и по результатам исследования наиболее эффективной была в группе, которая получала лазеропунктуру в сочетании с хромотерапией.

Таким образом, применение лазеропунктуры, в индивидуально подобранном «рецепте» и дозировке, оказывает положительный эффект на функциональное состояние вегетативной нервной системы и корректирует психологическое здоровье. При реабилитации студентов с расстройством вегетативной нервной системы необходимо применять индивидуальный подход при составление акупунктурного «рецепта» и выборе методики воздействия, в зависимости от состояния вегетативного тонуса, рекомендуется использовать метод цветопредпочтения, что значительно повышает эффективность проводимой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анастази А. А., Урбина С. А. Психологическое тестирование / - СПб.: Питер. - 2002. – 688с.
2. Андреева И. Н. Хромотерапия / И.Н. Андреева // Физиотерапия, Бальнеология и Реабилитация. – 2007. №4. – С.39-46.
3. Баевский, Р. М. Иванов Г.Г. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2001. - №3. – С. 108-128.
4. Вейн, А. М. Вегетативные расстройства. – М., 2003.- 749 с.
5. Воробьева О. В. Вегетативная дистония — что скрывается за диагнозом? // Журнал «Трудный пациент». - 2011. - № 10. - С. 45-47.
6. Корнюхина Е. Ю., Чернихова Л. А. Физиотерапия при заболеваниях вегетативной нервной системы// Физиотерапия, Бальнеология и реабилитация. – 2007.- №2. - С.45-46.
7. Лугова А.М. Антистрессовая цветокоррекция в медицине и психологии: Концепции, объясняющие механизм действия цветоимпульсной терапии. Учебно-методическое пособие. – М.: АПК ИПРО. - 2006. – 164 с.
8. Мачерет, Е. Л., Коркушко А. О. Вегетососудистая дистония и рефлексотерапия// Рефлексотерапия. - 2009. - №8 (30). - С.45.
9. Михайлов, В. М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения метода. - Иваново: Иван. гос. мед. академия, 2002. – 290 с.
10. Самосюк, И. З., Лысенюк В. П. Акупунктура. - М.:АСТ-ПРЕСС КНИГА. - 2004. – 528 с.
11. Спасова Н.В. Вегетативные дисфункции у студентов. Перспективы восстановительного лечения / Н.В. Спасова, В.Б. Любовцев, А.Н. Разумов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2007. – № 3. – С. 48 – 51.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Галлямова Эльза Вадимовна - заочный аспирант и преподаватель кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф Башкирского государственного медицинского университета. Адрес г. Уфа, ул. Ленина, тел.: 89174236624,

E-mail: ya.elza82@yandex.ru

Кильдебекова Раушания Насгутдиновна – д.м.н., профессор кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф БГМУ

Кайбышев Вадим Тимирзянович - д.м.н., заведующий кафедры мобилизационной подготовки и медицины катастроф БГМУ.

Мингазева Лия Равилевна - к.м.н , ассистент кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф БГМУ.

УДК 613.955 : 612. 744. 211 (470. 57 – 25)
© А.И. Агафонов, Т.Р. Зулькарнаев, А.Т, Зулькарнаева, 2013

А.И. АГАФОНОВ, Т.Р. ЗУЛЬКАРНАЕВ, А.Т. ЗУЛЬКАРНАЕВА

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ Г. УФЫ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г Уфа

Резюме: *Изучены особенности двигательной активности и показатели кистевой динамометрии школьников г. Уфы. Отмечено, что образ жизни обследованных детей школьного возраста характеризуется низкой двигательной активностью, недостаточным пребыванием на открытом воздухе, длительными занятиями на компьютере и просмотром телепередач. Установлено положительное влияние регулярных занятий физической культурой на показатели кистевой динамометрии.*

Ключевые слова: *школьники, двигательная активность, динамометрия.*

A.I. AGAFONOV, T.R. ZULKARNAEV, A.T. ZULKARNAEVA

THE CHARACTERISTICS OF LIFESTYLE FEATURE AND FUNCTIONAL PERFORMANCE OF MODERN SCHOOLCHILDREN IN UFA CITY

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *The features of physical activity and indicators of carpal dynamometry schoolchildren in Ufa city. Found that the way of life of school-age children surveyed characterized by low physical activity, lack of outdoor exercise, lasting lessons on the computer and watching TV. The positive effect of regular physical training on indicators of carpal dynamometer.*

Keywords: *schoolchildren, physical activity, dynamometry.*

Актуальность. Концепция Федеральной целевой программы "Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006 - 2015 годы" актуализирует проблему воспитания подрастающего поколения, формирования потребности в активных видах отдыха, профилактики гиподинамии. Как указано в концепции, в настоящее время имеется ряд факторов, отрицательно влияющих на здоровье населения, сохраняются проблемы, требующие неотложного решения, в том числе проблемы привлечения населения к регулярным занятиям физической культурой. Характерной особенностью современного образа жизни является уменьшение объема двигательной активности, снижение мышечных затрат в

сочетании с нервно-психическими перегрузками. Недостаточное привлечение детей и молодежи к занятиям физической культурой и спортом негативно влияет на здоровье будущих поколений, угрожает безопасности и обороноспособности страны [2]. По мнению ряда авторов [3,4] нет более физиологического метода стимуляции различных систем человеческого организма, чем активная мышечная деятельность. А в настоящее время явлениям гипокинезии подвержены не только взрослые, но и дети, которым для гармоничного роста и развития сохранения и укрепления здоровья жизненно необходим определенный объем физических нагрузок.

Цель работы. Изучение особенностей двигательной активности и кистевой динамометрии у школьников г. Уфы.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 683 школьника г. Уфы в возрасте 7 – 17 лет. О двигательной активности судили по материалам анкетирования. Измерение мышечной силы кистей рук проводили с помощью ручного динамометра трехкратно, учитывали максимальный результат. Полученные данные сравнивали с центильными шкалами для оценки функциональных показателей [1]. Сила кисти оценивалась как средняя, если показатели находились в пределах 25-75 центилей. Если показатели были ниже или выше указанных пределов, то сила кисти рук оценивалась соответственно как ниже среднего или выше среднего. При обработке и анализе полученных данных применялись общепринятые методы математической статистики с использованием прикладных программ «Microsoft Excel-XP». Была рассчитана достоверность различий показателей по критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение. В ходе анкетирования было установлено, что больше половины школьников младших (62,0±2,6%), средних (59,7±2,8%) и старших (59,3±3,7%) классов относятся по состоянию здоровья к основной группе занятий физкультурой. От 29,0±2,4% до 36,1±3,6% учащихся должны заниматься в подготовительной группе, а 4,7-8,6% учащихся - в специальной группе, и 0,9±0,3% имеют временное освобождение от уроков физкультуры по медицинским показаниям.

Как показали полученные материалы, регулярно занимаются физической культурой и спортом каждый второй учащийся младших классов (52,8±2,7%). Несколько меньше было таковых среди учащихся средних и старших классов (48,9±2,9% и 48,6±3,8% соответственно).

Согласно анкетным данным, в распорядке дня у многих школьников отсутствуют ежедневные прогулки на открытом воздухе. Только 49,4±3,8% учащихся старших и 51,7±2,9% средних классов гуляют ежедневно, и только у младших школьников этот

показатель оказался существенно больше 60,8±2,6% (p<0,01). Соответственно, нерегулярно бывает на открытом воздухе почти каждый третий школьник начальных классов (31,2±2,5%), несколько больше (37,2±2,8%) учащиеся средних классов и меньше всех (26,2±3,3%) старшеклассники.

Одновременно, выяснилось, что чаще всего школьники тратят свое свободное время на просмотр телепередач. Доля детей, проводящих у экрана телевизора длительное время, составила в младших классах 89,2±1,6%, средних 88,1±1,9% и гораздо меньше в старших 70,3±3,4% (p<0,001). Значительная доля школьников проводит продолжительное время за игрой на компьютере, при этом таких подростков было достоверно больше среди учащихся старших и средних классах: 82,0±2,9% (p<0,001) и 68,1±2,7% (p<0,001), по сравнению с 45,0±2,7% в младших классах.

При анализе данных по распределению детей 7-18 лет по силе кисти рук установлено, что у большинства детей преобладает сила правой кисти. В целом, сила кисти рук у мальчиков достоверно больше, чем у их сверстниц. В возрасте 7-13 лет эти различия менее значительны и находятся в пределах 1,3 - 2,7 кг для правой и 1,2 - 2,6 кг для левой руки. Начиная с четырнадцатилетнего возраста эта разница увеличивается, достигая максимума к 17-18 годам: для правой кисти она составляет уже 16,0 кг, для левой – 15,7 кг.

Сравнение силы кисти рук у уфимских школьников с возрастно-половыми стандартами [1] показало, что у значительной части обследованных учащихся (47,6±1,7%) сила кисти оценивается как «ниже средней», у 44,4±1,7% - «средняя» и у 8,0±0,9% - «выше средней».

Характерно, что доля школьников со средними показателями силы кисти рук достоверно увеличивается с 42,8±2,7% в младшем и 41,6±2,9% в среднем до 52,4±3,8% в старшем школьном возрасте (p<0,01), в основном за счет уменьшения доли школьников с показателями ниже средних значений.

При анализе показателей динамометрии учащихся, занимающихся регулярно физической культурой, выявлено, что доля детей с показателями силы кисти рук ниже средних величин составила соответственно в старших и средних классах 34,9±3,6% и 40,7±2,8% против 40,6±3,7% и 46,6±2,9% у их сверстников в этих же классах, но с нерегулярными занятиями физкультурой.

Выводы. 1. Образ жизни детей школьного возраста г. Уфы характеризуется недостаточной двигательной активностью, недостаточным пребыванием на открытом воздухе, длительным просмотром телепередач (2 и более часов в день) и занятиями на компьютере (1 час и более).

2. Характерными региональными особенностями являются сравнительно высокая доля 47,6±1,7% школьников с показателями ниже средних величин и незначительная доля 8,0±0,9% с показателями выше среднего. Установлено наличие возрастных и половых различий в силе кисти рук. Выявлено положительное влияние регулярных занятий физической культурой на показатели кистевой динамометрии.

3. Полученные данные свидетельствуют о необходимости гигиенического воспитания школьников, пропаганды достаточной двигательной активности как важнейшего звена здорового образа жизни для сохранения и укрепления здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кучма В. Р., ред. Гигиена детей и подростков: руководство к практическим занятиям. М.: ГЕОТАР-Медиа; 2012.
2. Голубева Г.Н. Формирование активного двигательного режима ребенка средствами физического воспитания: автореф. дис. … докт. пед. наук. Москва; 2007.
3. Рубанович В.Б. Морфофункциональное развитие детей и подростков разных конституциональных типов в зависимости от двигательной активности: автореф. дис. … докт. мед. наук. Томск. 2004.
4. Ямпольская Ю.А. Региональное разнообразие и стандартизированная оценка физического развития детей и подростков. Педиатрия. 2005; 6: 73-6.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Агафонов Артём Иванович - ассистент кафедры общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин МПФ ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России; Адрес организации: г. Уфа, ул. Ленина 3; Тел. (раб.).8 (347) 272-82-06; Сот. 8-987-253-28-27; E-mail: artem.agafonov02@gmail.com

Зулькарнаев Талгат Рахимьянович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой кафедры общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин МПФ ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Зулькарнаева Айгуль Талгатовна – ассистент кафедры общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин МПФ ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

УДК 355.133.4

© Т.Р.Гизатуллин, А.В. Катаев, В.А. Катаев, Р.М. Зинатуллин, 2013

Т.Р.ГИЗАТУЛЛИН, А.В. КАТАЕВ, В.А. КАТАЕВ, Р.М.ЗИНАТУЛЛИН

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛИЦЕЙСКИХ ДО СЛУЖЕБНО-БОЕВЫХ КОМАНДИРОВОК

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г Уфа

Резюме: *в статье рассматриваются результаты собственных исследований по оценке психологических «профилей личности» сотрудников МВД по РБ до спецкомандировки, полученных в результате тестирования полицейских по методике СМИЛ. Приведен анализ результатов тестирования 177 комбатантов. Произведена пошаговая оценка каждой из шкал СМИЛ полицейских. Массивы СМИЛ-профилей перед отбытием субъектов обследования в спецкомандировку были подвергнуты процедуре автоматической классификации – кластерному анализу по методу К-средних.*

Ключевые слова: *психологический профиль, сотрудник МВД, спецкомандировка, СМИЛ.*

T.R.GIZATULLIN, A.V. KATAEV, V.A. KATAEV R.M.ZINATULLIN

PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT TO THE POLICE SERVICE AND MILITARY MISSIONS

Bashkirian State Medical University, Ufa

Abstract. *The article results of own researches of an assessment psychological "profiles of the personality" staff of the Ministry of Internal Affairs on RB before the special business trip, the police officers received as a result of testing by MMPI technique are considered. The analysis of results of testing of 177 combatants is provided. The step-by-step assessment of each of scales of MMPI of police officers is made. Massifs of MMPI-profiles before departure of subjects of inspection in special business trip were subjected to procedure of automatic classification – to the cluster analysis on a method of K-averages.*

Keywords: *psychological profile, employee of the Ministry of Internal Affairs, special business trip, MMPI.*

Актуальность. С 2007 года принята к использованию методика организации внеплановых психопрофилактических обследований сотрудников органов внутренних по Республике Башкортостан, выполняющих задачи в особых условиях [2,3]. Согласно данной методике, полицейские принимающие участие служебных–боевых командировках, сопряженных с опасностью для жизни и здоровья существует комплекс психодиагностических мероприятий обязательных в ходе внеплановых осмотров.

Цель работы. Оценить психологический статус сотрудников органов внутренних дел до служебно-боевых командировок.

Материалы и методы исследования. Исследования состояния психического и физического здоровья полицейских сведения о патологиях психики у продолжающих службу комбатантов не достаточно отражены в научной литературе [1]. В этой связи нами проведена оценка психологических «профилей личности» сотрудников МВД по РБ до спецкомандировок, полученных в результате тестирования 177 полицейских по методике СМИЛ. Анализ полученных результатов производился пошагово, с учетом показателей каждой шкалы теста. В массиве индивидуальных профилей установлена скрытая структура. Для проверки этого предположения массивы СМИЛ-профилей перед отбытием субъектов обследования в спецкомандировку были подвергнуты процедуре автоматической классификации – кластерному анализу по методу К-средних [4].

Результаты и обсуждение. Предварительный обзор полученных данных показал, кроме того, они имеют структуру и поддаются типологизации. В результате определились три типологические варианта СМИЛ-профилей, включавших в себя, соответственно, 44, 56 и 76 случаев (рис. 1).

Соотношение шкал L, F и K в первой группе (высокие средние значения по шкалам “L” и, особенно, “K” при относительно низком уровне по “F”) в точности соответствует состоянию неоткровенности, выраженной защиты от постороннего проникновения в личное пространство. Напротив, вторая и третья типологические группы по соотношению тех же шкал демонстрируют нормальную реакцию (средний балл растет от “L” к “K”) на процедуру обследования [5], при наличии существенной разницы по шкале «коррекции» (“K”).

Рассмотрим соотношение баллов по основным шкалам. Шкала «сверхконтроля» («1»). Наивысший средний балл по этой шкале имеет вторая типологическая группа (58.6 ± 7.2 балла), наименьший средний балл во второй группе (48.4 ± 4.8 балла). Первая группа занимает промежуточное положение (53.9 ± 4.1). Различия между всеми средними статистически значимы ($p<0.001$).

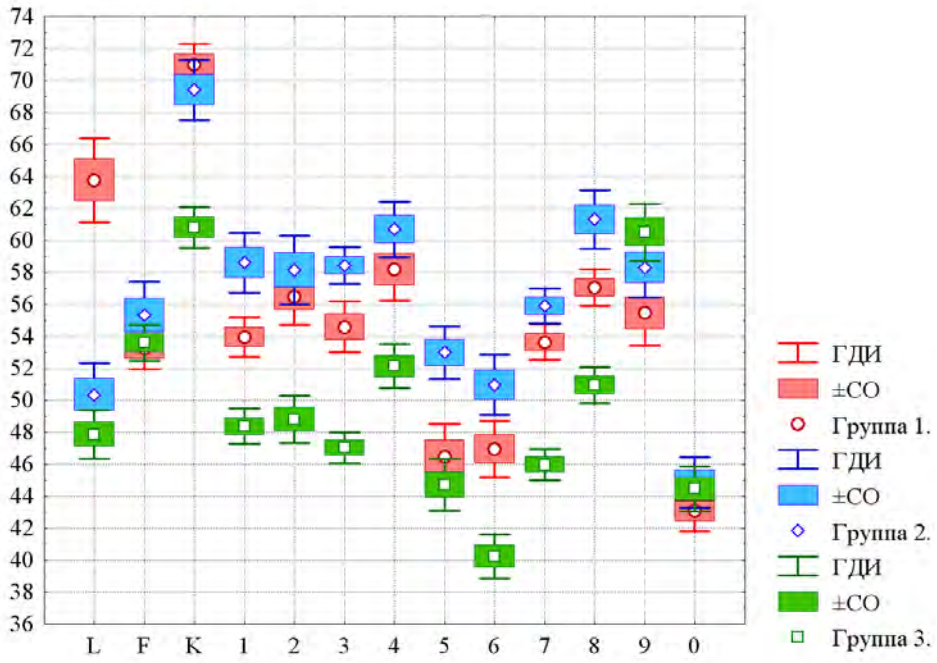

Рис. 1. Профили теста СМИЛ в трех типологических группах, выявленных до отправки в спецкомандировку.

По оси абсцисс – шкалы теста СМИЛ (расшифровка в главе «Материалы и методы»). По оси ординат – значения по шкалам, выраженные в Т-баллах. Указаны средние значения по каждой шкале для всех типологических групп. ГДИ – границы доверительных интервалов для средних значений, СО – стандартные ошибки средних значений.

Обращает внимание на себя обстоятельство, что второй группе границы рассевания индивидуальных значений по этой шкале составили от 49 до 80 баллов, причем 32% случаев приходились на интервал 60÷ 69 баллов, что указывает на склонность данных субъектов к подавлению спонтанности поведения, контролю над собственной агрессивностью, следовать нормативным критериям. Для субъектов такого типа характерны ориентация на правила и инструкции. Этому соответствуют оценки по шкале «сверхконтроль», превышающие 70 баллов, а таковых в данной группе немало - 11%.

В третьей типологической группе, несмотря на широкий разброс индивидуальных оценок по данной шкале (36÷67 баллов), лиц с гиперсоциальной направленностью всего 2,5%, а «ипохондриков» нет. В основной массе (72%) субъекты этой группы демонстрируют низкие баллы (50 и менее) по шкале «сверхконтроля», они инициативны, изобретательны, склонны к импровизациям, сбалансированы в интеллектуальном и эмоциональном плане.

В первой типологической группе, несмотря на существенно меньший разброс данных (44÷62 балла) таковых всего 16%, причем более половины 53% всех значений оценок по шкале «1» сосредоточено в узком интервале 50÷ 55 баллов, а значений, превышающих 60

баллов (причем, всего на 1-2 балла) лишь 9%. То есть эта группа действительно «промежуточная» и, не исключено, что при существенном изменении обстановки уровень «сверхконтроля» в ней может сместиться в ту или иную сторону.

По шкале «пессимитстичности» («2») Достаточно близкие и значимо не различающиеся средние баллы имели место в первой и второй группах: 56.5±5.9 балла и 58.2±8.2 балла, соответственно, $p>0.24$. Однако распределение индивидуальных оценок по этой шкале в каждой группе весьма своеобразно. В первой группе у 4.5% субъектов оценки по шкале «пессимистичности» превосходят «критический» уровень 70 баллов, что является сигналом развивающегося депрессивного состояния. Необходимо отметить, что во второй типологической группе таких «депрессивных» субъектов почти втрое больше – 12%. В обеих группах достаточно весомую долю (35% и 29%, соответственно) составляют лица с просто высоким, но не критическим уровнем «пессимистичности» (60÷69 баллов). У субъектов такого типа ведущая мотивация – избегание неуспеха при высоком уровне осознания реальных проблем, пессимистичной оценкой перспектив, скептицизм, неуверенность в себе. Во второй группе выявлена достаточно тесная и значимая корреляция ($r=0.50$, $p<0.05$) между баллами по шкале «сверхконтроля» и «пессимистичности». Это означает, что повышение ориентированности на правила, инструкции и избегание ответственности в этой группе в значительной мере и вполне закономерно сопровождаются снижением инициативности.

В третьей группе субъектов с подобными качествами всего 8%, из них наибольшая часть (61%) имеют низкие баллы оценки (50-28 баллов) по шкале «пессимистичности», то есть в группе превалируют субъекты инициативные и оптимистичные. По шкале «эмоциональной лабильности» («3») наибольший средний балл (54.6±5.4) опять таки имеет вторая группа, наименьший (47.8±4.3) - третья, промежуточный (54.6±5.4) – первая. Различия всех этих средних также достоверны ($p<0.0001$).

Во второй группе границы варьирования оценок по этой шкале смещены в сторону бóльших значений - 50÷77 баллов. Хотя значения, переходящие за порог 70 баллов, что свидетельствует о наличии субъектов склонности к нервозности, доходящей до истеричности 2%. У трети данной группы профиль по данной шкале повышен (60÷69 баллов), эти люди, легко вживающиеся в разные социальные роли, стремящиеся к самореализации.

В первой группе лиц с такими чертами характера всего 11%, хотя и доля субъектов с низкими показателями по данной шкале также невелика - 20%.

В третьей группе все значения по шкале «эмоциональной лабильности» менее 60 баллов, а у подавляющей массы (72%) этот показатель вообще низок – 50 и менее баллов.

Это люди с высокой эмоциональной устойчивостью, но с относительно низким откликом на проблемы социального микроклимата.

В первой группе обращает на себя внимание высокая положительная корреляция ($r=0.79$, $p<0.01$) оценок по шкале «сверхконтроля» и «эмоциональной лабильности».

По шкале «импульсивности» («4») наибольший и очень близкий ($p>0.05$) средний балл имеют вторая и первая группы (60.7 ± 6.7 балла и 58.2 ± 6.6 балла, соответственно), а наименьший ($p<0.0001$) опять же третья группа (52.1 ± 6.2 балла).

Обращает на себя внимание, что во второй группе у 47% комботантов оценки по шкале импульсивности находятся в интервале 60-69 баллов, что характерно для личностей неконформных, стремящихся к самостоятельности, не терпящих внешнего давления, в стрессовой обстановке действующих решительно и мужественно. У 11% обследованных оценки по данной шкале превышают 70 баллов, что соответствует резкому обострению вышеперечисленных свойств и затруднением самоконтроля. В 3% случаев оценки превышают 75 баллов, что соответствует проявлению у личности психопатической импульсивности, доходящей до беспричинной конфликтности, агрессивности. При этом такие преимущественно (суммарно у 58%) высокие значения по шкале «импульсивности» в данной группе практически не компенсируются (корреляция шкал всего 0.37) столь же высокими значения по второй шкале («пессимистичности!), т.е., высоким уровнем сознательного контроля над поведением.

В первой группе доля лиц с высоким и сверхвысоким уровнями по этой шкале существенно ниже – 23% и 2%, соответственно или суммарно 25%. Лиц с психопатической импульсивностью в группе нет вообще. Компенсации повышенных значений четвертой шкалы высокими значениями второй также вообще нет – эти шкалы в данной группе просто не коррелируют ($r=-0.01$). Следовательно, механизмов, сдерживающих крайние проявления «импульсивности» - в этой группе вообще нет, а во второй они малоэффективны. Примечательно также, что в обеих этих группах доля субъектов с низкой (менее 50 баллов) «импульсивностью» очень мала – 2% и 9%, для второй и первой групп, соответственно.

В третьей группе даже лиц с просто «выраженной» (60-65 баллов) «импульсивностью» гораздо меньше – всего 14%. Однако и субъекты с низким уровнем «импульсивности» явно не превалируют – 31%. Следовательно, 55% составляют лица со средними показателями, у которых инициативность, стремление к самостоятельности, решительность и мотивация на достижение успеха сочетаются с планомерностью и продуманностью поступков. Соответственно, компенсация «импульсивности здесь просто не нужна - корреляция второй и четвертой шкал всего лишь 0.2.

По пятой шкале «мужественность/женственность», как видно из рис. 1., средние баллы во всех трех группах существенно ниже, чем по рассмотренным выше шкалам, что собственно, определяется самим содержанием шкалы и контингентом обследуемых (99%).

Наивысший средний балл (53.0 ± 6.2), значимо (p<0.0001) превышающий таковые в двух прочих группах имеет вторая типологическая группа. Межиндивидуальный разброс данных составляет здесь 35–69 баллов, однако лишь у 12.5% субъектов этой группы значения пятой шкалы повышены (60–69 баллов), что свидетельствует о наличии у этих людей пассивной жизненной позиции. У 43 % данной группы балл по данной шкале 50 и менее, что соответствует типично мужскому стилю поведения – жесткости характера и отсутствию сентиментальности.

В первой и третьей типологических группах средние баллы достаточно близки (46.4 ± 7.1 и 44.7 ± 7.2, соответственно) и, естественно, значимо не различаются (p>0.18). Границы вариации в первой группе составляют 33–65 баллов, причем субъектов с относительно высоким баллом (>60) всего 2%, а у 77% группы балл по пятой шкале 50 и менее. В третьей группе границы варьирования составляют 30–60 баллов, т.е. максимальная оценка по данной шкале даже не входит в зону «повышенного профиля». При этом, как и в первой группе, основная масса (78%) субъектов имеет оценки 50 и менее баллов.

Ни в одной из групп оценки по шкале «5» не имеют практически значимых корреляций со всеми прочими шкалами.

Таким образом, можно констатировать, что явно мужские черты характера и стиль поведения, необходимые для работы в зоне спецкомандировки, присутствуют у основной массы субъектов первой и третьей типологических групп.

По шестой шкале («ригидности») все три типологические группы имеют наиболее низкий средний уровень (рис. 1), причем все три средних значения различаются друг от друга статистически значимо (p<0.003 и менее).

Наивысший средний балл (51.0±7.2) традиционно имеет вторая типологическая группа. Границы вариации оценок по шестой шкале составляют в ней 35–79 баллов. При этом 60% субъектов группы имеет баллы от 50 и ниже, что свидетельствует об избыточном стремлении к подчеркиванию миротворческих тенденций, что часто встречается при гиперкомпенсаторной установке у личностей агрессивного типа [1]. Остальные члены этой группы (31% и 7%) имеют по данной шкале баллы в диапазоне «средних» (50–60) или «высоких» (61–67) баллов. Для лиц этого типа характерны сочетание прямоты с миролюбием, изобретательность, рациональный склад ума, трезвый взгляду на жизнь, с очень высокой устойчивостью к стрессу.

В первой группе со средним уровнем 46.9±6.0 баллов (вариация: 32÷58) субъектов с «избыточно миротворческими тенденциями», за которые может скрываться агрессивность основная масса – 80%. Прочие 20% не выходят за рамки «среднего уровня», свойства которого были охарактеризованы выше.

В этом смысле «рекордсменом» является третья группа со средним баллом 40.2± 6.2. Здесь превалирование «скрытых агрессоров» подавляющее – 95%. Однако в этой группе, как и в первой, нет субъектов с заведомо «проблемными» свойствами личности.

По шкале «тревожности» («7») все три типологические группы имеют умеренные оценки и также значимо отличаются друг от друга ($p<0.01$ и менее). Как и по прочим шкалам максимальный средний (53.6 ± 3.8) балл имел место во второй группе при границах вариации 43÷68. Таким образом, среди членов группы не было субъектов с тревожно - мнительными чертами личности (более 70 баллов) и тревожной депрессией (более 80 баллов). В группе был единственный случай, когда субъект имел балл ниже 45, что указывало бы на отсутствие у него осмотрительности и осторожности [Соб].

Несколько ниже средний уровень баллов первой группы (53.6 ± 3.8) при границах варьирования 45 ÷ 61. При этом 95% субъектов группы имели балл ниже 60, а случаев, когда балл «тревожности» был ниже 45, не было. Следует отметить, что в первой группе имела место существенная ($r=0.68$, $p<0.01$ корреляция результатов по 7-й шкале и шкале «коррекции» («К»). Возможно, в этом отражается процесс вытеснения из сознания тревоги и эмоционального напряжения, если они достигли дискомфортного уровня. В других подгруппах 7-я шкала не имеет практически значимых корреляций с прочими шкалами.

В третьей группе (средний балл 46.0 ± 4.3) даже максимальный балл тревожности был не более 55. Однако в 53% случаев индивидуальные баллы имели уровень 45 баллов и ниже.

В целом следует отметить, что уровень тревожности в целом по контингенту командируемых находится в пределах нормы, однако в третьей типологической группе более половины субъектов могут быть отнесены к категории «бесшабашных», «черствых» и «грубых».

По шкале «индивидуалистичности» («8») максимальный средний балл (61.3 ± 7.0) при границах варьирования 50÷ 96баллов опять -таки имеет вторая типологическая группа. Прежде всего, следует отметить, что в этой группе нет лиц с менее 50 баллов по данной шкале, т.е. нет субъектов с небогатой фантазией, мыслящих и действующих трезво, практично, но шаблонно. 48% членов этой группы имеют относительно низкие оценки по данной шкале – от 60 до 50 баллов, т.е. в их действиях преобладает здравый смысл, рациональный подход к жизненным ситуациям. Примерно столько же членов группы (44%)

имеет умеренно повышенные оценки по данной шкале – от 62 до 68 баллов. Это лица, ориентирующиеся на субъективизм и интуицию, их поступки и высказывания малопредсказуемы. Обращают на себя внимание 8% группы, имеющие баллы от 70 и более. Это лица с еще более выраженными индивидуалистическими чертами, оригиналы во всем, творчески ориентированы и независимы в суждениях.

В первой типологической группе средний балл по шкале индивидуальности составляет 57.0 ± 3.8. Границы вариации оценок по этой шкале от 50 до 64 баллов. Следовательно, все субъекты данной группы в точности соответствуют основной массе субъектов второй группы – это люди здраво и рационально мыслящие и действующие, с творческим подходом.

Примерно такую же характеристику можно дать и примерно половине (46%) субъектов третьей группы со средним баллом 51.0 ± 5.1. Однако в ней дело обстоит несколько драматичнее. Границы вариации здесь простираются от 64 до 38 баллов и 54% контингента этой группы имеют оценки по шкале «индивидуальности» от 50 баллов и ниже. А это лица с небогатой фантазией, мыслящих и действующие трезво, практично, но шаблонно. В этой группе обнаружена значимая корреляция ($r=0.55$, $p<0.01$) с результатами по шкале «тревожности» («7»). Это означает, что у лиц, входящих в данную группу, нарастание самостоятельности и нестандартности собственных суждений и поступков в некоторой степени сопровождается развитием состояния хронического душевного дискомфорта, нервозности и неуверенности в мыслях и действиях. Средние баллы по всем трем группам различаются высоко достоверно ($p<0.0002$).

По шкале «оптимистичности» («9») наивысший средний балл (60.5 ± 8) имеет третья типологическая группа. Это значимо ($p<0.0001$) выше, чем в первой группе (55.4 ± 6.9). Вторая группа в этом смысле занимает некоторое промежуточное состояние – средний балл 58.3 ± 7.2 значимо не отличается ни от первой группы ($p>0.06$), ни от третьей ($p>0.09$). Важно отметить, что ни в одной из групп нижняя граница варьирования баллов по этой шкале не опускается ниже 40, что исключает наличие у кого-либо из всего контингента командированных инволюционной меланхолии и эндогенной депрессии.

В третьей группе 38% контингента имеют баллы в интервале от 60 до 70 баллов. Это уверенные в себе и в своем будущем жизнелюбивые люди, с высокой мотивацией к достижениям, с несколько завышенной самооценкой и легкостью принятия решений. Гипертрофированное проявление этих тенденций (6% субъектов с более чем 70 баллами) приводит к беспечности, снисходительности к своим недостаткам. У 56% субъектов данной

группы оптимистический склад характера не акцентуирован и, тем более, не гипертрофирован. «Сдержанных оптимистов» (50 и менее баллов) в данной группе 10%.

Во второй типологической группе лиц с относительно высокой (более 70) баллов оценкой по шкале «оптимизма» (взрослых с чертами «инфантилизма») несколько больше - 10% . Немного и «сдержанных оптимистов - 16%. Таким образом, основную массу группы (74%) составляют «уверенные оптимисты» разного уровня. Интересно, что для этой группы наблюдается отрицательная корреляция ($r=-0.52$, $p<0.05$) «оптимистичности» со шкалой «коррекции». Это означает, что субъекты данной группы, имеющие относительно высокий уровень «оптимизма» в своих ответах на вопросы теста более откровенны и самокритичны. В двух других группах такой корреляции нет.

В первой группе границы варьирования оценок по данной шкале простираются от 43 до 70 баллов. При этом лиц с относительно высоким, но без налета «инфантилизма», уровнем «оптимизма» (61÷70) здесь 21%, а «сдержанных оптимистов» (50 и менее баллов) больше, чем в прочих группах – 34%. То есть, «уверенные» оптимисты составляют чуть менее половины группы (45%).

Шкала «интроверсии» («0»). По этой шкале все три группы демонстрируют очень близкий средний результат (43.1 ± 4.3 в первой, 44.9 ± 6.0 во второй и 44.4 ± 6.3 в третьей), который, естественно, значимо не различается ($p>0,12 \div p>0.67$). Поскольку верхние границы вариации оценок по данной шкале во всех трех группах достаточно близки (57, 62 и 63 балла, соответственно) и не превосходят уровня 65÷70 баллов, т о для всего контингента в целом можно считать не свойственными инертность, раздражительность и замкнутость. Однако во всех трех группах довольно значительная доля оценок «интроверсии» (27%, 25% и 18%, соответственно) находится за пределами 40 баллов. Такое состояние выдает неразборчивость этих субъектов в межличностных контактах, беззастенчивость и чрезмерную общительность. Интересно, что, если в первой и второй группах нижние границы вариации «интроверсии» примерно равны (33 и 35 баллов), то в третьей группе, нижняя граница неправдоподобно низка – всего 12 баллов. Этот же субъект самые низкие баллы по шкале «пессимистичности» (всего 28) и достаточно высокие по шкале «оптимистичности» (60 баллов). Такого субъекта можно охарактеризовать как бесшабашного оптимиста, «суперэкстраверта». Корреляция второй и «нулевой» шкал в этой группе составляет 0.58 ($p<0.01$) и означает, что снижению «пессимистичности» действительно в определенной мере соответствовал рост экстравертивности. Примечательно, что примерно такой же силы корреляция ($r=0.54$) второй и нулевой шкал имела место и во второй типологической

группе. Следовательно, в этой группе снижению «пессимистичности» в какой-то мере соответствовало нарастание экстравертивных черт личности.

Выводы.

Таким образом, проведенный анализ психологических профилей с применением кластерного анализа позволяет разделить полицейских, отправляющихся в спецкомандировку на 3 типологические группы с различными психологическими профилями, что дает возможность прогнозировать профессиональную пригодность сотрудников МВД по РБ и степень психологических последствий после их возвращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ичитковкина Е.Г., Злоказова М.В., «Клинико-диагностические аспекты боевой психической травматизации полицейских спецподразделений». Научно-практический журнал «Медицинский вестник МВД» №1. 2013 Том LXII. С.68-73;
2. Методические рекомендации № 22/29/ЦПД-2467 от 22.06.2007г. «Особенности организации внеплановых психопрофилактических обследований сотрудников органов внутренних по Республике Башкортостан, выполняющих задачи в особых условиях». - М.: ЦПД МСЦ МВД России, 2007, - с. 38.
3. Методические рекомендации №2/48-2406 от 31.08.2007г. «Психологические приемы повышения стрессоустойчивости сотрудников органов внутренних дел» и «Психологические особенности личности сотрудников органов внутренних дел в условиях экстремальной деятельности». - Уфа: МСЧ МВД по РБ, 2007. - 112 с.
4. Олдендерфер М.С., Блэшфилд Р.К. Кластерный анализ//Факторный, дискриминантный и кластерный анализ. – М. 1989. - 215 с.
5. Собчик Л. Н., Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (MMPI) Практическое руководство. — М.: Речь, 2007. — 224 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Гизатуллин Тагир Рафаилович, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа Республики Башкортостан, научный сотрудник Центральной научно-исследовательской лаборатории, кандидат медицинских наук, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Контактные сведения: Телефоны
рабочий: 8(347) 273-61-45; мобильный: 89273369222; электронная почта: 222_GTR@mail.ru.

Катаев Валерий Алексеевич, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа Республики Башкортостан, заведующий кафедрой послевузовского и дополнительного профессионального фармацевтического образования ИПО, доктор фармацевтических наук, профессор, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3

Катаев Антон Валерьевич, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа Республики Башкортостан, клинический ординатор кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИПО, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3

Зинатуллин Радик Медыхатович, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа Республики Башкортостан, доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО, кандидат медицинских наук

УДК 616.72-002.772

© В.И.Мазуров, С.Р.Авлохова, 2013

В.И.МАЗУРОВ, С.Р.АВЛОХОВА

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова

Резюме. В ходе настоящего исследования было установлено, что применение ритуксимаба в сочетании с метотрексатом при лечении больных ревматоидным артритом оказывает более значимый положительный эффект (32% ответчиков по ACR70), по сравнению с группой пациентов, получавших терапию метотрексатом (8% ответчиков по ACR70). Комбинированное лечение ритуксимабом и метотрексатом приводит к снижению активности заболевания, улучшению показателей качества жизни общего (SF-36) и специфического (HAQ) опросников, по сравнению с группой пациентов, которым была назначена монотерапия метотрексатом в течение 12 месяцев.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, ритуксимаб, качество жизни, HAQ, SF-36.

V.I. MAZUROV, C.R. AVLOHOVA

DYNAMICS OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS DURING THERAPY WITH RITUXIMAB

North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

Abstract. In the present study was found that the use of rituximab in combination with methotrexate in the treatment ofpatients withrheumatoid arthritis has a significant positive effect (32% responders at ACR70), compared with the grouptreated with methotrexate (8% responders at ACR70). Combined treatment with rituximab and methotrexate leads to a reduction in disease activity and improve the overall quality of life (SF-36) and specific (HAQ) questionnaires, compared with patients who were prescribed methotrexate monotherapy for 12 months.

Keywords: rheumatoid arthritis, rituximab, quality of life, HAQ, SF-36.

Ревматоидный артрит (РА) является наиболее распространенным воспалительным заболеванием суставов, которым страдает 0,5–1,5% населения [7]. Хронический характер течения РА с выраженной тенденцией к прогрессированию деструкции суставов приводит к

ранней инвалидизации и сокращению продолжительности жизни пациентов. Социальная значимость РА во многом определяется его негативным влиянием на функциональные возможности и трудоспособность больного человека. Для пациентов с РА характерны ограничения в профессиональной и повседневной деятельности, а в тяжелых случаях – невозможность самообслуживания [2]. Согласно данным Росстата среди взрослого населения РФ в настоящее время ежегодно регистрируется около 30 тыс. новых случаев РА. Заболевание наиболее часто встречается в трудоспособном возрасте и ведет к развитию выраженных функциональных ограничений и уменьшению продолжительности жизни больных [3]. По данным S.M. Vestappen и соавт. [25], доля нетрудоспособных больных с РА уже через 6 месяцев от дебюта болезни составляет 13%, и достигает 67% к 15-му году заболевания.

Основу патогенеза РА составляет сложное недостаточно изученное сочетание дефектов нормальных иммунорегуляторных механизмов, ограничивающих патологическую активацию иммунной системы в ответ на потенциально патогенные факторы [13,16,20,12]. Важным является и тот факт, что ревматоидный артрит патогенетически связан с локальной и системной активацией CD4+T лимфоцитов, гиперпродукцией «провоспалительных» цитокинов (IL–1, ФНО-α, IL–8 и др.), вырабатываемых тканевыми макрофагами [5]. По профилю активации лимфоцитов и синтеза цитокинов РА относится к заболеваниям с Th1 типом иммунного ответа, для которых характерно преобладание клеточных иммунопатологических реакций над гуморальными, хотя последние (ревматоидные факторы, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду, антикератиновые антитела и другие) имеют существенное значение в патогенезе данного заболевания [5,4].

Прогресс медицины в конце XX века привел к созданию принципиально новых лекарственных средств – генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), что позволило существенно улучшить течение ревматоидного артрита. Включение ГИБП в стратегию лечения РА позволило не только снизить активность болезни и замедлить прогрессию деструктивных изменений суставов, но и добиться стойкой ремиссии [1].

В настоящее время одним из биологических препаратов является ритуксимаб (РТМ), представляющий собой химерные моноклональные антитела к мембранному CD20-антигену В-клеток, вызывающие деплецию различных субпопуляций В-лимфоцитов [23]. В отличие от других ГИБП, ритуксимаб вводится двукратно с интервалом в 2 недели на курс каждые 6 месяцев. Подтверждением высокой эффективности РТМ являются результаты многочисленных рандомизированных плацебоконтролируемых исследований [15,11,14,24] и данных национальных регистров [6,17,18]. Следует отметить, что повторные курсы

ритуксимаба ведут к нарастанию клинического эффекта терапии [19] и торможение деструкции суставов [10].

Одним из широко используемых критериев определения активности РА включает индекс DAS_{28}, а эффективность терапии оценивается по критериям ACR (Американской коллегии ревматологов). Функциональный статус суставов определялся по опроснику HAQ (Health Assessment Questionnaire). Наряду с ними, важное значение имеет оценка качества жизни (КЖ) больных по физическому, психическому и социальному благополучию в повседневной жизни [8]. Медицинские показатели КЖ могут служить дополнительным источником оценки результатов лечения, поскольку позволяют изучить наиболее значимые показатели жизнедеятельности человека.

Большинство исследователей считают, что оценка эффективности терапии ГИБП, в частности ритуксимабом по показателям опросников качества жизни и соответствует общепринятым критериям 20, 50, 70 % улучшения по ACR.

Целью исследования явилось изучение показателей качества жизни у больных РА на фоне комбинированной терапии ритуксимабом и метотрексатом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В анализ включены данные о 75 больных с достоверным диагнозом РА по критериям ACR 1987 г. [9]. Средний возраст больных составил 55,35±0,76 лет. Пациенты были рандомизированно разделены на 2 группы в зависимости от проводимого **лечения**. В 1 группе (n=50), которая являлась контрольной, больные РА получали метотрексат в дозе 10-15 мг/нед в течение 12 месяцев, а больным 2 группы (n=25) проводили терапию метотрексатом в дозе 10-15 мг/нед в сочетании с впервые назначенным ГИБП - ритуксимабом 500 мг 2 инфузии с интервалом в 14 дней на курс, каждые 6 месяцев. Для уменьшения риска аллергических реакций за 1 час перед инфузией проводили премедикацию с использованием в/в введения супрастина в дозе 20 мг, парацетамола 1000 мг, метилпреднизолона 100 мг в/в.

Всем пациентам было выполнено стандартное клинико-лабораторное исследование. Для оценки КЖ использовали показатели физического (PCS) и психологического (MCS) компонентов опросника SF-36 (The Short Form-36). Для количественного определения функционального статуса суставов использовался опросник состояния здоровья – HAQ (Health Assessment Questionnaire) [21]. Активность ревматоидного артрита оценивалась по индексу DAS_{28} (Disease Activity Score) [22]. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программы Statistica 6.0 (StatSoft. Inc., США).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Исходно во всех группах больных клинико-лабораторные показатели не различались между собой и соответствовали высокой степени активности РА. Согласно полученным данным, к 12-му месяцу терапии у всех пациентов вне зависимости от проводимого лечения отмечалось снижение показателей активности иммуновоспалительного процесса (табл.1). Через 12 месяцев лечения во второй группе пациентов имело место значимое снижение показателя DAS_{28} – с 5,07±0,13 баллов до 4,56±0,20 баллов. В группе контрольной группе больных DAS_{28} исходно составлял 5,43±0,11 баллов, а через 12 месяцев терапии - 5,07±0,12 баллов (табл.1).

Таблица 1

Динамика DAS28, ЧБС, ЧПС, ВАШ, СОЭ в исследуемых группах

Показатель	1-я группа		2-я группа	
	исходно	через 12 месяцев	исходно	через 12 месяцев
ЧБС	10,90±0,80	9,18±0,84	8,36±0,96	5,21±0,78*
ЧПС	3,30±0,47	2,84±0,42	3,80±0,74	0,54±0,13*
СОЭ (Westergren), мм/ч	35,12±4,04	30,28±3,78	27,96±3,64	31,58±4,48
Оценка состояния здоровья по ВАШ, мм	50,24±2,54	39,96±2,60	28,96±4,65	35,75±3,92
DAS_{28}, баллы	5,43±0,11	5,07±0,12	5,07±0,13	4,56±0,20*

Примечание: * -p<0,05 при сравнении показателей между группами, полученными через 12 месяцев.

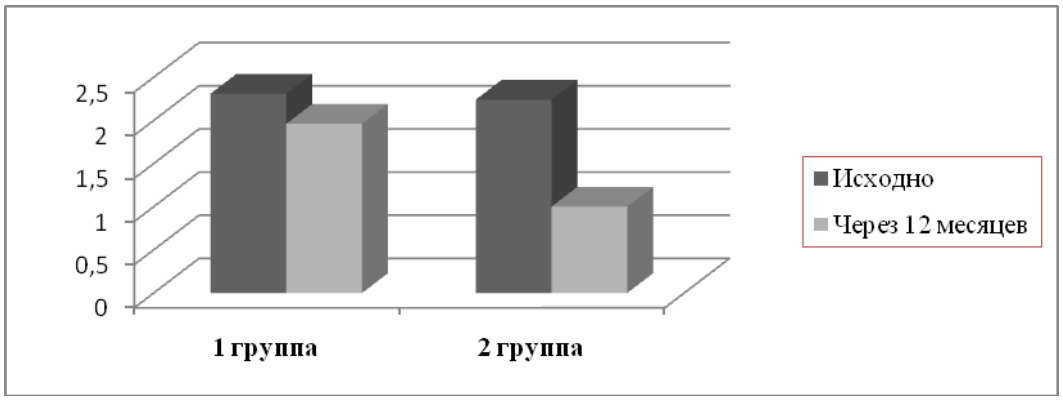

Рис.1. Динамика индекса HAQ в обследуемых группах пациентов

При исследовании функционального статуса суставов у больных РА обеих групп отмечалось снижение индекса HAQ (рис.1). Однако, следует отметить, что биологическая терапия ритуксимабом в комбинации с метотрексатом являлась более эффективной. В частности, индекс HAQ в группе пациентов, получавших ритуксимаб, исходно составлял 2,24±0,14 баллов, а через 12 месяцев - 1,00±0,09 баллов (p<0,05), что соответствует

улучшению функциональной активности суставов. В группе контроля HAQ до лечения составлял 2,31±0,11 баллов, а через 12 месяцев 1,96±0,10 баллов (p>0,05).

Наряду с этим, при определении показателей КЖ, согласно опроснику SF-36, было выявлено, что у пациентов второй группы наблюдалось достоверно значимое повышение показателей КЖ по всем шкалам опросника SF-36 (рис.2). Исходно показатели физического (PCS) и психологического (MCS) здоровья пациентов, находящихся на терапии ритуксимабом, составляли 28,78±0,71 баллов и 32,90±2,35 баллов, а через 12 месяцев лечения – 46,01±1,31 баллов и 53,80±2,18 баллов соответственно (p<0,05). В группе пациентов, получавших только метотрексат, PCS и MCS исходно составлял 33,94±1,92 балла и 29,23±0,67 балла, а через 12 месяцев - 40,77±1,56 баллов и 38,21±1,11 баллов соответственно (p<0,05).

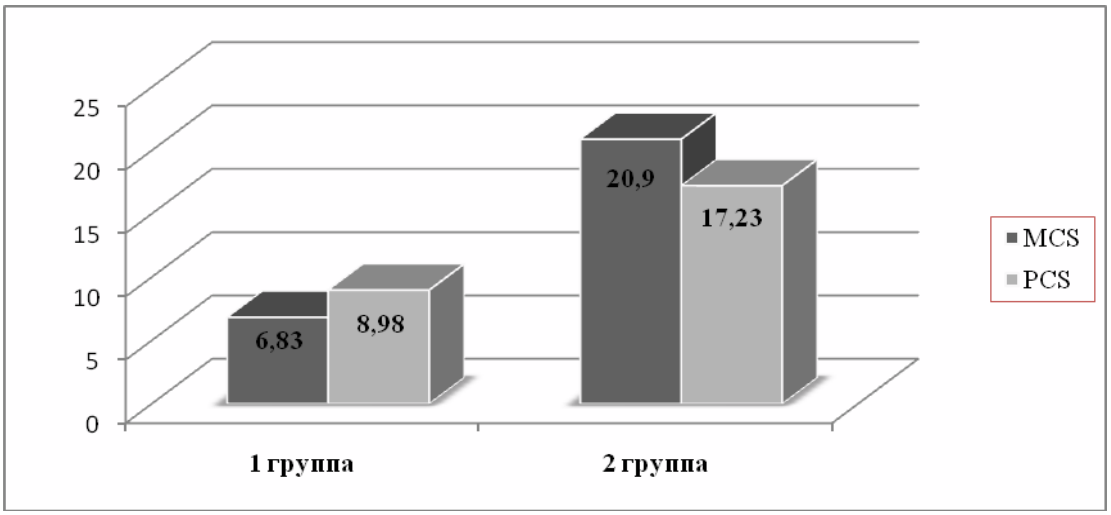

Рис. 2. Улучшение показателей качества жизни по психологическому (MSC) и физическому (PCS) показателю анкеты SF-36 в обследованных группах пациентов после 12 месяцев лечения.

При оценке эффективности проводимой терапии ритуксимабом оказалось, что через 12 месяцев во второй группе 20-процентного улучшения (ACR20) достигли 16% больных с РА, ACR50-24% и ACR70-32% пациентов. В группе контроля эффективность терапии у 14% больных соответствовала ACR20, у 10% – ACR50 и 8% – ACR70 (рис.3.).

Таким образом, комбинированная терапия ритуксимабом и метотрексатом ведет к статистически более значимому повышению физического (PCS) и психологического (MCS) компонентов КЖ пациентов с положительной динамикой индекса HAQ, по сравнению с группой больных, получавших монотерапию метотрексатом. Эти результаты подтверждают то положение, что наиболее значимый терапевтический эффект наблюдаются у пациентов, получавших РТМ в сочетании с метотрексатом, по сравнению с контрольной группой. Приведенные показатели свидетельствуют о значимом улучшении

функционального состояния суставов в группе больных РА, получавших сочетанную терапию РТМ и метотрексатом.

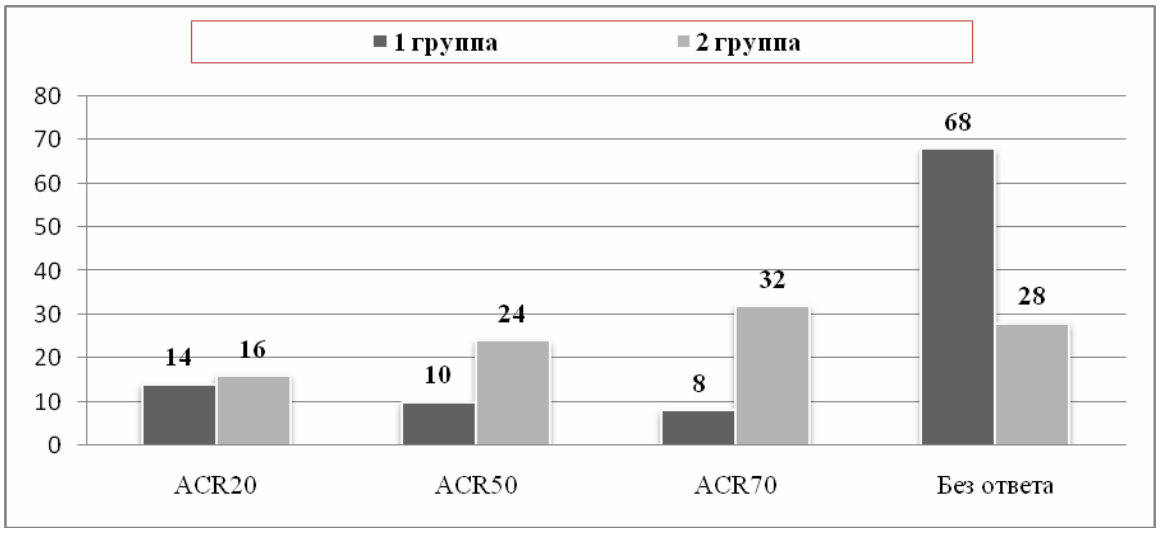

Рис. 3. Оценка эффективности терапии по критериям улучшения ACR20/50/70% в обследуемых группах пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Применение ритуксимаба в сочетании с метотрексатом при лечении больных РА оказывает более значимый положительный эффект (32% обследованных достигли ACR70), по сравнению с группой пациентов, которым была назначена монотерапия метотрексатом (8% ответчиков по ACR70).
2. Комбинированное лечение больных РА ритуксимабом и метотрексатом в дозе 10-15 мг/нед сопровождается снижением активности заболевания, улучшением показателей качества жизни по всем шкалам общего (SF-36) и специфического (HAQ) опросников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балабанова Р.М. Применение генно-инженерных биологических препаратов при ревматоидном артрите в Российской Федерации / Р.М. Балабанова, В.Н. Амирджанова, Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. — 2012. — №6. — С.10-14.
2. Вакуленко О.Ю. Взаимосвязь клинических характеристик ревматоидного артрита с трудоспособностью и производительностью труда/ О.Ю. Вакуленко, О.А. Кричевская и др.// Научно-практическая ревматология. — 2012. — №3. — С.
3. Горячев Д.В. Клинико-экономический подход к оценке терапии ревматоидного артрита / Д.В. Горячев// Медицинские технологии. Оценка и выбор. —2011. —№3. — С. 13-21.
4. Клиническая ревматология: руководство для практических врачей / Под. ред. В.И.

Мазурова.– СПб.: Фолиант, 2001.–С.88–137.
5. Насонов Е.Л. Перспективы развития ревматологии в XXI века/ Е.Л.Насонов// Русский медицинский журнал. — 2011. — №23. — С.1031-1033.
6. Насонов Е.Л. Применение моноклональных антител к В-лимфоцитам (ритуксимаб) при ревматоидном артрите в России (Предварительные результаты Российского регистра) / Е.Л. Насонов, Г.В. Лукина, Я.А. Сигидин и др. // Терапевтический архив — 2008. — №8. — С. 57–62.
7. Ревматология. Национальное руководство / Под. ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 290–291.
8. Симонова Я.О. Качество жизни больных ревматоидным артритом как критерий эффективности лечения / Я.О.Симонова, Н.М. Никитина, А.П. Ребров // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). — 2009. — Том 91. — №8. — С.79-81.
9. Arnett F.C. The American Rheumatism Assocoation 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis / F.C. Arnett, S.M. Edworth, D.A. Bloch et al.// Arthritis & Rheumatism. — 1988. —Vol.31. — P.315–324.
10. Cohen S.B. Continued inhibition of structural damage over 2 years in patients with rheumatoid arthritis treated with rituximab in combination with methotrexate / Cohen S., E. Keystone, M. Genovese et al. // Annals of the Rheumatic Diseases. — 2010. —Vol.69. — P.1158–1161.
11. Cohen S.B. Rituximab for rheumatoid arthritis refractory to anti-tumor necrosis factor therapy. Results of multicenter, randomized, double-blind, placebocontrolled, phase III trial evaluating primary efficacy and safety at twenty-four weeks / S.B. Cohen, P. Emery, M.W. Greenwald et al. // Arthritis & Rheumatism. — 2006. — Vol.54. — P. 2793–2806.
12. Edwards J.C. Do self-perpetuating B lymphocytes drive human autoimmune disease? / J.C. Edwards, G. Cambridge, V.M. Abrahams // Immunology. — 1999. — V. 97. — P. 188–196.
13. El–Gabalawy HD. Why do we not have a cure for rheumatoid arthritis?/ HD El–Gabalawy, PE. Lipsky // Arthritis Research. — 2002. — Vol.4, suppl 3. — P. S297–S301.
14. Emery P. Efficacy and safety of different doses and retreatment of Rituximab: a randomized, placebo-controlled trial in patients who are biologically naive with active rheumatoid arthritis and anadequate response to methotrexate (Study Evaluating Rituximab's Efficacy in MTX inadequate responders (SERENA)) / P. Emery, A. Deodhar, W.F. Rigby et al.// Annals of the Rheumatic Diseases. — 2010. — Vol.69. — P.1629–1635.
15. Emery P. The efficacy and safety of rituximab in patients with active rheumatoid arthritis despite methotrexate treatment. Results of a phase IIb randomized, doublelind, placebo-controlled dose-range trial/ P. Emery, R. Fleishmann, A. Filipowicz-Sosnowska et al. // Arthritis & Rheumatism. — 2006. —Vol.54. —P.1390–1400.
16. Firestein G.S. Evolving concepts of rheumatoid arthritis / G.S. Firestein // Nature. — 2003. — V. 423. — P. 356–361.
17. Gabay C. Effectiveness of different DMARD co-therapy in Rituximab-treated rheumatoid arthritis (RA) patients – results of a one-year follow up study from CERRERA collaboration/ C. Gabay, K. Chatzidionysiou, E. Nasonov et al. // Annals of the Rheumatic Diseases. —2010. — Vol.69. — Suppl.3. — P. 68.

18. Gottenberg J.E. Risk factors of severe infections in patients with rheumatoid arthritis treated with Rituximab in the Autoimmunity and Rituximab (AIR) registry/ J.E. Gottenberg, P. Ravaud, T. Bardin et al. // Arthritis & Rheumatism. — 2010. — Vol.62. —P.2625–2632.
19. Keystone E. Sustained efficacy is achieved with repeat courses of rituxumab in patients with rheumatoid arthritis with inadequate response to one or more TNF inhibitors / E. Keystone, R. Fleishmann, P. Emery et al. // Rheumatology. — 2010. — Vol.49. — Suppl.1. —P. 98.
20. Panayi G.S. The immunopathogenesis of rheumatoid arthritis/ G.S. Panayi // Br. J. Rheumatol. — 1993. — V. 32. — Suppl. 1. — P. 4–14.
21. Pincus T. Toward a multy-dimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ) – assessment of advanced activities of daily living and psychological status in the patient-friendly health assessment questionnaire format / T. Pincus, C. Swearingen, F.Wolfe // Arthritis & Rheumatism. — 1999. — Vol.42. —P.2220–2230.
22. Prevoo M.L.L. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joints counts/ M.L.L. Prevoo, M.van Hoff, H.H. Kuper et al.// Arthritis & Rheumatism. —1995. —Vol.38. — P.44–102.
23. Reff M.E. Depletion of B cells in vivo by a chimeric mouse human antibody to CD20/ M.E. Reff, K. Carner, K.S. Chambers et al.// Blood. — 1994. —Vol.83. — P.435–45.
24. Rubbert-Roth A. Efficacy and safety of various repeat treatment dosing regimes in Rituximab in patients with active rheumatoid arthritis: results of a phase III randomized study (MIRROR) dosing regimens of rituximab in patients with active RA: results of a phase III randomized study (MIRROR) / A. Rubbert-Roth, P.P. Tak, C. Zebrini et al.// Rheumatology. — 2010. — Vol.49. —P.1683–93.
25. Verstappen S.M.M. Overview of work disability in rheumatoid arthritis patients as observed in crosssectional and longitudinal surveys / S.M.M. Verstappen, J.W. Bijlsma, H. Verkleij et al.// Arthritis & Rheumatism. — 2004. — Vol. 51, №. 3. — P. 488–497.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

София Разметовна Авлохова, аспирант кафедры терапии и ревматологии им.Э.Э.Эйхвальда, врач-терапевт клиники Э.Э.Эйхвальда СЗГМУ им. И.И.Мечникова. E-mail: s.avlokhova@mail.ru, Телефон: 8(921)849-91-53

УДК 613. 22. / 955 (1 - 22) (470. 57)

© А.Г. Масагутова, Т.Р. Зулькарнаев, Е.А. Поварго, 2013

А. Г. МАСАГУТОВА, Т. Р. ЗУЛЬКАРНАЕВ, Е.А. ПОВАРГО

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г Уфа

Резюме: *Проведено исследование фактического питания с целью оценки алиментарного статуса и физического развития сельских школьников. Установлено, что питание большинства сельских школьников является несбалансированным, нерациональным, что приводит к нарушению пищевого статуса школьников и, как следствие, к возможному ухудшению состояния их здоровья.*

Ключевые слова: *рациональное питание, сельские школьники, алиментарный статус, физическое развитие.*

A. G. MASAGUTOVA, T. R. ZULKARNAEV, E.A. POVARGO

HYGIENIC CHARACTERISTICS OF THE NUTRITION OF RURAL SCHOOLCHILDREN OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *Research of the actual food for the purpose of an assessment of the alimentary status and physical development of rural schoolchildren is conducted. It is established that a food of the majority of rural schoolchildren is unbalanced, irrational that leads to violation of the food status of schoolchildren and, as a result, to possible deterioration of a condition of their health.*

Keywords: *rational nutrition, rural schoolchildren, alimentary status, physical development.*

Актуальность. Детское и подростковое питание тесно сопряжено с процессами обмена веществ в организме и является одним из ключевых факторов, определяющих темпы роста ребенка, его гармоничное развитие, способность к различным видам и формам обучения, адекватную иммунную реакцию, устойчивость к действию инфекций и других неблагоприятных влияний внешней среды. Рациональное питание принадлежит к числу факторов, играющих ключевую роль в поддержании здоровья детей и подростков, их высокой работоспособности и устойчивости к действию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов [4]. В литературе имеются публикации о характере

питания и алиментарном статусе сельских школьников Оренбургской [3], Нижегородской [1] областей, однако исследования этой проблемы в нашей регионе в последние годы не проводились.

Цель работы: Гигиеническая оценка особенностей питания и алиментарного статуса сельских школьников Республики Башкортостан.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 483 сельских школьника, среди них 180 учащихся младшего, 233 среднего и 70 старшего школьного возраста. В программу исследования входило анкетирование родителей и детей с использованием специально разработанной анкеты, позволяющей оценить полноценность и сбалансированность питания по частоте включения в рацион тех или иных продуктов питания, а также особенности режима приема пищи. Индивидуальная оценка физического развития была дана при помощи центильного метода с использованием региональных центильных таблиц [2]. При обработке и анализе полученных данных применялись общепринятые методы математической статистики с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel-XP». В ходе анализа были рассчитаны средние величины (M), ошибки средних величин (±m), достоверность различий показателей определялась по критерию Стьюдента (t). Результаты исследований считались достоверными, если их вероятность была не менее 95% (уровень значимости $p<0,05$).

Результаты и обсуждение. Установлено, что питание большинства учащихся не соответствуют принципам рационального и адекватного питания. Как известно, мясо, рыба и яйца являются основными источниками высококачественных животных белков, способствующих нормальному росту и развитию детей и их устойчивости к действию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов. Однако, в наших исследованиях установлено недостаточное потребление мяса: доля детей, регулярно его употреблявших, среди обучающихся младшего школьного возраста была 17,7±2,84%, среди среднего - 15,9±2,23% и среди старшеклассников - 21,7±4,44%. Оптимальная частота потребления рыбы (1-2 раза в неделю) характерна для 76,2±3,17% детей младшего школьного возраста, 70,0±2,79% среднего и 72,5±4,81% старшего школьного возраста. Из детей младшего школьного возраста яйца 1 раз в 2-3 дня употребляют всего 17,0±2,79% обследованных, среди обучающихся среднего и старшего школьного возраста эта величина составляла 22,7±2,55% и 17,4±4,09% соответственно.

Молоко и молочные продукты являются источником не только белка и жира, но и одним из основных поставщиков легкоусвояемого кальция, необходимого для образования костной ткани и формирования многих других физиологических процессов. Установлено, что

ежедневно молоко и молочные продукты употребляют лишь 30,4±3,42% младших школьников, 26,6±2,69% детей среднего и 26,1±4,74% старшего школьного возраста.

Общеизвестно, что в питании школьников необходимо широко использовать фрукты и овощи, которые являются важнейшими источниками аскорбиновой кислоты, биофлавоноидов, β -каротина, ряда минеральных веществ. Однако ежедневно в рационе питания фрукты присутствуют только у 16,0±2,72% детей младшего, 26,2±2,68% среднего и 29±4,89% старшего школьного возраста, а овощи у 18,2±2,87%, 25,3±2,65% и 30,4±4,96% соответственно.

Обязательно в рацион питания школьников должны быть включены крупяные и макаронные изделия, обеспечивающие детей углеводами (преимущественно крахмалом), растительными волокнами, витаминами Е, B_1, B_2, PP, магнием и др. Однако в повседневном рационе сельских школьников крупяные и макаронные блюда встречаются достаточно редко – у 16±2,72% детей младшего, 18,5±2,37% среднего и 18,8±4,21% старшего школьного возраста.

Недостаточная частота потребления сливочного масла, наблюдаемая у 19,3±2,93% детей младшего, 21,9±2,52% среднего и 23,2±4,55% старшего школьного возраста, может привести к дефициту ряда эссенциальных пищевых веществ, в том числе липоидов, витаминов А, Е, D.

По данным анкетирования, оптимальное 4х-разовое питание имеют 77,3±3,11% младших школьников, 78,5±1,66% детей среднего школьного возраста и гораздо меньше старшеклассников (59,4±2,69%; $p<0,001$). В то же время, каждый пятый обучающийся младшего (20,4±3,0%) и среднего (19,3±2,59%) возраста и каждый третий старшеклассник (37,7±5,8%; $p<0,001$) питаются только 3 раза в день, а 2,2±1,09% детей младшего, 2,1±0,94% среднего и 2,9±2,02% старшего школьных возрастов даже 2 раза. Не получают горячего питания в школе 3,9±1,44% учащихся младших, 9,0±1,46% средних и 1,4±1,41% ($p<0,01$) старших классов. Было также установлено, что 8,3±2,05% младших школьников, 4,7±1,39% детей среднего школьного возраста и достоверно больше учащихся старших классов (13,1±4,06%; $p<0,01$) постоянно питаются всухомятку. Как видно, основные нарушения в режиме питания достоверно чаще встречаются у старшеклассников.

Чувство голода во время пребывания в школе достоверно чаще возникает у старшеклассников (ежедневно у 30,4±5,54% по сравнению с 17,1±2,80% у младшего и 20,2±2,63% у среднего школьного возраста, $p<0,01$). Соответственно, чувство усталости после школы испытывают чаще также старшеклассники (42±5,94%), с возрастом доля таких

детей достоверно уменьшается до 32,6±3,07% у среднего и 22±3,08% младшего школьного возраста (p<0,001).

Известно, что с характером питания тесно связаны показатели физического развития, особенно соотношение рост – масса тела. Выявлено, что гармоничное физическое развитие имеют 73,5% школьников, у 18,4% детей развитие оценено как дисгармоничное, а у 8,1% - резко дисгармоничное. Установлено, что за счет избыточности или, напротив, недостаточности массы тела относительно роста ребенка доля детей с гармоничным физическим развитием уменьшается с возрастом с 79,0±3,03% среди учащихся младшего школьного возраста до 73,4±2,90% в среднем и 59,4±5,91% в старшем школьном возрасте (p<0,05).

Выводы.

1. Установлена недостаточность в фактическом питании школьников ряда полноценных продуктов и нарушение режима питания.

2. Нарушения в характере питания проявляются дисгармоничностью физического развития практически у каждого четвертого школьника (26,5±2,01%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Матвеева Н.А., Назарова Л.В., Чекалова Н.Г. [и др.]. Особенности морфофункционального статуса школьников сельской местности. Гигиена и санитария. 2011; 4: 62-5.
2. Центильные таблицы для оценки физического развития школьников г. Уфы: Методические рекомендации. Уфа.; 2012.
3. Сетко Н.П., Бородина Е. С., Валова А. Я. Гигиеническая характеристика питания учащихся общеобразовательных учреждений города и села. Гигиена и санитария. 2012; 3: 46-8.
4. Тутельян В.А., Конь И.Я. Руководство по детскому питанию. М.: Медицинское информационное агентство; 2004.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Масагутова Алина Галиевна, ассистент кафедры общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин МПФ ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 8-9191494752, alina.xamitova@mail.ru

Зулькарнаев Талгат Рахимьянович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин МПФ ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России

Поварго Елена Анатольевна, доцент кафедры общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин МПФ ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России

УДК 616-002.5:362.13

© С.А. Юдин, А.С. Борзенко, В.В. Деларю, С.Г. Гагарина, А.А. Калуженина, 2013

С.А. ЮДИН, А.С. БОРЗЕНКО, В.В. ДЕЛАРЮ, С.Г. ГАГАРИНА, А.А. КАЛУЖЕНИНА

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России

Резюме. *В статье рассмотрены причины затрудняющие лечение пациентов в противотуберкулезных санаториях на основании анонимного анкетирования больных туберкулезом, (n=584), врачей фтизиатров (n=92) г. Волгограда. Основными причинами, затрудняющими проведение санаторного лечения, являются: отсутствие предложения лечащего врача или отказ в направлении больного в санаторий; семейные обстоятельства и финансовые затруднения. В санаторий направляется только 22,5% больных, а более 70% санаторного лечения не получает. Внутренние противоречия фтизиатрической службы по направлению больных на санаторное лечение в целом приводят к его неэффективности и требуют усовершенствования организационно методических мероприятий.*

Ключевые слова: *туберкулез, санаторное лечение, анкетирование.*

S.A. YUDIN, A.S. BORZENKO, V.V. DELARYU, S.G. GAGARINA, A.A. KALUZHENINA

SOME ASPECTS OF SANATORIUM TREATMENT TUBERCULOSIS PATIENTS

Volgograd State Medical University

Abstract*. In article are considered the reasons of complicating treatment of patients in antituberculosis sanatoria on the basis of anonymous questioning of tuberculosis patients (n=584) and phthisiatricians (n=92) in Volgograd. The main reasons of complicating carrying out sanatorium treatment, are: absence of the proposal of the attending physician or refusal in the direction of the patient in sanatorium; family circumstances and financial difficulties. There were only 22,5% of patients go to sanatorium, and more than 70% of tuberculosis patients didn't receive sanatorium treatment. Internal contradictions of tuberculosis service in the direction of patients on sanatorium treatment as a whole lead to its inefficiency and demand improvement organizationally methodical actions.*

Keywords*: tuberculosis, sanatorium treatment, questioning.*

Актуальность. В доантибактериальную эру пребывание в санаториях и курортах было основным методом лечения всех форм туберкулеза. В настоящее время оно сохраняет свое значение как один из этапов в комплексе лечебных и профилактических мероприятий при туберкулезе [5].

Сочетание благоприятных природных факторов, физических методов и кумысолечение способствуют реабилитации больных туберкулезом.

На курортах и санаториях на протяжении столетий кумыс применялся для лечения туберкулеза. Открытие антибиотиков и химиопрепаратов противотуберкулезного действия снизили интерес фтизиатров к вопросам кумысолечения в санаториях. Однако лечение туберкулеза с помощью современной химиотерапии выявило различные теневые стороны этого метода [6]. Большой опыт кумысолечения в санаториях Башкортостана и Волгоградской области доказывает его эффективность в патогенетическом лечении туберкулеза. Башкортостан в настоящее время занимает лидирующие позиции в современном кумысолечении.

Санаторное лечение благоприятно влияет на реабилитацию больных туберкулезом, как с высокой степенью отягощенности сопутствующей патологии, так и при начале лечения в санатории после выявления заболевания, в том числе при наличии каверн, бактериовыделения с ЛУ МБТ[1,3].

Особое значение приобретает кумысолечение в настоящее время в связи с прогрессирующей лекарственной устойчивочстью у больных туберкулезом.

Проблемы, связанные с санаторным лечением носят в основном организационно-финансовый характер и схожи для многих регионов, в результате чего сужается санаторно-курортная база[4,5].

Местные санатории Волгоградской области расположены в степной зоне, удалены от промышленных объектов и активно применяют кумыс в лечении больных туберкулезом.

В современных условиях сохраняющейся напряженной эпидемилогической ситуации по туберкулезу в РФ и Волгоградской области, крайне важно использовать максимально эффективно потенциал туберкулезных санаториев.

Целью исследования явилось изучение причин (медико-социальных факторов) затрудняющих лечение пациентов в противотуберкулезных санаториях.

Материалы и методы: проведено анонимное анкетирование больных туберкулезом в количестве 584 человек находившихся на лечении в стационарных отделениях противотуберкулезных диспансеров (сплошные гнездовые выборки), 92 врачей фтизиатров (метод основного массива) г. Волгограда в 2012 году с учетом принятых в социологии

требований [2]. Для оценки достоверности полученных результатов вычислялся критерий достоверности t по Стьюденту.

Результаты и их обсуждение. В Волгоградской области больные туберкулезом для продолжения лечения направляются как в санатории федерального значения, так и местные санатории. На территории области действуют 3 сезонных противотуберкулезных санатория - «Волго-Дон, «Николаевский» и «Палласовский», где лечение кумысом имеет немаловажное значении. Все санатории сохранили коечный фонд, несмотря на сложное финансово-экономическое положение, и он составляет 560 коек.

Среди фтизиатрических пациентов – 47% уверены, что после стационарного этапа лечения необходимо продолжить долечивание в условиях санатория, 26,2% предпочитают продолжить лечение в домашних условиях и - 16,5% продолжить лечение в условиях диспансерного отделения. Затруднились ответить - 10,3% пациентов.

За продолжение лечения в санатории высказались пациенты моложе 60 лет (48,5% и - 36,7% случаев; $p<0,001$), женщины (52,0% и 45,4% случаев; $p<0,05$), с высшим образованием (54,9% и 45,6% случаев; $p<0,01$).

За продолжение лечения в диспансерном отделении высказались пациенты в возрасте старше 60 лет (22,8% и 15,7% случаев; $p<0,01$), женщины (22,0% и 14,8% случаев; $p<0,01$). Уровень образования на данный показатель достоверного влияния не оказал ($p>0,05$).

Предпочитают лечиться дома пациенты мужского пола (28,4% и 20,0% случаев; $p<0,001$), при этом большинство опрошенных имеет среднее образование (27,3% и 19,5% случаев; $p<0,01$).

Затруднились в выборе места долечивания после выписки из стационара мужчины ($p<0,001$), со средним образованием ($p<0,05$).

Фтизиатры в - 56,5% случаев уверены, что лечение после выписки из стационара необходимо продолжить в санатории, а оставшиеся - 41,3% считают, что в диспансерном отделении противотуберкулезного диспансера. Затруднился ответить только 1 человек и 1 ответил, что дома.

Отдают предпочтение санаторному долечиванию врачи стационарного отделения в - 61,1% случаев, а врачи диспансерного отделения в - 53,6% соответственно, при этом молодые врачи уверены в этом больше, чем более опытные коллеги в - 60,9% против – 55,1% соответственно ($p>0,05$).

За продолжение лечения в диспансерном отделении наоборот высказались чаще врачи амбулаторной службы в - 44,6% против – 36,1% врачей стационарного отделения и со стажем работы более 10 лет в - 42,1% и 39,1% соответственно ($p>0,05$).

При этом большинство фтизиатров – 81,5% отметили, что в действительности после выписки из стационара пациенты долечивались в условиях диспансерного отделения и лишь единицы врачей сказали, что в санатории. Здесь практически полностью совпало мнение врачей диспансерного и стационарного отделений, как молодых, так и опытных специалистов. Однако - 17,4% врачей указали, что их пациенты лечились дома, причем так считали как врачи диспансера, так и врачи стационара. Затруднившихся ответить врачей не было.

Таким образом, мнения врачей и пациентов о месте продолжения лечения после выписки из стационара практически совпали, однако место работы и стаж врачей оказал определенное влияние на результаты анкетирования.

Безусловно полезным санаторное лечение считает половина опрошенных пациентов – 49,8%, третья часть пациентов - 28,8%, ответили «скорее, да». Сомневаются в полезности санаторного лечения - 6,5% больных, они ответили «скорее нет». Категорически против, высказались только - 1,7% пациентов. Затруднились ответить - 13,2% больных.

Фтизиатрами по данному вопросу были высказаны следующие мнения: считают безусловно полезным санаторное лечение - 54,3%, скорее полезным - 33,7%. Высказали сомнения - 10,9% респондентов, а отрицательных ответов не получено ни одного. Затруднились ответить - 1,1% опрошенных.

Фтизиатров, кто был категорически против санаторного лечения, не оказалось, хотя некоторые сомнения все же высказали - 8,9% врачей диспансерного и - 13,8% врачей стационарного отделений, фтизиатры со стажем до 10 лет и более упоминали об этом в - 13,0% и - 10,1% случаев соответственно ($p>0,05$). Затруднился ответить 1 человек.

Таким образом, мнения врачей и пациентов о полезности санаторного лечения практически совпали, о чем говорили 88% фтизиатров и 78,6% пациентов.

В тоже время, понимая и осознавая важность и необходимость санаторного лечения, реально, по мнению фтизиатров, в санаторий после выписки из стационара направляются «практически все» пациенты, только в - 2,1% случаев, около половины больных в - 4,2%, одна треть пациентов в - 16,2% случаев и в - 70% случаев фтизиатры ответили, что это только единицы больных. Затруднились ответить - 7,5% фтизиатров.

Согласно результатам анкетирования наиболее частой причиной мешавшей получению долечивания в условиях санатория, пациенты, в - 21,9% случаев указали, что врачи не предлагали или отказывали в этом, 12,7% отметили наличие «семейных обстоятельств», 11% связывают с финансовыми трудностями, 5,1% не устраивают условия в

санатории, 3,9% указали на отказ со стороны органов социальной защиты (ФСС) и только - 2,6% больных получили отказ из-за наличия противопоказаний к санаторному лечению.

Необходимо отметить, что - 15,8% больных значимых причин, которые помешали бы долечиванию в санатории, не указали. «Другие причины», которые не устраивали пациентов, назвали - 10,4% опрошенных. Затруднились ответить - 28,1% респондентов.

Распределение влияния возрастного, гендерного и образовательного факторов на оценку имевшиеся причин выразилось следующим образом:

● На отказ или отсутствие предложения о направлении в санаторий чаще акцентировали внимание пациенты мужского пола в - 23,3% случаев, а женщины в - 18,0% соответственно ($p<0,05$).

● Отказались от санаторного лечения в виду семейных обстоятельств пациенты независимо от возрастного, гендерного и образовательного факторов ($p>0,05$).

● Отказались от санаторного лечения по материальным соображениям чаще молодые пациенты по сравнению с лицами старшего возраста (11,5% и 7,6% соответственно; $p<0,05$) и пациенты со средним образованием (11,8% и 6,01% соответственно; $p<0,05$).

● Не устраивают условия пребывания в санатории, чаще мужчин, чем женщин(6,0% и 2,7% случаев; $p<0,01$).

● Отметили отказ со стороны органов социальной защиты в направлении в санаторий чаще мужчины, чем женщины, (5,1% и 0,7% случаев; $p<0,01$) и пациенты с высшим образованием (6,1% и 3,6% соответственно; $p<0,05$).

● Вполне понятно, что о наличии противопоказаний чаще упоминали пациенты старше 60 лет (6,3% против 2,0% пациентов более молодого возраста; $p<0,001$).

● Среди тех пациентов, кто не видит причин, которые мешали бы им получить санаторное лечение, женщины говорили об этом чаще, чем мужчины в 19,3% и 14,5% случаев соответственно; $p<0,05$), и лиц с высшим образованием было достоверно больше, чем со средним (20,7% и 14,9% соответственно; $p<0,02$).

● Наличие других причин чаще упоминали при ответах пациенты имеющие среднее образование, чем высшее (11,4% и 4,9% случаев соответственно; $p<0,001$).

Проведенный компаративный анализ мнений врачей (фтизиатров) и самих пациентов фтизиатрического профиля показал, что большинство пациентов (47%), так и врачей (56,5%) отдает предпочтение дальнейшему лечению после выписки из стационара в условиях санатория, что соответствует принятому порядку оказания помощи больным туберкулезом (стационар – санаторий – диспансер). В то же время признают полезным санаторное лечение 88% фтизиатров и 78,6% пациентов. Необходимо отметить, что, безусловно уверены в этом

пациенты моложе 60 лет, женского пола имеющие высшее образование. Сомневаются в пользе санаторного лечения пациенты старше 60 лет, мужчины со средним образованием.

Врачи стационарной службы считают, что пациенты должны продолжить лечение в санатории, а врачи амбулаторной службы наоборот, высказываются за продолжение лечения в диспансерном отделении. Такое разделение мнений свидетельствует об отсутствии преемственности в лечении больных внутри единой фтизиатрической службы.

Более половины фтизиатров (56,6%) считают, что необходимо продолжить лечение после выписки из стационара в санатории, а реально в санатории практически никто из выписанных пациентов не долечивается (1,1%). Полученные данные свидетельствуют о недостаточности проводимых организационных мероприятиях фтизиатрической службой по направлению больных из стационара в санаторий.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что абсолютное большинство фтизиатров (88,0%) считают необходимым продолжить долечивание больных после выписки из стационара в условиях санатория, однако реально туда данный контингент больных они не направляют. В результате лечение в санатории получают только - 16,2% больных, а более - 70,0% больных санаторным лечением не охвачены. Это свидетельствует о недостаточной работе проводимой фтизиатрами по направлению фтизиатрических пациентов на санаторное долечивание, в результате чего не в полной мере используется потенциал санаториев для полноценной реабилитации больных, тем более, что Волгоградской области имеется 3 местных противотуберкулезных санатория с достаточным количеством коек.

Если объединить факторы, которые затрудняют продолжение лечения в санатории и мало зависят от самих пациентов, такие как: отсутствие предложений лечащего врача продолжить лечение в санатории - 21,9%, отсутствие видимых причин мешающих продолжить лечение в санатории, но эти пациенты не были направлены туда - 15,8% и - 28,1% затрудняющихся четко назвать причины, что им мешает то в итоге - 65,8% больных туберкулезом не получают своевременного санаторного лечения и как следствие полноценной реабилитации. Следует обратить внимание, что противопоказания имели только - 2,6% опрошенных.

Однако необходимо отметить, что почти половина врачей фтизиатров (41,3%) предпочитает все же продолжить лечение в условиях диспансерного отделения противотуберкулезного диспансера, в этом их поддерживает и - 16,5% больных. И обращает особое внимание тот факт, что каждый четвертый пациент (26,2%) хотел бы лечиться в домашних условиях, с чем категорически не согласны врачи (1,1%).

Выводы.

1. Большинство фтизиатрических пациентов и врачей фтизиатров считают необходимым продолжить лечение после выписки из стационара в санатории и считают его полезным.

2. В противотуберкулезных диспансерах отсутствует активная, планомерная работа по направлению больных в санатории и тесный контакт фтизиатров стационарного и диспансерного профиля, в результате чего в санаторий направляется только 22,5% больных, а более 70% санаторного лечения не получает.

3. В отказах больных от санаторного лечения у колеблющихся пациентов, превалируют семейные обстоятельства и финансовые трудности и кроме того убедительной аргументации в необходимости санаторного лечения больные от лечащего врача не получают. Несмотря на это, потенциал местных туберкулезных санаториев используется не в полной мере, что реально затрудняет возможность получения излечения и реабилитации, а также проведение профилактики обострений туберкулезного процесса. (Особенно в условиях кумысотерапии).

4. Внутренние противоречия фтизиатрической службы по направлению больных на санаторное лечение в целом приводят к его неэффективности и требуют усовершенствования организационно методических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбунова Л.А., Казимирова Н.Е., Иноходова И.Н. Социальные и медицинские проблемы полноценной реализации реабилитационного потенциала впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания // Туберкулез и болезни легких: Материалы IX съезда фтизиатров России. - 2011. - № 4. - С. 107.
2. Девятко И.Ф. Методы социологического исследования: Учебное пособие. – 6-е изд. М.: КДУ, 2010. – 295с.
3. Доманская Т.Х., Мишин В.Ю., Садовский А.И.Эффективность медицинской реабилитации у впервые выявленных больных туберкулезом легких в условиях туберкулезного санатория // Туберкулез и болезни легких: Материалы IX съезда фтизиатров России. - 2011. - № 4. - С. 130-131.
4. Карасев Г.Г., Лозовская М.Э., Захарова О.П. Значение туберкулезных санаториев для детей и подростков в условиях напряженной социальной и эпидемиологической ситуации // Туберкулез и болезни легких: Материалы IX съезда фтизиатров России. - 2011. - № 4. - С. 181-182.
5. Перельман М.И., Богадельникова И.В. Фтизиатрия:учеб. Для студентов учреждений высш. проф. образования [4-е изд., прераб. и доп.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 448 с.
6. Шамаев А.Г. Кумыс. – Уфа: Китап, 2007. – 312 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Юдин Сергей Александрович – ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России», докторант кафедры фтизиопульмонологии, кандидат медицинских наук; Рабочий телефон: 45-08-14; Мобильный телефон: 8-905-061-87-25; Адрес: 400131, Волгоград, Пл.Павших борцов, д.1 e-mail – su1694@yandex.ru

А.С. Борзенко - ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России», профессор, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии, доктор медицинских наук; Рабочий телефон: 23-67-78; Адрес: 400131, Волгоград, Пл. Павших борцов, д.1. e-mail – as.borzenko@mail.ru

В.В. Деларю - ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России», профессор, профессор кафедры общей и клинической психологии, кандидат медицинских наук, доктор социологических наук; Рабочий телефон: 97-13-99 Адрес: 400131, Волгоград, Пл. Павших борцов, д.1. e-mail – vvdnvd@gmail.com

С.Г. Гагарина - ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России», ассистент кафедры фтизиопульмонологии, кандидат медицинских наук. Рабочий телефон: 23-67-78; Адрес: 400131, Волгоград, Пл. Павших борцов, д.1. e-mail – s.g.gagarina@mail.ru

А.А.Калуженина ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России», ассистент кафедры фтизиопульмонологии, кандидат медицинских наук. Рабочий телефон: 23-67-78; Адрес: 400131, Волгоград, Пл. Павших борцов, д.1. e-mail – peace81.81@mail.ru

УДК 616.7-053.2-08-035-036.82/.81

©А.В. Рогов, Е.И. Нечаева , 2013

А.В. РОГОВ, НЕЧАЕВА Е.И

СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

ОГКУ «Реабилитационный Центр ЗАТО Северск для детей и подростков с ограниченными возможностями»

Резюме. *В статье приведены материалы медико-социальной реабилитации детей с ортопедической патологией.*

Ключевые слова*: реабилитация, детский церебральный паралич, юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости.*

A.V. ROGOV, E. I. NECHAEVA

METHOD OF REHABILITATION OF CILDREN WITH ORTHOPEDIC PATHOLOGY

Regional State Establishment “ Rehabilitation Centre Administrative Territorial Unification Seversk for children and youth with limited possibility closed”

Abstract. *The article shows the data on medical-and-social rehabilitation of children with orthopedic pathology.*

Keywords*: rehabilitation, cerebral palsy, juvenile femur head slipped epiphyses*

Реабилитация детей с ортопедической патологией сложна и длительна. Эффективность её определяется мотивацией ребёнка к занятиям, степенью ограничения движения, болевым синдромом. Работая в Реабилитационном центре, мы создали тренажёр с декомпрессионным воздействием на позвоночник и конечности (1). Тренажёр стал помогать больным детям с ДЦП, артрогрипозом, юношеским эпифизиолизом. В качестве примера приведу схему занятия ребёнка (11 лет) с перенесённой операцией передняя ротационная остеотомия правого бедра (юношеский эпифезиолиз).

Целью занятия на тренажёре явилось улучшение подвижности в тазобедренных и голеностопных суставах.

Разработанная методика позволила решить следующие **задачи**:

- увеличение подвижности в суставах нижних конечностей;

- формирование навыков прямостояния;

- повышение эмоционального настроя ребёнка.

Техническое обеспечение: пучок эластичных тяг (вакуумная резина ТУ 38105881-85), которые натянуты к фиксаторам на противоположных стенах зала на высоте 2,2 метра. Тяги к нижним и верхним конечностям (вакуумная резина, веревки).

Методика (этапы):

1. Ребенка укладывают спиной на коврик.

2. Инструктор фиксирует нижние конечности верёвками, которые прикреплены к пучку эластичных тяг. Пучок зависит от возможностей ребёнка осуществлять движение и варьирует от 2 до 7 эластичных тяг. В руки ребёнка даётся эластичная резина с хватом. Ребёнок берётся руками за хват (рис.1).

3. Инструктор располагается лицом к ребенку и показывает задание.

Рис.1

Рис.2

Рис. 3

Рис.4

4. Ребёнок осуществляет движение под контролем и коррекций движений инструктором и врачом (рис.2). Из исходного положения лежа на спине, хватом прямыми руками за резиновый жгут, ноги в «хвате», согнуты в коленных суставах под углом 90^0 - тяга

руками и ногами (рис.3,4). Работают сгибатели плеч и ног, трапециевидная, подвздошная. Упражнение выполняется 10-15раз, отдых 30 секунд.

5. В дальнейшем происходит усиление нагрузки на руки и весь организм путём присоединения к жгуту большего числа эластичных тяг (рис.5).

Рис.5

6. Время занятия на тренажёре от 2 до 30 минут. Интенсивность выполнения упражнений зависит от состояния ребёнка. Нагрузка идёт с увеличением времени. Противопаказанием к занятиям - острый послеоперационный болевой синдром.

Критерием эффективности занятий по предложенной нами методике являлся конечный результат, заключающийся в том, что перед началом восстановительных мероприятий ребёнок передвигался с помощью костылей, а по окончании реабилитационных мероприятий он обходился без них.

Таким образом, применение предложенной методики реабилитации детей с ДЦП, артрогрипозом, юношеским эпифизиолизом на тренажёре позволяет проводить реабилитацию детям с опорно-двигательными нарушениями, значительно уменьшая их ограничения жизнедеятельности по таким категориям как передвижение, самообслуживание и игровая деятельность (2).

Аналогичные положительные результаты были получены ещё у трёх детей из четырёх. У одного ребёнка положительные результаты отсутствовали. Занятия прервались острым респираторным заболеванием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пат. 106546106546 Российская Федерация МПК: А 63 В Тренажёр Рогова- Власова / / А.В. Рогов, А. Ю. Власов.- № 2010130710/22, опубл. 20.07.11
2. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (II раздел «Номенклатура нарушений» / Минздравмедпром России. - М., 1995.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Рогов Артем Валерьевич – врач-педиатр высшей категории Реабилитационного центра для детей с ограниченными возможностями г. Северска Томской области.

Тел. 8923 4057765, сайты: rogov.tom.ru, arzt.tomsk. ru

Нечаева Елена Иннокентьевна к.м.н кафедры восстановительной медицины, физиотерапии и курортологии ФПК и ППС ГОУ ВПО Сибирского государственного медицинского университета.

Юридический адрес организации: ОГКУ «Реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями ЗАТО Северск» 636017, Томская область, город Северск, ул. Транспортная 90, а/я 553 . Телефон (3823)99-59-40; Факс: (3823)52-13-28;

Электронная почта: det_reabilit@front.ru

Директор: Хлыбова Ирина Владимировна.

УДК 616.366-003.7-06 : 616.341-007.272

© В.С. Пантелеев, 2013

В.С. ПАНТЕЛЕЕВ

ОСТРАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ ЖЕЛЧНЫМ КАМНЕМ

ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа
Башкирский государственный медицинский университет

Резюме. *В статье представлен случай из практики редкой острой обтурационной тонкокишечной непроходимости, вызванной желчным камнем, мигрировавшим через соустье между желчным пузырем и желудком у пациентки 72 лет.*

Ключевые слова: *желчный камень, тонкокишечная непроходимость.*

V.S. PANTELEEV

ACUTE INTENSTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY GALLSTONES

Regional clinical hospital named efter G.G. Kuvatov, Ufa
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. *The article presents a case study of rare acute obstructive intestinal obstruction caused by a gallstone, migrated through the fistula between the gallbladder and the stomach.*

Keywords: *gallstone, intestinal obstruction.*

Обтурационная кишечная непроходимость, вызванная желчным камнем, составляет 6% всех наблюдений механической кишечной непроходимости и встречается у 3,4% больных с желчнокаменной болезнью [3]. Камень в кишку может попасть двумя путями: через образовавшийся свищ между желчным пузырем или желчным протоком и кишкой и через общий желчный проток. Первый путь встречается значительно чаще. Во всех доступных литературных источниках описаны случаи миграции камня из желчного пузыря в кишку через пузырно-дуоденальный свищ, источников описания перемещения камня через пузырно-желудочное соустье мной не найдено. Учитывая редкость данной патологии и трудность ее диагностики, привожу свое клиническое наблюдение.

Больная Б., 72 лет поступила в отделение гастрохирургии Республиканской клинической больницы (РКБ) им. Г.Г. Куватова, г. Уфа 24.06.13г. в экстренном порядке с

подозрением на аппендикулярный инфильтрат либо опухоль слепой кишки с явлениями кишечной непроходимости. Больной себя считает в течение 14 суток, когда появились боли по всему животу, локализовавшиеся в последующем в правой подвздошной области, а также тошноту, периодическую рвоту желудочным содержимым. Особенностью болей в животе было то, что они периодически успокаиваясь, возобновлялись с еще большей интенсивностью. Характерные для данного вида кишечной непроходимости абдоминальные боли описаны и другими авторами [2,3]. Больной было назначено консервативное лечение, включающее в себя: инфузионную, антибактериальную, спазмолитическую, обезболивающую, кардиотропную терапию. Параллельно с лечением проводился пассаж бария по кишечнику. Несмотря на проводимые мероприятия в процессе динамического наблюдения явления кишечной непроходимости нарастали, что подтверждалось рентгенологическими снимками брюшной полости, на которых были отмечены «Чаши Клойбера» и стаз контраста на уровне дистального отдела тонкой кишки. Учитывая отрицательную динамику заболевания, решением консилиума назначено оперативное лечение в экстренном порядке по жизненным показаниям – лапаротомия, устранение кишечной непроходимости под наркозом. После предоперационной подготовки 25.06.2013 г. больная была прооперирована - выполнена средне - срединная лапаротомия с ревизией. В брюшной полости отмечено до 200,0 мл серозного выпота, который был осушен. Тонкая кишка на всем протяжении расширена до 5,0 см в диаметре, а на расстоянии 30 см от илеоцекального угла выявлена причина кишечной непроходимости – желчный камень (размерами 3,5х3,0 см) обтурирующий просвет кишки. В области гепатодуоденальной связки имеется воспалительный инфильтрат. Выполнена энтеротомия с извлечением желчного камня и открытая декомпрессия тонкой кишки, после чего энтеротомное отверстие ушито двухрядными узловыми швами. При ревизии инфильтрата гепатодуоденальной связки выявлен свищ между дном желчного пузыря и пилорическим каналом желудка, через который и произошла миграция желчного камня. Учитывая стабильность состояния больной и отсутствие, каких либо особенностей в проведении наркоза было принято решение о расширении объема оперативного пособия – разобщение соустья с холецистэктомией, что и было выполнено. Операция закончена дренированием брюшной полости. В ближайшем послеоперационном периоде больная находилась на лечении в реанимационном отделении, из которого через двое суток переведена в палату интенсивной терапии, а еще через трое суток в общую палату. Перистальтические шумы начали выслушиваться на вторые сутки после операции, на 4-е сутки назначен послеоперационный стол. В процессе лечения моторика кишечника восстановилась полностью, появился самостоятельный регулярный

стул с оформленным калом. Дренажи из брюшной полости удалены на 4-е сутки, рана зажила первичным натяжением, а швы сняты на 10-е сутки. Больная была выписана в удовлетворительном состоянии с выздоровлением на 18-е сутки с момента госпитализации под наблюдение хирурга по месту жительства с рекомендациями ограничения физической нагрузки и соблюдения диеты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зиневич В.П. Диагностика и лечение кишечной непроходимости, вызванной желчным камнем // Вестник хирургии. 1976. № 8. С. 25 - 28.
2. Опыт лечения обтурационной кишечной непроходимости, вызванной желчным камнем / Костюченко К.В. [и др.] // Российский научно-практический журнал «Скорая медицинская помощь». 2004. № 3. С. 92 - 93.
3. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость / М.: Медицина, 1989, 288 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Владимир Сергеевич Пантелеев, заведующий отделением лазерной хирургии, д.м.н., доцент кафедры общей хирургии БГМУ, РКБ им. Г.Г. Куватова, 450005 г. Уфа, ул. Достоевского 132, т. 279-03-93; 8-917-75-367-86; e-mail: w.s.panteleev@mail.ru

УДК 616.314-008.4-085.454.1

© И.А. Абубакиров, 2013

И.А. АБУБАКИРОВ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТБЕЛИВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ KLOX

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г Уфа

Резюме: *В статье представлены результаты применения инновационной отбеливающей системы KLOX. Результаты оценивались по шкале Vita 3D. По нашим исследованиям применения системы KLOX отбеливание произошло в среднем на 7-12 тонов, что определило высокую эффективность.*

Ключевые слова: *Отбеливающая система «Клокс».*

I.A. ABUBAKIROV

THE EXPERIENCE OF APPLICATION PROFESSIONAL WHITENING SYSTEM

Bashkir State Medical University,Ufa

Abstract: *The article presents the results of the application innovative whitening system KLOX. The results were evaluated on a scale of Vita 3D. According to our research the use of KLOX bleaching occurred an average of 7-12 tones that defined the high efficiency.*

Keywords: *Whitening System "KLOX"*

Актуальность: Для современного общества белые зубы — едва ли не главный критерий, определяющий привлекательность улыбки, поэтому процедура профессионального отбеливания зубов становится всё более востребованной.

Отбеливание зубов осуществляется с помощью высококачественных профессиональных отбеливающих препаратов на основе перекиси водорода. Современные отбеливающие системы прекрасно справляются с проблемой, позволяя достичь значительного и длительного отбеливающего эффекта.

В современной стоматологической практике широко используются следующие типы отбеливания зубов: офисное или профессиональное и домашнее.

Профессиональное отбеливание предполагает использование нескольких методик, отличающихся друг от друга стоимостью, технологией, материалами, типом воздействия на эмаль.

Первая группа направлена на удаление поверхностной пигментации зубной эмали:

1) химическое отбеливание зубов, основанное на применении специального отбеливающего геля с высоким содержанием перекиси водорода;

2) ультразвуковое, применяемое для удаления желтого налета с зубов;

3) Air-flow, используемое для качественного снятия зубного налета, иначе профессиональная гигиена полости рта;

4) лазерное отбеливание зубов основано на воздействии лазерного луча на отбеливающий состав, нанесенный на поверхность зубов;

5) фотоотбеливание, осуществляемое на основе двух высокотехнологичных систем — Zoom и Luma-Arch.

Вторая группа методик предназначена для проведения внутреннего (внутриканального) отбеливания зубов. Оно необходимо в случаях сильной и глубокой пигментации эмали.

В последнее время для профессионального отбеливания зубов была предложена биофотонная система KLOX, которая является реально светоактивируемой. Запатентованная формула основана на использовании геля, преобразующего энергию, полученную от фотонов света, значительно ускоряя процесс отбеливания зубов, но при этом оставаясь высокоэффективным и в тоже время очень щадящим по отношению к зубам.

Инновационная формула геля KLOX приводится в активное состояние сразу после попадания на него света от любого типа стоматологических отбеливающих ламп и даже от стоматологической полимеризационной лампы.

Это происходит за счет того, что молекулы хромофоров, входящие в состав геля KLOX, обладают свойством мгновенно переизлучать во всех направлениях полученную от фотонов энергию, при этом не только очень быстро разрушая перекись водорода, выделяя огромное количество атомарного кислорода, но и возбуждая другие молекулы хромофора, вызывая цепную реакцию.

В отличие от других отбеливающих гелей, молекулы хромофора имеют синглетный энергетический уровень, что позволяет им приходить в возбужденное состояние и возвращаться обратно в базисное мгновенно. Благодаря входящим в состав хромофорам впервые в профессиональном отбеливании зубов удалось решить проблему нагрева ткани зуба и, как следствие, возникновения гиперчувствительности. Хромофоры преобразуют

энергию света от полимеризационной лампы в энергию света, а не в тепловую энергию, как все прочие существующие на сегодняшний день системы отбеливания зубов.

Благодаря тому, что не происходит процесса дегидратации и открытия дентинных канальцев (в отличие от систем отбеливания зубов I-го поколения) через час после проведения процедуры отбеливания, пациент может употреблять в пищу любые красящие продукты и напитки, не боясь испортить результат.

Цель: Целью нашей работы было определение эффективности отбеливания зубов с помощью системы «Клокс».

Материалы: Под нашим наблюдением было 7 пациентов в возрасте 25-30 лет, которым по показаниям было проведено отбеливание зубов системой «Клокс».

Методика отбеливания системой KLOX: на 1 этапе определяли цвета зубов пациента, используя шкалу VITA 3D. На 2 этапе наносили гель для изоляции десен, поставляемый в наборе KLOX, который активировали полимеризационной лампой до затвердения. На 3 этапе тщательно смешивали перекись водорода из ампулы с порошковой смесью, находящихся в наборе KLOX**.** На 4 этапе нанесли тонкий слой получившегося геля на вестибулярную поверхность отбеливаемых зубов. На 5 этапе светили на каждый зуб полимеризационной лампой по 5-10 секунд, пока оранжевый отбеливающий гель не обесцвечивался. На 6 этапе производили удаление геля с зубов при помощи слюноотсоса и повторяли 4 и 5 этапы. На 7 этапе удаляли десневую защиту и промывали полость рта водой.

Результаты: Все пациенты, которым была проведена процедура отбеливания системой KLOX**,** хорошо ее перенесли. Процедура заняла 30 минут и благодаря тому, что гель остается на поверхности зубов очень короткий промежуток времени, у пациентов, не возникало никаких неприятных и, тем более, болевых ощущений или гиперчувствительности зубов.

Вывод: После удаления геля отбеливание произошло в среднем на 7 – 12 тонов после одной процедуры, что свидетельствует о высокой ее эффективности.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абубакиров Ильнур Алфритович, Студент стоматологического факультета, группы СТ-501. ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России. Моб.тел: 8-987-242-68-00, эл.почта: wolfdoy888@rambler.ru

УДК 613.2./955:004.9

© И.И. Курбангалиев, 2013

И.И.КУРБАНГАЛИЕВ

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА РАСЧЕТА СОСТАВА ПРОДУКТОВ, БЛЮД И КУЛИНАРНЫХ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме: *компьютерная программа «Программа расчета состава продуктов, блюд и кулинарных изделий для организации питания в общеобразовательных учреждениях», содержащую более 2 тысяч наименований продуктов и блюд, используемых в рационе школьного питания.*

Ключевые слова: *организация школьного питания, программа расчета состава продуктов и блюд, рацион питания, химический состав пищевых продуктов.*

I.I. KURBANGALIEV

CALCULATION OF THE PROGRAM PRODUCTS, FOOD AND CULINARY PRODUCTS CATERING IN EDUCATION INSTITUCION

Bashkir State Medical University,Ufa

Abstract: *The computer program "Program for calculating the composition of products, food and food products to cater to the educational institutions", containing more than two thousand names of products and foods used in the diet of school meals.*

Keywords: *school feeding, a program for calculating the composition of products and foods, the diet, the chemical composition of foods.*

Актуальность. Изучение питания необходимо для организации рационального (оптимального) питания здорового и больного человека**.** В ее рамках разрабатывают научные основы и практические мероприятия по оптимизации питания различных групп населения и санитарной охране пищевых ресурсов, сырья и продуктов на всех этапах их производства и оборота.

Вопросы питания стоят сегодня в центре внимания медицины. Во всех странах постоянно возрастает интерес к ним самых различных слоев населения, научных работников и государственных органов.

Правильное питание обеспечивает нормальный рост и развитие детей, способствует профилактике заболеваний, продлению жизни людей, повышению работоспособности и создает условия для адекватной адаптации их к окружающей среде.

Питание человека как один из ведущих факторов, определяющих здоровье населения, с одной стороны может выступать как инструмент профилактики заболеваний, с другой стороны как этиологический фактор или фактор риска многих распространенных хронических заболеваний. Так, избыточное по калорийности, разбалансированное питание приводит к развитию ожирения, атеросклероза, диабета со всеми сопутствующими этим патологиям осложнениями и проявлениями. Дефицит в питании полноценного белка, витаминов, макро- и микроэлементов, пищевых волокон формирует факторы риска большого числа распространенных заболеваний, снижает функциональную активность иммунной системы, существенно повышает вероятность развития онкологической патологии.

Такими вопросом занимается организация ЗАО "Научно-производственный центр "ДИП" с 1995 года. Их специализация - это создание информационных систем для санаториев, пансионатов, домов отдыха, медицинских и образовательных учреждений России.

Приложение ПИТАНИЕ. КАЛЬКУЛЯЦИЯ является центральным звеном отраслевого решения БЭСТ-5. ПИТАНИЕ. Это решение автоматизирует функции планирования и учета питания в столовых лечебных, санаторно-курортных, дошкольных и образовательных учреждений, а также в столовых, буфетах, кафе, принадлежащих организациям различного профиля. Оно ориентировано на бухгалтеров-калькуляторов, технологов-пищевиков, врачей диетологов и диетсестер.

Решение существенно облегчает такие трудоемкие процедуры, как составление меню на каждый день — по времени приема пищи, для каждой группы и категории питающихся, а также по видам диет. Оно определяет потребность в необходимых продуктах, калькулирует стоимость блюд и помогает учитывать их реализацию.

Разработана программа для ЭВМ «Модуль расчета питания». Программа предназначена для подсчета пищевой и энергетической ценности индивидуальных рационов питания, контроля динамики этих показателей в течение длительного промежутка времени, для быстрой оценки адекватности расчетов нормам физиологической потребности организма в основных пищевых веществах и энергии, разработанным Институтом питания РАМН. Может применяться в профилактической медицине (кабинеты семейного врача, рабочее место врача диетолога, медпункты предприятий и организаций) и для персонального использования.

Данные программы организованы только для специализированных отделений и не подходит для расчета энергетической и пищевой ценности для отдельных блюд и продуктов питания, программы служат для экономических вопросов организации питании. Данный комплекс не удовлетворяет нашим требованиям по расчету энергетической и пищевой ценности блюд, неприемлема для индивидуального применения.

С использованием справочника «Химический состав Российских пищевых продуктов» под редакцией член-корр.МАИ, проф. И.М.Скурихина и академика РАМН, проф. В.А.Тутельяна, нами была создана электронная база данных в формате MicrosoftExcel. Мы провели разделение белков и жиров по происхождению на растительные и животные. На основе этой базы создали электронную базу программы для расчета энергетической и пищевой ценности продуктов питания, позволяющая рассчитать химический состав блюд представленных в «сборнике рецептур блюд и кулинарных изделий для общественного питания при общеобразовательных школах» под редакцией В.Т.Лапиной.

Таким образом, получили компьютерную программу «Программа расчета состава продуктов, блюд и кулинарных изделий для организации питания в общеобразовательных учреждениях»,содержащую более 2 тысяч наименований продуктов и блюд, используемых в рационе школьного питания. Программа позволяет оценить химический состав продуктов питания по 28 показателям. Впервые получена возможность расчета белков и жиров по происхождению, углеводов по молекулярной массе, витамина А и Е по их эквивалентам. Программа проста в использовании, на каждого учащегося заводится отдельная страница, с указанием фамилии, имени отчества, номером школы, класса, возраста и пола. Имеется возможность указать время приема пищи: завтрак, обед, ужин, либо суточный рацион, и автоматически произвести расчет в процентном соотношении от нормы калорийности для разных возрастов. Все данные экспортируются в MicrosoftExcel, для удобства дальнейшего анализа данных.

Программа содержит информацию о химическом составе продуктов и блюд, которые распределены по следующим группам: хлеб и мучные изделия; супы; мясо, продукты и блюда из мяса и птицы; рыба, продукты и блюда из рыбы; яйца, продукты и блюда из яиц; молоко, продукты и блюда из молока; крупы, макароны и блюда из них; овощи и блюда из них; соусы; закуски; сладкие блюда, фрукты и ягоды; напитки; жиры. В отдельную группу выделены национальные блюда. Программа может быть использована организаторами школьного питания, специалистами, осуществляющими контроль за питанием школьников и для личного пользования.

Апробация созданной программы показала высокую эффективностьпри изучении питания учащихся школ г.Уфы.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Курбангалиев Ильгам Ильдарович, интерн по специальности "Общая гигиена" кафедры медико-профилактического дела с курсами ИПО ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России.эл.почта: ilgam89@mail.ru

УДК 613.955:616-053.6(470.57-25)

© И.И. Кутлубаева, Г.М. Каримова, 2013

И.И.КУТЛУБАЕВА, Г.М.КАРИМОВА

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ ПО ДВУМ ПОЛОВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ 7-14 И 15-17 ЛЕТ НА ПРИМЕРЕ ОДНОЙ ИЗ ШКОЛ ГОРОДА УФЫ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г Уфа

Резюме: *Проведено исследование факторов, формирующих здоровье школьников одной из школ города Уфы.*

Ключевые слова: *здоровье, заболеваемость, социально-гигиенические условия.*

I.I.KUTLUBAEVA, G.M.KARIMOVA

HYGIENE HEALTH ASSESSMENT OF PUPILS ON TWO SEX AND AGE GROUPS 7-14 AND 15-17 YEAR OLD EXAMPLE OF A SCHOOL IN THE CITY OF UFA

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *A study of factors that shape the health of pupils of a school in the city of Ufa.*

Keywords: *health, morbidity, social and hygienic conditions.*

Актуальность. Здоровье индивидуума определяет здоровье общества, благосостояние народа и экономический потенциал страны. При этом существенное значение имеют показатели здоровья детского населения страны, поскольку они отражают состояние здоровья будущего трудоспособного населения, их вклад в экономическое и культурное развитие страны в дальнейшее воспроизводство здоровых поколений. Поэтому, сохраняя здоровье детей, государство и общество создает основу для будущего страны [2,8].

Состояние здоровья детей школьного возраста имеет особое значение, так как в этот период формируется репродуктивный, интеллектуальный, трудовой и оборонный потенциал страны [1,6].

В условиях политических и социально-экономических изменений в стране, обусловивших снижение жизненного уровня населения и социальную напряженность, дети становятся одной из наиболее социально уязвимых групп [4]. «Напряженное» состояние довольно быстро приводит к изменениям, опасным для здоровья населения детского возраста. Известно, что подростковый возраст - это важный период роста и формирования человека, когда возникает, развивается и завершается ряд морфологических,

функциональных и психологических процессов, происходит перестройка жизненно важных систем организма, что обуславливает ему повышенную чувствительность к различным факторам жизнедеятельности [6,9].

В общеобразовательных школах Российской Федерации обучаются более 22 млн. детей и подростков. В многочисленных исследованиях последних лет показано, что за время обучения в школе в состоянии здоровья детей наблюдается выраженная отрицательная динамика [6].

Результаты проведенной Всероссийской диспансеризации детей были сопоставлены с данными государственной статистики и подтвердили тенденции в состоянии здоровья детей, сформировавшиеся в последнее десятилетие. Из подлежащих диспансеризации 32 135 тыс. детей были осмотрены 30 400 тыс. детей [7,8]. Анализ полученных данных показал, что 32% детей признаны здоровыми (I группа здоровья); 52% имеют функциональные отклонения или факторы риска заболеваний (II группа); 16% имеют хронические заболевания (III, IV либо V группа). Часто и длительно болеющие дети и подростки составили 5% . Происходит кумуляция отрицательного влияния на здоровье ребенка от детей к подросткам, и к началу взрослой жизни практически здоровыми являются менее 10% детей [6].

Крайне неблагополучное положение со здоровьем детей является следствием ряда причин. Среди них основными являются неудовлетворительное социально-экономическое положение значительной части населения, неблагоприятная санитарно-эпидемиологическая и экологическая обстановка, серьезные недостатки в состоянии питания детей [5,8,9].Необходимо создание условий, благоприятных для школьника во всех аспектах его биологических и социальных потребностей [4].

Актуальность данной темы и недостаточная проработанность проблемы сохранения и укрепления здоровья современного школьника определили выбор исследований в данном направлении.

Целью исследования является разработка рекомендация, направленных на снижение заболеваемости школьников, на основе социально-гигиенической оценки здоровья школьников школы №129 Орджоникидзевского района города Уфы.

Материалы и методы:

- социально-гигиенические условия оценивались по результатам анкетирования школьников на основании разработанной анкеты по изучению причин формирования отклонений здоровья детей и подростков.

-оценка здоровья школьников Муниципального бюджетного образовательногосредняя общеобразовательная школашколы №129 проводилась по результатам обработки амбулаторных карт детской поликлиники № 8.

-сравнительные анализ и характеристика уровня первичной заболеваемости школьников, обучающихся в МБОУ СОШ №129, и детей, состоящих на учете детской поликлиники №8, по сведениям о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации поликлиники №8 (форма №12) за 2012 года.

По результатам анкетирования 8% респондентов отмечали неудовлетворительные жилищно-бытовые условия. В обеих половозрастных группах в 48% случаях школьники не соблюдали режим дня и отмечали низкую физическую активность. Среди опрошенных 49% нарушали режим и характер питания. Было установлено, что уровень заболеваемости школьников в возрасте 7-14 лет выше средних показателей, состоящих на учете детей в поликлинике №8. Так заболеваемость инфекционными и паразитарными заболеваниям выше в 7 раз, кишечными инфекциями в 2 раза, болезнями кожи и подкожной клетчатки в 21 раз, болезнями крови и кроветворных органов в 5 раз, в том числе анемиями - в 6,5раз, болезнями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена в 3 раза и заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани в 41 раз. В структуре последней группы заболеваний обращает на себя внимание высокий уровень деформирующих дорсопатий (79%). В группе школьников 15-17 лет уровень заболеваемости анемией был выше поликлинического в 18 раз, болезнями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена в 8 раз, заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани в 13 раз. Нами было отмечено, что в обеих возрастных групп девочки болеют чаще в 2 раза болезнями крови и кроветворных органов, в 1,7 раза болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушением обмена веществ, а мальчики - в 2,3 раза болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани и инфекционными и паразитарными заболеваниями. Уровень заболеваемости другими нозологическими формами достоверно не отличался.

Таким образом неудовлетворительные гигиенические условия, не соблюдение режима дня и низкая физическая активность, нарушение режима и характера питания оказывают негативное влияние на формирование здоровья школьников.

Учитывая что на формирование здоровья детей школьного возраста оказывает влияние комплекс факторов, изучение которых требует дополнительных исследований, с целью выявления приоритетных для принятия первоочередных управленческих решений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. Федеральная целевая программа "Здоровый ребенок" // Российский.педиатрический журнал. 2000. - № 1. - С. 5-8.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р. , Сухарева Л.М. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических осмотрах// 2004. –168 с.
3. Ильин А.Г., Агапова Л.А. Функциональные возможности подростков, их значение в оценке состояния здоровья // Гигиена и санитария. 2000. - № 5. - С. 43-46.
4. Кучма В. Р. Проблемы формирования здорового образа жизни у учащихся в образовательных учреждениях // Гигиена и санитария. — 2000. № 3. - С. 52-56
5. Кучма В.Р. Дети в мегаполисе: некоторые гигиенические проблемы. – М.: Издатель НЦЗД РАМН, 2002. – 280 с.
6. Онищенко Г.Г. Социально-гигиенические проблемы состояния здоровья детей и подростков // Гигиена и санитария. 2001. - №5. -С. 7-11.
7. Онищенко Г.Г., Баранов А.А., Кучма В.Р. Безопасное будущее детей России. Научно-методологические основы подготовки плана действий в области окружающей среды и здоровья наших детей. М.: Изд-во ГУ НЦЗД РАМН, 2004. - 154с.
8. Онищенко Г.Г. О ходе работы по ведению социально-гигиенического мониторинга в 2000-2002 гг. и задачи Госсанэпидслужбы Российской Федерации по его совершенствованию // Гигиена и санитария. 2004. - № 3. - С. 3-7.
9. Онищенко Г.Г. Проблема улучшения здоровья учащихся и состояние общеобразовательных учреждений // Гигиена и санитария. 2005. - № 3. — С. 40-43.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Каримова Гульдар Миннулловна, интерн по специальности "Общая гигиена" кафедры медико-профилактического дела с курсами ИПО ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, эл.почта: kar-guldar@yandex.ru

Кутлубаева Ирина Искандаровна, интерн по специальности "Общая гигиена" кафедры медико-профилактического дела с курсами ИПО ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, эл.почта: iron8986@mai.ru (ответственная за контакты с редакцией, 89373524247)

УДК 5.57:57.08/6.61.614

© Ф.Ф. Мусыргалина, Т.Г. Кудакаева, А.В. Васильев, Д.Д. Янгиорова, Ф.Р. Тулыбаев, А.Ф. Фахретдинова, А.Ф. Пак, Р.Ф. Айдаров, 2013

Ф.Ф. МУСЫРГАЛИНА[1], Т.Г. КУДАКАЕВА[2], А.В. ВАСИЛЬЕВ[1], Д.Д. ЯНГИРОВА[2], Ф.Р. ТУЛЫБАЕВ[1], А.Ф. ФАХРЕТДИНОВА[2], А.Ф. ПАК[1], Р.Ф. АЙДАРОВ[1]

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ КОПРООВОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПИСТОРХОЗА

[1]ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
[2]ГАОУ Башкирский медицинский колледж, г. Уфа

Резюме. *Важность качественной лабораторной диагностики паразитарных заболеваний определяется во многих случаях трудностью их клинической и эпидемиологической диагностики. Многие инвазии у людей, в т.ч. у детей, нередко протекают субклинически, латентно. В связи с этим грамотная лабораторная диагностика инвазий приобретает неоценимое значение. Целью нашей работы является сравнение эффективности методов нативного мазка, Като и седиментации при выделении яиц кошачьей двуустки из фекалий. Показано, что метод седиментации эффективно выявляет яйца описторхид с высокой, средней и низкой интенсивностью инвазии.*

Ключевые слова: *описторхоз, нативный мазок, метод Като, методы флотации, методы седиментации.*

F.F. MUSYRGALINA[1], T.G. KUDAKAEVA[2], A.V. VASILYEV[1], D.D. YANGIROVA[2], F.R. TULYIBAYEV[1], A.F. FAKHRETDINOVA[2], A. PAN[1], R. AYDAROV[1]

EFFECTIVENESS OF COPROOVOSCOPY METHODS IN OPISTHORCHIASIS DIAGNOSIS

[1]Bashkir State Medical University, Ufa
[2]Bashkir Medical College, Ufa

Abstract: *The importance of quality laboratory diagnosis of parasitic diseases is determined in many cases by the difficulty of their clinical and epidemiological diagnosis. Many invasions in humans, including children, often take place in a subclinical, latent way. Due to this expert laboratory diagnosis starts to have great importance. The purpose of this study is to compare the effectiveness of the method of direct smear, Kato technique and sedimentation method to extract cat*

liver fluke ova from faeces. Sedimentation method helps to detect ova of opisthorchid flukes with high, medium and low invasion intensiveness.

Keywords: *opisthorchiasis, direct smear, Kato technique, flotation method, sedimentation method.*

Актуальность темы. Одной из важных эпидемиологических проблем ряда регионов России является пораженность населения описторхозом. Описторхоз – биогельминтоз, вызываемый паразитированием в печеночных ходах и в протоках поджелудочной железы гельминта – кошачьей (сибирской) двуустки – *Opisthorchis felineus.* Заражение человека и животных происходит при употреблении зараженной рыбы семейства Карповые *(Cyprinidae)* [1]. Наличие благоприятных природно-климатических условий, обилие поверхностных водоемов, развитие коллективного и любительского рыболовства, увеличение удельного веса рыбы и рыбных продуктов в рационе питания населения создают предпосылки для формирования и функционирования на территории Республики Башкортостан очагов описторхоза [3].

Заражение кошачьей двуусткой приводит к различным нарушениям здоровья людей – развитию ангиохолита, хронического гепатита, панкреатита, цирроза печени, анемии. В клинических проявлениях описторхоза весьма трудно найти четкие патологические признаки этой инвазии и невозможно только по клинической картине заболевания поставить окончательный диагноз. Большое значение в диагностике описторхоза должно придаваться эпидемиологическому анамнезу (проживание в эпидемичной местности и употребление в пищу сырой, малосоленой, свежемороженной, а также недостаточно термически обработанной рыбы семейства карповых), что в сочетании с наличием симптомокомплекса хронического поражения желчевыводящих путей и печени дает основание для отбора таких больных для тщательного лабораторного обследования [2]. Для дифференциальной диагностики описторхоза от других заболеваний печени и желчевыводящих путей используют рентгенологическое и ультразвуковое исследования. При сочетании клинико-эпидемиологических данных окончательный диагноз можно поставить только на основании обнаружения яиц паразита в испражнениях или дуоденальном содержимом.

В настоящее время в клинико-диагностических лабораториях Республики Башкортостан используются следующие методы копроовоскопии: метод нативного мазка, толстого мазка по Като и флотации, предложенные авторами Калатарян и Фюллеборном. Эффективность данных паразитологических методов прямо зависит от яйцепродукции гельминтов в момент исследования. Отсутствие яиц в пробах больных описторхозом может быть обусловлено невозможностью обнаружения яиц у людей на ранней стадии заболевания,

когда еще отсутствуют половозрелые мариты описторхисов, способные к яйцепродукции; цикличностью яйцепродукции гельминтов; неравномерным распределением яиц по содержимому толстой кишки; невысокой вероятностью обнаружения яиц паразитов при низкой интенсивности инвазии.

Метод нативного мазка прост, однако не всегда эффективен, так как не выявляет инвазии при малой концентрации яиц в фекалиях. Метод Като позволяет просмотреть в 20 – 30 раз больше фекалий, чем в нативном мазке, выявляет яйца кишечных и печеночных гельминтов при высокой и средней интенсивности инвазии, менее эффективен для выявления инвазии низкой интенсивности. В основе метода флотации (всплывания) лежит разность удельного веса флотационного раствора и яиц гельминтов.

Однако, более эффективными методами обогащения являются методы седиментации (осаждения), вероятность обнаружения яиц с их помощью при низкой интенсивности инвазии составляет 95,4% [2,4].

Цель работы: сравнение эффективности методов нативного мазка, Като и седиментации при выделении яиц кошачьей двуустки из фекалий.

Материалы и методы. В лаборатории при исследовании фекалий были обнаружены яйца *Opisthorchis felineus*. Фекалии, содержащие яйца описторхид использовали для сравнения эффективности методов нативного мазка, Като и седиментации. Для анализа эффективности выявления яиц в фекалиях каждым из 3 методов было приготовлено по 30 микроскопических препаратов.

Результаты и обсуждение.

Таблица 1

Эффективность методов нативного мазка, Като и седиментации при выделении яиц описторхид из фекалий

Методы копроовоскопии	Исследовано проб	Выявлено положительных проб		Число яиц в пробе
		Абс.	%	
Метод нативного мазка	30	4	13,3	0 – 1
Метод толстого мазка по Като	30	19	63,3	0 – 3
Метод седиментации	30	30	100	5 – 8

Количество обнаруженных методом седиментации яиц от 5 до 8 (табл. 1) в каждой пробе говорит о средней степени обсемененности данного биологического материала. При исследовании фекалий методом нативного мазка количество ложноотрицательных проб составило 26 (86,7%), что говорит о не эффективности этого метода при малой концентрации

яиц в фекалиях. Эффективность применения метода Като составила 63,3% (количество ложноотрицательных проб – 11).

Яйца описторхид обнаружены во всех пробах (100%) при исследовании фекалий методом седиментации.

Выводы. Согласно данным проведенного анализа метод нативного мазка проявляет низкую эффективность при низкой и средней концентрации яиц в фекалиях.

Метод Като действительно позволяет просмотреть в 20 – 30 раз больше фекалий, чем в нативном мазке, что позволяет выявлять яйца описторхид при высокой и средней интенсивности инвазии, однако он менее эффективен для выявления инвазий низкой интенсивности.

Метод Като можно рекомендовать применять:

- *при массовых обследованиях населения на кишечные гельминтозы,*
- в клинико-диагностических лабораториях, когда в направлениях врачей отсутствуют конкретные указания, на какие инвазии необходимо обследовать больного, что не позволяет лаборанту выбрать специальные методы лабораторной диагностики,
- для изготовления препаратов яиц гельминтов длительного хранения при комнатной температуре в качестве музейных образцов.

Метод седиментации эффективно выявляет яйца описторхид с высокой, средней и низкой интенсивностью инвазии.

Метод седиментации рекомендуется применять:

- как универсальный метод диагностики кишечных и печеночных гельминтозов и протозоозов при диагностических и эпидемиологических обследованиях населения,
- как специальный метод для диагностики трематодозов, включая описторхоз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беэр С.А., Бочков Ю.А., Бронштейн А.М. и др. Описторхоз. Теория и практика. – М., 1989. –200 с..
2. Лепехин А.В., Мефодьев В.В., Филатов В.Г., Бужак Н.С. Эпидемиология, клиника и профилактика описторхоза. – Издательство Томского университета, 1999. - 229 с.
3. Мусыргалина Ф.Ф. Биосоциальные условия функционирования очагов описторхоза на Южном Урале: Автореф. дисс. канд. биол. наук. – М., 2000.
4. Паразитологические методы лабораторной диагностики гельминтов и протозоозов: Методические указания. – М: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 1999. – 72 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Васильев Александр Вячеславович, дата рождения 09.05. 1992 г., Педиатрический факультет, I курс, группа П 108Б, ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. телефон: 8 937 3381953, E-mail: sarutobi37@mail.ru

Янгирова Динара Дамировна, дата рождения 29.10.1994 г., Отделение «Лабораторная диагностика», I курс, группа 102 ЛП, ГАОУ СПО РБ Башкирский медицинский колледж, 450059, г. Уфа, ул. Р.Зорге, 27, телефон: 8 937 8404416

Тулыбаев Фанур Ринатович, дата рождения 07.02. 1993 г., Стоматологический факультет, I курс, группа Ст102Б, ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.
телефон: 8 937 305 66 40, E-mail: mr.fanur@inbox.ru

Фахретдинова Алсу Фритовна, дата рождения 31.07.1994 г., Отделение «Лабораторная диагностика», I курс, группа 102 ЛП, ГАОУ СПО РБ Башкирский медицинский колледж, 450059, г. Уфа, ул. Р.Зорге, 27, телефон: 8 937 335 62 89

Пан Анастасия Филиповна, дата рождения 29. 12. 1993 г., Педиатрический факультет, I курс, группа П 109 А, ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.
телефон: 8927 31 58 693, E-mail: paknstj@yandex.ru

Айдаров Рустам Фанисович, дата рождения 27. 06. 1995, Педиатрический факультет, I курс, группа П 109 А, ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.
телефон: 89174039360, E-mail: owlgraymail@gmail.com

Мусыргалина Фарзана Фаритовна, к.б.н., доцент кафедры биологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.E-mail: farzana_mus@mail.ru, телефон: 89177445369 (ответственный за связь с редакцией).

Кудакаева Татьяна Григорьевна, преподаватель отделения «Лабораторная диагностика»
ГАОУ СПО РБ Башкирский медицинский колледж, 450059, г. Уфа, ул. Р.Зорге, 27, E-mail: t_kudakaeva@mail.ru, телефон: 8 917 4008277

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

1. Редакция журнала руководствуется положениями "Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы".
2. Статья должна быть представлена в редакцию (на адрес электронной почты: vestnikbgmu@gmail.com) в электронном виде в документе winword любой версии.
3. Оригинальные статьи должны быть построены по традиционному принципу для мировой научной периодики и структурированы по плану: актуальность, цель работы, материалы и методы, результаты и обсуждение, завершаться выводами.
4. Титульная страница должна содержать: УДК статьи, инициалы и фамилию автора (авторов), название статьи. Название организации представившей статью для публикации на русском и английском языках. Дополнительно отдельно необходимо представить фамилию, имя, отчество (полностью) авторов, с указанием должности, ученой степени, звания, места работы и адреса организации. Обязательно необходимо указать автора (фамилия, имя, отчество) ответственного за контакты с редакцией, его телефон и адрес электронной почты.
5. Краткое резюме на русском языке отражающее основную цель исследования и его результат, ключевые слова (не более пяти)
6. На английском языке: название статьи, инициалы и фамилии авторов, название организации, резюме и ключевые слова.
7. Текст статьи, напечатанным шрифтом Times New Roman, 12 кеглем, через 1,5 интервала, поля 2,0 без переноса. Рекомендуемый объем статьи, включая таблицы, рисунки, литературу и аннотацию до 15 страниц формата А4. Все страницы должны быть пронумерованы.
8. Текст статьи, все приведенные цитаты должны быть автором тщательно выверены, проверены по первоисточникам. Цитируемая литература приводится в конце статьи на отдельном листе. Список литературы печатается в алфавитном порядке, сначала - русские, затем зарубежные авторы, согласно ГОСТ Р 7.0.5-2008. В тексте ссылки даются в квадратных скобках (если ссылка на несколько источников - то через запятую без пробелов) в соответствии с номером в списке литературы.
9. Следует использовать только общепринятые сокращения. Не следует применять сокращения в названии статьи. Полный термин, вместо которого вводится сокращение, следует расшифровать при первом упоминании его в тексте. Не требуется расшифровки стандартных единиц измерения и символов.

10. Таблицы должны иметь порядковый номер расположенный в правом верхнем углу, название таблицы. Рекомендуется представлять наглядные, компактные таблицы. Все числа в таблицах должны быть выверены и соответствовать числам в статье.
11. При использовании результатов статистического анализа данных обязательным условием является указанием использованного программного пакета и его версии, названий статистических методов, приведение описательных методов статистики и точных уровней значимости при проверке статистических гипотез. Для основных результатов исследования рекомендуется рассчитывать доверительные интервалы.
12. Единицы измерения физических величин должны представляться в единицах Международной метрической системы единиц- СИ.
13. Рисунки и диаграммы должны представляться отдельными графическими файлами в форматах bmp, jpg, tiff с указанием названия рисунка/диаграммы, его порядковым номером с разрешением не менее 300 dpi. В статье необходимо указывать место положения рисунка/диаграммы.
14. Все статьи, поступающие в редакцию проходят многоступенчатое рецензирование, замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. После получения рецензий и ответов автора редколлегия принимает решение о публикации статьи.
15. Редакция оставляет за собой право отклонить статью без указания причин. Очередность публикаций устанавливается в соответствии с редакционным планом издания журнала.
16. Редакция оставляет за собой право сокращать, редактировать материалы статьи независимо от их объема, включая изменения названия статей, терминов и определений. Небольшие исправления стилистического, номенклатурного или формального характера вносятся в статью без согласования с автором. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки к публикации, датой поступления считается день поступления окончательного текста.
17. Публикация статей в журнале бесплатная.
18. Направление в редакцию статей, которые уже посланы в другие журналы или напечатаны в них, не допускается.
19. Номера выходят по мере накопления статей, планируемая частота выхода - 6 номеров в год.