

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики
Министерство образования и науки Донецкой Народной Республики
Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М. Горького
Кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины
Кафедра физического воспитания

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ»

Сборник научных трудов

Том II, Выпуск 2 (3)

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

очно-заочной научно-практической конференции

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

(15.09.16-10.10.16, г.Донецк, ДонНМУ им.М. Горького)

Донецк, 2016

УДК 616-08-059:378.147(06)

ББК 53.54

А43

*Сборник рекомендован к изданию Ученым Советом ДонНМУ им.М. Горького,
протокол № 7 от 27 октября 2016 года.*

Редакционная коллегия:

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

А43 Актуальные вопросы реабилитологии и педагогики: сборник научных трудов и тезисы докладов очно-заочной научно-практической конференции «Актуальные вопросы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения»; 15.09-10.10.16, Донецк, ДонНМУ им. М. Горького / под ред. И. Р. Швиренко и Н. А. Добровольской. – Донецк, 2016. – Т. II, Вып. 2 (3). – 402 с.

Актуальные вопросы реабилитологии и педагогики: сборник научных трудов и тезисы докладов очно-заочной научно-практической конференции «Актуальные вопросы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения»; 15.09-10.10.16, Донецк, ДонНМУ им. М. Горького / под ред. И. Р. Швиренко и Н. А. Добровольской. – Донецк, 2016. – Т. II, Вып. 2 (3). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа URL: <http://medrehabilitation.dnmu.ru/pages/nauchnaya-rabota/aktualnyevoprosy-reabilitologii-i-pedagogiki/> (дата размещения: 28.11.2016).

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

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

УДК 616-08-059:378.147(06)

ББК 53.54

© Авторы статей, 2016

© Редакционная коллегия, 2016

2. Диспансерное наблюдение здоровых детей в условиях поликлиники: уч. пособ. для студ. педиатр. ф-тов мед. ин-тов / П.С. Мошнич, З.Н. Жарикова, Л.Н. Левченко, М.И. Борисенко. - К.: Вища школа, 1989.- 141 с.
3. Гребняк Н.П., Агарков В.И. Руководство по вторичной профилактике заболеваний детей и подростков. - Донецк: РИаДоГТУ, 1999.- 101 с.
4. Неонатология / Под ред. Т.Л. Гомеллы, М.Д. Канниган; Пер. с англ. О.Б. Миленина.- М.: Медицина, 1995.- 636 с.
5. Гребняк Н.П. Руководство по первичной профилактике заболеваний у детей и подростков.- 2-е изд., перераб. и доп.- Донецк: Лебедь, 2002.- 262с.
6. Грачев Р., Удодов В. Концепция программы развития медико-санитарной помощи на принципах общей практики на 2006-2010гг. // «Здоровье и общество».- Донецк, 2007.- С. 163-169.
7. Грищенко О.В. Влияние вредных факторов на репродуктивное здоровье // Репродуктивное здоровье: Рук-во для врачей / Б.М. Ворник (ред.); МЗ Украины; Укр. асоц. планир. семьи.- К.: ИЦ «Семья», 1999. - С. 69-72.

© И.В. Зубенко, И.Р. Швиренко,
И.В. Трещенко И.В., Е.С. Поважная, 2016

УДК 615.825.7-616.711-007.55

*Зубенко Инна Валерьевна, Швиренко Игорь Разикович,
Трещенко Ирина Валерьевна, Поважная Елена Станиславовна*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОРДИЧЕСКОЙ ХОДЬБЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ

Донецкий Национальный Медицинский Университет им.М.Горького, кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины (ЛОРЦ, ДоКТМО), 83003, г.Донецк, пр. Ильича 12

Исследована эффективность разработанной реабилитационной программы у студентов со сколиозом I-II степени. Лучший результат получен при использовании нордической ходьбы на фоне физиотерапевтических процедур и кинезиотерапии. Длительное применение данного комплекса мероприятий способствовало нормализации паттерна ходьбы и двигательного стереотипа позвоночника, укреплению мышечного «корсета», оказывало положительное влияние на состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Нордическая ходьба может быть использована как форма лечебной физкультуры у пациентов со сколиозом I-II степени.

Ключевые слова: сколиоз, нордическая ходьба, лечебная физкультура, медицинская реабилитация.

Zubenko I.V., Shvirenko I.R., Tereschenko I.V., Povazhnaya E.S.

USING OF A NORDIC WALKING IN THE COMPLEX REHABILITATION OF STUDENTS WITH ATTITUDE DISORDERS

M.Gorky National Medical University, Department of Medical Rehabilitation, Treatment Exercises and Alternative Medicine, pr. Ilichа 12, Donetsk, 83003 (Therapeutic and Restorative Rehabilitation Center, DoKTMO)

The effectiveness of the developed rehabilitation program in students with scoliosis I-II degree investigated in the article. The best result of rehabilitation was obtained by application of the Nordic walking on the background of physical therapy and treatment exercises. Long-term using of the rehabilitation complex contributed to the normalization of the walking pattern and motor stereotype of the spine, strengthen of the muscular "corset", had a positive influence on the cardiovascular and respiratory systems. Nordic walking can be used as a treatment exercise form in patients with scoliosis I-II degree.

Keywords: scoliosis, Nordic walking, treatment exercises, medical rehabilitation.

Для корреспонденции: Зубенко Инна, e-mail: kaffizio@mail.ru

For correspondence: Zubenko Inna, e-mail: kaffizio@mail.ru

Введение. В последнее время состоянию здоровья студентов уделяется всё большее внимания, как важной социальной и экономической проблеме. По различным статистическим данным в России до 65% студентов имеют хронические заболевания. При этом, результаты исследований показывают, что еще до поступления в ВУЗ, отклонения в состоянии здоровья имеют от 65 до 74% абитуриентов. Наиболее часто встречается патология желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата [1, с.31]. Искривления позвоночника во фронтальной плоскости занимают ведущее место по распространенности у лиц молодого возраста и имеют тенденцию к увеличению [2].

Начало обучения в ВУЗЕ характеризуется изменением привычных жизненных стереотипов, сменой места проживания и началом самостоятельной жизни, нарушением режима и качества питания, увеличением психоэмоциональных нагрузок. Среди студентов различных вузов отмечен рост негативных тенденций в гигиеническом поведении. Количество курящих, употребляющих алкоголь и наркотики студентов достигло 54-72,8%. Низкая физическая активность отмечена почти у 70% студентов. Все это приводит к снижению компенсаторно-приспособительных адаптационных механизмов и может вызывать прогрессирование имеющихся патологических состояний.

Длительные статические нагрузки на позвоночник, неадекватный двигательный режим, нерациональное питание, протекающие на фоне снижения уровня общей тренированности и физической работоспособности, усугубляя нарушения и дефекты осанки, способствуют формированию остеохондроза позвоночника, повышают риск развития болезней цивилизации [3]. Медикаментозная терапия часто остается малоэффективной, сопровождается развитием аллергических и побочных реакций. Это требует широкого применения новых методов лечения и реабилитации (физических (ЛФК), физиотерапевтических и др.), оказывающих одновременное влияние как на механизмы патогенеза, так и саногенеза заболевания, что позволит снизить медикаментозную нагрузку и улучшить показатели здоровья.

Нордическая ходьба (НХ) является новым перспективным методом физиопрофилактики и лечения различных заболеваний. Усовершенствованная техника, по сравнению с обычной ходьбой, позволяет снизить на 10-15% нагрузку на суставы ног и задействовать в движениях мышцы рук, шеи, головы и корпуса, что обеспечивает правильный физиологический паттерн данного циклического движения [4].

Разработанная как способ имитации лыжных прогулок в бесснежный период года, она симметрично распределяет нагрузку на все мышечные группы. НХ снимает напряжение с мышц шеи и плеч, обеспечивает хорошую нагрузку на мышцы туловища и конечностей, укрепляет мышечный корсет позвоночника, что может быть использовано в лечении искривлений позвоночника, сколиозах.

Целью работы было повышение эффективности комплексной медицинской реабилитации (МР) студентов со сколиозом грудного и поясничного отделов позвоночника I-II степени на основе разработанной реабилитационной программы с использованием нордической ходьбы.

Материалы и методы. В исследование были включены 67 студентов Донецкого медицинского национального университета в возрасте 20-22 лет, 30 мужчин (44,77 %) и 37 женщин (55,23 %), с диагнозом сколиоза I-II степени. Они составили 1-ю группу (основную). Диагноз сколиоза подтверждался клинически и рентгенологически. Правосторонний S-образный сколиоз грудного отдела позвоночника наблюдался у 38 исследуемых (56,71 %), левосторонний – у 21 человек (31,34 %), S-образный сколиоз – у 8 пациентов (11,95 %). Сколиоз I-й степени по классификации В.Д. Чаплина был диагностирован у 35 обследуемых (52,23%), II степень подтверждена у 32 студентов (47,77%). Всем студентам проводились также

тесты на выносливость и силу мышц, участвующих в поддержании осанки, функциональные пробы для оценки дыхательной (спирометрия, пробы Штанге и Генчи) и сердечно-сосудистой (проба Мартине) систем. Вторую группу (контрольную) составили 15 здоровых добровольцев.

Все исследуемые основной группы были разделены на две подгруппы. Реабилитационный комплекс пациентов 1-й подгруппы (n=33) включал ортопедический режим с использованием медболов (высота его подбиралась индивидуально и использовался он вместо стула), физиотерапевтические процедуры (электрофорез кальция, магнитотерапию, локальную баротерапию, вибрационную ванну – курсом 10-12 процедур), кинезиотерапию с использованием корригирующей гимнастики, аутоэкстензионных упражнений, силовых упражнений, упражнений на координацию и растяжение. Лечебная гимнастика, в дальнейшем, дополнялась самостоятельными заданиями, которые проводились студентами в домашних условиях и контролировались в телефонном режиме в течение полугода с ежемесячной коррекцией нагрузки.

Пациенты 2-й подгруппы (n=34) дополнительно использовали нордическую ходьбу в течение 30-40 минут 3 раза в неделю, расстояние от 3 до 5 км. Результаты оценивались исходно и спустя 6 месяцев от начала МР. Полученные данные обрабатывались с помощью одно- и многофакторного дисперсионного анализа (статистические программы «BIOSTAT», «Stadia.6.1/prof»).

Результаты и обсуждение. Обследуемые основной группы отмечали периодические умеренные боли или дискомфорт в области грудного и поясничного отделов позвоночника, особенно после длительных статических нагрузок (84,78%), быструю утомляемость (91,30%), снижение работоспособности (86,95%). При соматоскопии наблюдались визуальные признаки нарушения осанки: асимметричность стояния плеч (95,65%), углов лопаток и их «крыловидность» (91,30 %), молочных желез у женщин и уровня сосков у мужчин (89,13%), асимметрия треугольников талии (97,82%), ягодичных складок (86,95%). У всех обследуемых выявлялось ослабление мышечного корсета и положительный тест Адамса с асимметрией паравертебральных мышц.

При проведении функциональных тестов, статодинамическое состояние мышечного «корсета» у студентов контрольной группы оценивалось как хорошее и соответствовало нормативным показателям. Исследуемые основной группы демонстрировали снижение показателей статического и динамического удержания мышц в определенном положении (*таблица*).

Оно было более значимым для мышц-разгибателей спины, прямых и косых мышц живота: у студентов 1-й подгруппы – в 1,44 и 2,09 раза в сравнении с контрольной группой, во 2-й подгруппе – в 1,35 и 1,98 раза соответственно.

Таблица.

Динамика (время удержания, с) функционального состояния мышц, (M±m).

Мышечные группы	Контрольная группа (n=15)	1-я подгруппа основной группы (n=33)		2-я подгруппа основной группы (n=34)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Прямые и косые мышцы живота	44,51±1,27	22,21±3,38*	26,61±3,20	22,41±3,16*	43,72±3,37**
Средняя и малая ягодичные мышцы	37,04±1,25	29,17±2,27*	33,21±1,96	30,53±2,27*	35,64±2,29**
Разгибатели спины	61,13±1,31	43,36±3,34*	47,44±2,41	45,24±2,94*	58,48±2,26**
Мышцы задней поверхности бедра	34,90±3,18	29,51±2,25	31,63±2,35	27,78±2,98	34,68±3,92

** – $p < 0,05$ – достоверность сравнения показателей в процессе лечения;

* – $p < 0,05$ – достоверность сравнения показателей с контрольной группой;

Спирометрия исходно составляла $2,96 \pm 0,43$ у студентов 1-й подгруппы основной группы, что в 1,25 раза ниже показателя контрольной группы ($3,71 \pm 0,56$); во 2-й подгруппе жизненная емкость легких составила $3,03 \pm 0,37$, что также ниже показателя здоровых добровольцев в 1,22 раза. Статические дыхательные тесты были следующими: проба Штанге в 1-й подгруппе равнялась $34,43 \pm 8,73$, у студентов, использующих нордическую ходьбу, исходно выявлено $33,46 \pm 9,59$, что в 1,31 раза и в 1,39 раза выше значения контрольной группы ($45,38 \pm 8,62$). Проба Генчи отражала устойчивость организма к гипоксии и составляла $17,57 \pm 5,49$ в 1-й подгруппе и $21,38 \pm 6,34$ – во 2-й (в группе сравнения – $33,18 \pm 3,28$). Количество неблагоприятных типов реакции сердечно-сосудистой системы по результатам пробы Мартине составило 54,55% в 1-й подгруппе основной группы и 47,05% – во 2-й подгруппе. В контрольной группе лишь у 2 студентов выявлялась сомнительная нормотоническая реакция с тенденцией к гипотонической и замедление восстановления пульса до 3,5-4 минут.

На фоне проводимой МР отмечалась положительная динамика уменьшения клинических проявлений у всех исследуемых основной группы. Лучшие результаты получены у студентов 2-й подгруппы основной группы. При этом пациенты 1-й подгруппы указывали на возможность их возобновление при продолжительном действии факторов риска. Студенты, использующие НХ, наблюдали сохранение хорошего самочувствия, отсутствие дискомфорта и болевых ощущений в области грудного и поясничного отделов позвоночника при длительных статических и динамических нагрузках. Показатели соматоскопии (симметричность тела, параметры осанки) также улучшались более значимо у обследуемых 2-й подгруппы основной группы.

Анализ мышечного тестирования показал выраженное увеличение времени удержания постуральных мышц в изометрическом режиме в подгруппе, получавшей НХ. После лечения они были сравнимы с нормальными. Изменения не носили достоверного характера у студентов 1-й подгруппы основной группы, хотя была отмечена положительная динамика показателей. При этом, часть студентов этой подгруппы жаловались на возникновение кратковременных болей или дискомфорта в поясничной области во время тестирования, что не наблюдалось в 2-й подгруппе. Повидимому, правильный паттерн ходьбы с активным движением рук способствовал не только повышению аэробной выносливости, но и оказывал поддерживающее и укрепляющее действие на мышцы нижней части спины, что было менее выражено при выполнении только корригирующих физических упражнений.

Состояние кардиореспираторной системы улучшилось только у исследуемых лиц 2-й подгруппы основной группы. Жизненная емкость легких у студентов, имеющих регулярные аэробные нагрузки, повысилась в 1,16 раза и приблизилась к показателю контрольной группы. Нормализовались пробы Штанге ($54,41 \pm 8,74$) и Генчи ($29,23 \pm 6,48$). Динамический тест на восстановление показал также положительную динамику. У 31 студента (91,17%) получен нормотонический тип реакции сердечно-сосудистой системы на пробу с 20-тью приседаниями. У 3 испытуемых реакция была сомнительной с тенденцией к дистоническому или гипотоническому, что было связано с нарушением требований и условий проведения теста.

Выводы. Проводимая программа МР способствовала улучшению состояния опорно-двигательного аппарата студентов. Сочетание специальных физических упражнений и НХ оказывали стабилизирующее

влияние на позвоночник, укрепляя мышцы туловища, позволили добиться корригирующего воздействия на деформацию, улучшить осанку, функцию внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы, оказывало общеоздоровительный эффект. Нордическая ходьба может быть включена в программу МР пациентов со сколиозом I-II степени как одна из форм лечебной физкультуры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Епифанов, В.А. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника [Текст] / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 384 с.
2. Слугин В.И. Метод сочетанного применения массажа, лечебной физкультуры и вытяжения при сколиозе // ЛФК и массаж. - 2005, №7 (22).- С.8-15.
3. Состояние респираторной системе при грудном сколиозе / Еналдиева Р.В., Автандилов А.Г., Неманова Д.И. [и др.] // Пульмонолог.- 2006.- №6. - С. 62-64.
4. Андрияшек Ю.И., Ежов В.В. Лечебная нордическая ходьба, как метод активной зимней климатотерапии на курортах Крыма // Вопросы курортол., физиотер. и лечебной физкультуры. - 2012, №1. - С. 182-184.

© Г.А. Игнатенко, И.В. Мухин, В.Г. Гавриляк,
К.С. Щербаков, И.А. Мильнер, 2016

УДК 616.126.42-007.2-002.77+616.24-007.271-036.12]-07-085

Игнатенко Григорий Анатольевич, Мухин Игорь Витальевич,

**Гавриляк Валентина Геннадьевна, Щербаков Константин Сергеевич,*

Мильнер Ирина Анатольевна

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, КОМОРБИДНОЙ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА ПОД ВЛИЯНИЕМ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ

Донецкий Национальный Медицинский Университет им.М.Горького, кафедра пропедевтической и внутренней медицины, 83003, г.Донецк, пр. Ильича 16, *Санаторий «Ливадия», 298655 Россия, Республика Крым, г.Ялта, пгт. Ливадия, ул. Батурина 6

© Л.П. Середенко, Н.А. Добровольская, Е.В. Середенко,
Л.П. Томачинская, А.А. Лыков, 2016

УДК 616.8-009-08-039.34

*Середенко Людмила Павловна, *Добровольская Нонна Александровна,
**Середенко Елена Валерьевна, Томачинская Лариса Павловна,
Лыков Алексей Александрович*

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПСИХОНЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Донецкий Национальный Медицинский Университет им.М.Горького, кафедра
медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины (ЛОРЦ
ДоКТМО), 83003, г.Донецк, пр. Ильича 12;

*кафедра физического воспитания, 83003, г.Донецк, пр. Ильича 16;

**кафедра онкологии и радиологии ФИПО (Республиканский онкологический
центр), 83092, г.Донецк, ул. Полоцкая 2а

Изучалась эффективность применения разработанных авторами
дифференцированных методик ЛФК и отдельных специальных упражнений в
зависимости от формы психоневротических расстройств и уровня физической
работоспособности студентов. Выявлена достаточная результативность
использования предложенных методик.

Ключевые слова: психоневротические расстройства,
дифференцированные методики лечебной физкультуры.

*Seredenko L.P., *Dobrovolskaya N.A., **Seredenko E.V., Tomachinskaya L.P.,
Lykov A.A.*

PECULIARITIES OF PHYSICAL REHABILITATION AT PSYCHO - NEUROTIC DISORDERS

M.Gorky National Medical University, Department of Medical Rehabilitation,
Treatment Exercises and Alternative Medicine, pr. Ilich 12, Donetsk, 83003
(Therapeutic and Restorative Rehabilitation Center, DoKTMO); *Department of
Physical Education, pr. Ilich 16, Donetsk, 83003; **Department of Oncology and
Radiology, str. Polotskaya 2a, Donetsk, 83092

It is studied the effectiveness of the techniques developed by the authors differentiated
physical therapy and some specific exercises depending on the form of psycho-neurotic
disorders and level of physical performance of students. Spotted an adequate impact of
the use of the proposed methods.

Keywords: psycho-neurotic disorders, differentiated methods of
physiotherapy.

Введение. Число лиц с невротическими нарушениями за последние десятилетия возросло более чем в 20 раз и различные их формы встречаются у 80% населения. Основными причинами резкого увеличения количества лиц, с указанными нарушениями следует считать значительное ускорение темпа жизни, большие информационные нагрузки, негативные социальные преобразования, ухудшение экологической среды и условий жизни и др. Это дает основания полагать, что в ближайшее время по распространенности они могут опередить сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. При этом к особой группе риска следует отнести учащуюся молодежь и в частности студенческую молодежь. У студентов на фоне гиподинамии и информационных нагрузок ускоряется снижение адаптационных способностей нервной системы, что приводит к значительному увеличению нервно-психического и эмоционального напряжения, а впоследствии к развитию различных невротических расстройств.

Идея единства психического и физического рассматривается еще со времен И.М. Сеченова [6, с.250]. В работах целого ряда авторов убедительно доказана эффективность применения лечебной физкультуры (ЛФК) при невротических расстройствах [2]. Однако в большинстве работ отсутствует четкая регламентация использования ЛФК с учетом степени снижения функционального состояния нервно-мышечного аппарата, психической работоспособности и варианта дезадаптации ЦНС [1]. При назначении ЛФК, как правило, не проводится количественная оценка психофизиологических параметров, как в покое, так и после выполнения физической нагрузки [3]. Использование двигательного режима при отсутствии соответствующих объективных показаний к его назначению, может привести к дальнейшему истощению ЦНС и нервно-мышечного аппарата, срыву адаптационных механизмов и недостаточно эффективному процессу реабилитации.

Нами изучалась эффективность предложенных авторами дифференцированных методик ЛФК и отдельных специальных упражнений в зависимости от уровня физической работоспособности (ФР) и формы психоневротических расстройств.

Материалы и методы. По нашим наблюдениям и наблюдениям ряда авторов [4] эффективность применения ЛФК при невротических расстройствах во многом зависит от соответствия используемых форм и средств ведущему клиническому синдрому и варианту дезадаптации ЦНС.

Для оценки влияния занятий ЛФК студентам предлагалось выполнение различных психотестов, тестов на внимание и краткосрочную память.

Определялись психофизиологические показатели: теппинг теста, кистевой динамометрии, скорость зрительно-моторной и слухо-моторной реакции.

С целью уточнения значимости влияния вышеуказанных факторов, в группе студентов, ФР которых по данным теста РWC 170 соответствует среднему уровню, в течение трех недель проводились занятия ЛФК по общепринятой методике в рамках тренирующего двигательного режима (тренировочная ЧСС – 150-160 уд\мин). Предложенная нагрузка оказалась неадекватной и вызывала у студентов жалобы на головные боли, головокружение, сердцебиение, повышенную утомляемость, расстройства сна, повышение или снижение АД в покое, снижение общей работоспособности. У некоторых студентов помимо того появлялась выраженная раздражительность, ухудшался сон. При этом была выявлена отрицательная динамика психотестов, показателей сенсомоторных процессов (замедление моторной реакции на свет и на звук, данных теппинг-теста, тестов на внимание и кратковременную память) и динамометрии.

Другая группа, с аналогичными исходными показателями и характером учебной нагрузки, также в течение трех недель занималась ЛФК в рамках щадящего двигательного режима (тренировочная ЧСС – 130-140 уд\мин). В занятии упражнения динамического характера чередовались с непродолжительными изометрическими напряжениями отдельных мышечных групп и последующей их релаксацией, а также с упражнениями на координацию, равновесие, внимание и некоторыми специальными дыхательными упражнениями. Последующее обследование этой группы студентов выявило субъективное улучшение самочувствия, контактности, настроения, реже отмечалась бессонница, беспричинная тревожность. Психофизиологические показатели по сравнению с предыдущим обследованием также улучшились, в частности, возросли показатели кратковременной памяти, концентрации внимания, сократилось время зрительно, и слухо-моторной реакции и др.

Результаты и обсуждение. Полученные данные убедительно свидетельствовали о необходимости при назначении ЛФК оценивать, как общий, так и неврологический статус организма лиц с невротическими расстройствами. В связи с этим, в дальнейшем при выборе двигательного режима, направленности занятий ЛФК и применения тех или иных специальных физических упражнений нами учитывались: степень расстройства психической работоспособности, показатели состояния нервных процессов и состояния нервно-мышечного аппарата, ведущий синдром заболевания и вариант дезадаптации ЦНС.

Для оценки функциональных возможностей нервной системы студентов использовался способ, предложенный К.П. Левченко [5]. Способ предусматривает выполнение 5-ти минутной велоэргометрической нагрузки мощностью 75 Вт/кг. До и после нагрузки регистрируются психофизиологические показатели: время зрительно-моторной реакции, быстрота действия (теппинг-тест), динамометрия правой кисти, тесты на внимание (время пересчета 25 цифр по таблице Шульце) и кратковременная память (запоминание цифр, слов).

При ухудшении после нагрузки более чем 50% регистрируемых показателей рекомендовался щадящий режим занятий ЛФК (прирост пульса во время занятия на 40-50% от максимального). При ухудшении менее 50% изучаемых показателей использовался щадяще-тренирующий режим. Мощность и продолжительность нагрузки в процессе занятий ЛФК подбирались с учетом функционального состояния сердечно-сосудистой системы. В дальнейшем коррекция двигательного режима и методика занятий осуществлялись в зависимости от динамики психофизиологических показателей и показателей сердечно-сосудистой системы, как в покое, так и после физической нагрузки.

У студентов с невротическими расстройствами при ведущем астеническом синдроме (встречающемся в 85-87% случаев) с преобладанием гиперстении ЛФК была направлена на решение таких задач, как снятие напряженности, седативное воздействие, активация внимания, улучшение зрительных и слуховых восприятий и пр. Для решения этих задач использовалась лечебная гимнастика пластической направленности со спокойным музыкальным сопровождением, с включением элементов йоги, китайской гимнастики «ци-гун», упражнений с умеренным силовым и изометрическим напряжением, на координацию и внимание.

У студентов с преобладанием гипостении в процессе занятий использовались такие формы как ритмическая гимнастика с тонизирующим музыкальным сопровождением, подвижные игры, облегченные варианты спортивных игр, что позволяло снизить депрессивные реакции, повысить выносливость, эмоциональный фон и энергетический потенциал организма.

Ухудшение функции вертебробазиллярной системы кровоснабжения мозга у студентов с гипостенией усугублялись длительным пребыванием в вынужденной рабочей позе. Наличие нарушений мозгового кровообращения косвенно можно выявить с помощью проб Ромберга, пальценосовой, пробы Де Клейна (резкие повороты головы). При отрицательных результатах этих

проб необходимо уточнить степень этих нарушений с помощью реоэнцефалографии (РЭГ) или ультразвуковой доплерографии (УЗДГ).

При снижении амплитуды РЭГ или УЗДГ до 25% по сравнению с фоновой, (что соответствует первой степени нарушений кровообращения в позвоночной артерии) особых ограничений при движениях в шейном отделе позвоночника не требуется. При второй степени (снижение амплитуды от 25 до 50%) для мышц шеи и головы использовались упражнения преимущественно статического характера в чередовании с простыми динамическими упражнениями с числом повторений каждого из них не более 3-4 раз. При третьей степени (снижение амплитуды более чем на 50%) применялись статические упражнения для мышц шеи, с постепенным включением динамических упражнений в положении лежа на спине.

Кроме того, для стимуляции мозгового кровообращения, которое, как правило, ухудшается при всех вариантах невротических расстройств, нами использовалось дифференцированное выполнение дыхательных упражнений с учетом их влияния вегетативную нервную систему [7, с.139]. При гиперстеническом варианте дезадаптации применяли поверхностное ритмичное дыхание с задержкой дыхания на выдохе, что приводит к усилению ваготонических влияний, а также обеспечивает седативный эффект. При гипостеническом типе – дозированная задержка дыхания выполнялась на вдохе. Такие задержки стимулировали усиление тонуса симпатического отдела нервной системы и оказывали возбуждающее действие на организм.

При составлении комплексов упражнений для конкретной формы занятий ЛФК выбор специальных упражнений и их сочетаний осуществлялся с учетом ослабленных нервных процессов и состояния нервно-мышечного аппарата. Так с целью улучшения регуляции мышечного тонуса включались упражнения в режиме чередований изометрического напряжения с последующим расслаблением отдельных мышечных групп. Например, сгибание и разгибание стопы, голени, бедра, предплечья, плеча и т.п. При этом разгибание выполняется с максимальным напряжением мышц разгибателей длительностью 5-7 с, а расслабление производится максимально быстро, затем наоборот. Общая длительность выполнения таких упражнений составляет 10-15 минут. Их включали либо через день, либо ежедневно в зависимости от субъективного ощущения степени утомления. Кроме того, для улучшения состояния нервно-мышечного аппарата использовались упражнения силового характера, с сопротивлением, на тренажерах.

Известно, что при невротических состояниях, особенно в условиях гиподинамии, ухудшается функциональное состояние большинства анализаторов. Для нормализации состояния вестибулярного аппарата, мозжечка, зрительного анализатора, коры больших полушарий и улучшения мышечно-суставного чувства включались сочетания упражнений на координацию и равновесие, точность воспроизведения движений и внимание, а также упражнения игрового характера с мячом (броски в цель с места, в движении, простые и усложненные ведения и передачи мяча).

В группе студентов, занимавшихся на протяжении семестра ЛФК, с учетом всех вышеописанных методических подходов, у 63% студентов произошло существенное улучшение общего состояния, а у 16% удалось полностью купировать невротические расстройства, повысить умственную и физическую работоспособность.

Заключение. Проведенные исследования позволили существенно дополнить и конкретизировать методику занятий ЛФК в зависимости от особенностей психоневротических состояний и физического статуса студентов. Представленная методика проведения дифференцированной ЛФК исключает осложнения, позволяет оптимизировать как процесс реабилитации, так и профилактику этих нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кошелев В.В., Бекетов Ю.А., Божко С.А. Комплексное применение дозированной аэробной нагрузки в психотерапевтической группе для реабилитации женщин с астеническими расстройствами // Матер. науч.-практ. конференции «Высокие технологии в терапии и реабилитации заболеваний нервной системы». - М., 2008. - С. 100-101.
2. Божко С.А., Тювина Н.А. Сравнительная эффективность нелекарственных методов при лечении больных с тревожными расстройствами невротического уровня // Вопр. кур., физиот. и леч. физк.-2008, №6.- С. 18-22.
3. Кошелев В.В., Бекетов Ю.А., Божко С.А. Психофизиологические параметры при оценке эффективности восстановительного лечения пациентов с психовегетативными расстройствами // Сб. тез. науч.-практ. конф. «Вегетативные расстройства в клин. нервн. и внутр. болезней». - М., 2008.- С. 38.
4. Левченко К.П. Новые подходы при проведении лечебной физкультуры у больных с невротическими расстройствами // ЛФК и массаж. - 2002, №1(1) январь. - С. 27-32.

5. Левченко К.П. Способ определения адекватной физической нагрузки для больных неврозом и психопатией. - Патент SU №1657147, БИ№23, 1991.
6. Муравов И.В. Оздоровительные эффекты физической культуры и спорта. - К.: Здоровья, 2000. - 272 с.
7. Триняк Н.Г Управление дыханием и здоровье. - К.: Здоровья, 2001.- 160 с.

© И.В. Терещенко, И.Р. Швиренко, Е.С. Поважная,
И.В. Зубенко, И.В. Пеклун, 2016

УДК 616.24-007.271-036.12:616-009.12+615.84

*Терещенко Ирина Валерьевна, Швиренко Игорь Разикович,
Поважная Елена Станиславовна, Зубенко Инна Валерьевна,
Пеклун Ирина Владимировна*

КОМПЛЕКСНОЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Донецкий Национальный Медицинский Университет им.М.Горького, кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины (ЛОРЦ ДоКТМО), 83003, г.Донецк, пр. Ильича 12

Физиотерапевтическое лечение больных хроническими обструктивными заболеваниями легких и сопутствующей артериальной гипертензией повышает эффективность терапии пациентов. Адаптационные методики (лазеропунктура, вакуум-массаж) патогенетически обоснованы на фоне преобладания парасимпатической нервной системы. Физиотерапевтическое лечение направлено на нормализацию суточного ритма артериального давления и вегетативной регуляции через снижение парасимпатического влияния. Показатель вагосимпатического баланса является важным диагностическим критерием отбора больных для физиотерапии и контроля эффективности лечения.

Ключевые слова: лазеропунктура, локальная баротерапия, хроническое обструктивное заболевание легких, артериальная гипертензия.

Tereschenko I.V., Shvirenko I.R., Povazhnaya E.S., Zubenko I.V., Peklun I.V.

COMPLEX PHYSIOTHERAPY TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ASSOCIATED ARTERIAL HYPERTENSION

M.Gorky National Medical University, Department of Medical Rehabilitation, Treatment Exercises and Alternative Medicine (Therapeutic and Restorative Rehabilitation Center (DoKTMO), pr. Ilich 12, Donetsk, 83003

Physiotherapy treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease and associated arterial hypertension increases the treatment effectiveness of patients. Adaptive treatment is substantiated pathogenically (laser puncture and vacuum-massage) in patients with a predominance of the parasympathetic nervous system. Physiotherapy treatment is aimed at normalizing the circadian rhythm of blood pressure and vegetative regulation by reducing of the parasympathetic influence. Index values vago simpatic balance is an important diagnostic criterion for the selection of patients for physiotherapy treatment and for the control of the treatment effectiveness.

Keywords: laser puncture, local barotherapy, chronic obstructive pulmonary disease, hypertension.

Для корреспонденции: Швиренко Игорь, e-mail: shvirenko@yandex.ru

For correspondence: Shvirenko Igor, e-mail: shvirenko@yandex.ru

Введение. В последние годы отмечается устойчивый рост заболеваемости болезнями органов дыхания. Особое место среди них занимают хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ). В то же время отмечается увеличение числа больных с сочетанной патологией, такой как болезни органов дыхания и сердечно-сосудистой системы [2]. Так, частота выявления артериальной гипертензии (АГ) у лиц с ХОЗЛ составляет до 60-70% случаев. Активация симпатoadреналовой системы, повышение активности ренина плазмы крови, нарушение метаболической функции легких приводит к дисбалансу адренергической рецепции и нарушению метаболизма эйкозаноидов. Ответом на гипоксию у больных с бронхиальной обструкцией и нарушение метаболизма является АГ [1, 3].

В реабилитации таких больных часто используются физиотерапевтические факторы. Однако их эффективность не всегда высокая, что, по-видимому, связано с неправильным подбором факторов и методов их применения без учета исходного состояния пациентов, степени дисбаланса вегетативной нервной системы (ВНС), играющей важную роль в поддержании гомеостаза организма [4, с.451]. Правильный выбор методов физиотерапии с учетом сопутствующей патологии будет значительно улучшать результаты лечения больных ХОЗЛ.

Целью исследования явилось изучение эффективности комплексного лечения с использованием лазеропунктуры и локальной баротерапии больных ХОЗЛ в сочетании с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Эффективность комплекса физиотерапевтического лечения была изучена у 36 больных ХОЗЛ и гипертонической болезнью I-II стадии в возрасте 28-50 лет. Основную группу составили 26 больных, которым наряду с медикаментозной терапией назначали лазеротерапию и вакуум-массаж грудной клетки. Контрольную

группу составили 10 больных, которые получали традиционную лекарственную терапию. Всем больным проводился регулярный контроль АД и ЧСС. Учитывались наличие и выраженность таких симптомов, как кашель, приступы одышки, одышка, пиковая объемная скорость выдоха. Оценивалась функция внешнего дыхания (ФВД). Определяли объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1). Легкая степень обструкции расценивалась при $\text{ОФВ1} > 70\%$ от должного, средняя – 50-69%, тяжелая – менее 49%. По данным суточного мониторингирования определяли средние показатели систолического (САД), диастолического (ДАД) и пульсового АД.

Преобладание симпатического и парасимпатического отдела нервной системы изучали по опросникам Вейна с определением коэффициента вегетативного равновесия (КВР) [4, с.435]. Значение коэффициента ниже 1,09 трактовалось как парасимпатикотония, а при коэффициенте выше 1,19 – симпатикотония. Основную группу (26 человек) составили больные ХОЗЛ с АГ на фоне преобладания парасимпатического отдела нервной системы. С учетом стресс-индуцирующего эффекта лазерного излучения проводили лазеропунктуру [2]. Использовали лазер ВТЛ-2000 инфракрасного диапазона, экспозиция на точку 20-30 сек, 2-4 точки на процедуру. Лазеропунктуру проводили на точки: P2, P5, P7, G14, E15, E36, V11, V12, V42, R27, VB20. Назначали также локальную баротерапию грудной клетки с использованием пластиковых или резиновых банок (10-12 процедур на курс).

Результаты. При нарушении вегетативной регуляции формируется обструктивный синдром с различными клиническими проявлениями. Преобладание активности симпатической системы клинически проявлялось склонностью к тахикардии, одышкой различной степени выраженности, кашлем с небольшим количеством мокроты. АГ проявлялась преимущественным повышением САД. Усиление парасимпатической системы клинически проявлялось хроническим кашлем с большим количеством мокроты, пастозностью, брадикардией, подъемом преимущественно ДАД.

В результате применения лазеропунктуры и вакуум-массажа у многих больных уменьшилось ощущение одышки, снижалась потребность в бронхолитиках, улучшалось общее самочувствие. В сравнении с группой больных, получавших только медикаментозную терапию, улучшение в группе больных с лазеропунктурой наступало в среднем на 3-5 дней раньше.

У больных контрольной и основной групп наблюдалось снижение АД. Достоверно показатели АД до лечения в группах не отличались. Результаты исследования представлены в *таблице*.

Эффективность АГ-терапии наблюдалась в обеих группах. Однако, динамика показателей изменялась существенно у больных основной группы. Так, через 20 дней после проведенного курса физиотерапии суточное САД снизилось в 1,2 раза, в то время как в контрольной группе – 1,07 раза. Дневное ДАД претерпевало более существенные изменения, чем ночное. Статистически значимых изменений ЧСС не наблюдалось.

Таблица.

Динамика показателей мониторингования АД у больных ХОЗЛ в сочетании с артериальной гипертензией.

Показатели АД и ЧСС	Основная группа		Контрольная группа	
	До лечения	Через 20 дней после курса физиотерапии	До лечения	Через 20 дней лечения
САД суточное	147,3±8,3	130,1±7,7	142,3±6,2	132,2±8,4
ДАД суточное	97,4±4,8	85,3±6,1	95,3±3,1	90,3±3,8
САД дневное	157,3±8,7	137,1±3,7	155,3±3,9	140,3±9,6
ДАД дневное	100,0±8,4	89,1±3,2	101,6±8,3	93,3±7,7
САД ночное	132,7±9,0	127,3±3,1	133,9±2,4	130,3±4,7
ДАД ночное	90,6±3,5	81,3±3,7	91,3±5,3	89,3±4,5
ЧСС	78,3±7,7	73,3±5,3	76,2±5,5	74,4±8,3

По данным исследования ФВД до лечения легкая степень бронхиальной обструкции отмечена у 17 человек, средняя – у 9 человек основной группы. При повторном исследовании ФВД через 20 дней после проведенного физиотерапевтического лечения нарастания степени бронхиальной обструкции не отмечено. Более того увеличилось число пациентов с легкой степенью обструкции (ОФВ1 увеличился до 70-80%). Значительно снизилось число приступов бронхиальной обструкции, уменьшилась одышка.

Проведенная физиотерапия, дифференцированная в зависимости от вегетативного баланса, приводила к нормализации КВР с 4-5 сеанса. При этом наблюдалась снижение парасимпатического влияния или повышение симпатического влияния с выравниванием коэффициента.

Клинически у пациентов основной группы отмечалось более раннее улучшение общего самочувствия, быстрее нормализовался сон, уменьшалась интенсивность головных болей, кашля, отечность в сравнении с пациентами контрольной группы в среднем раньше на 5-7 дней, что связано с улучшением показателей вегетативного баланса у больных, получавших физиотерапевтическое лечение. В основной группе индекс вырос в среднем в 1,33 раза, тогда как в контрольной группе лишь в 1,15 раза.

Выводы. Таким образом, выбор метода и методики физиотерапии у больных хроническими обструктивными заболеваниями в сочетании с артериальной гипертензией определяется исходным вегетативным тонусом. Адаптационные воздействия физическими факторами (лазеропунктура, вакуум-массаж) патогенетически обоснованы на фоне преобладания парасимпатической нервной системы. Влияние физиотерапевтического лечения направлено на нормализацию суточного ритма АД и вегетативной регуляции через снижение парасимпатического влияния. Использование лазеротерапии и баротерапии улучшило качество жизни больных, повседневная активность, общее самочувствие и благополучие. Показатель вагосимпатического баланса оказался важным диагностическим критерием отбора больных для физиотерапии и контроля эффективности лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Князева Т.А. Физиотерапия больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Физиотерапия и курортология. - Кн.2. - М., 2008. - С. 5-55.
2. Крючкова А.В., Полетаева И.А., Грошева Е.С. Изменение клинических и лабораторных показателей под воздействием лазеротерапии у больных ишемической болезнью сердца с сопутствующей бронхиальной астмой // Вестник новых медицинских технологий (Тула). - 2013. - Т.20, №2. - С. 243-246.
3. Антонюк М.В., Кантур Т.А., Рудиченко Е.В. Медицинская технология "Магнитолазерная терапия в восстановительном лечении больных артериальной гипертензией с сопутствующими метаболическими нарушениями" // Физиотер., Бальнеол., Реабилит. - 2011, №4. - С. 50-54.
4. Спортивная медицина: Руководство для студентов и врачей / Под общ. ред. В.Н. Сокрута, В.Н. Казакова. - Донецк: «Каштан», 2009. - 920 с.

© Л.П. Томачинская, Н.В.Кабанова,
Е.С. Поважная, Л.П. Середенко, 2016

УДК 618.173-008-08-039.34

*Томачинская Лариса Павловна, Кабанова Наталья Васильевна,
Поважная Елена Станиславовна, Середенко Людмила Павловна*

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Донецкий Национальный Медицинский Университет им.М.Горького, кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины (ЛОРЦ ДоКТМО), 83003, г.Донецк, пр. Ильича 12

В данном исследовании предложены методы лечения климактерических расстройств у женщин, не требующие постоянного медицинского контроля и специального оборудования, простые и безопасные в применении, направленные на оптимизацию психосоматического здоровья женщин. Суть метода состоит в использовании аромамасел в сочетании с традиционными физиопроцедурами: массаж, ванны, ингаляции, аэроионотерапия. Утром использовались аромамасла тонизирующего действия (лимонное, бергамотовое, апельсиновое), вечером – седативного (герань, мелисса, лаванда, мята). Эффективность проводимого лечения составила 96,7%. Таким образом использование ароматерапии в комплексном лечении женщин с климактерическими расстройствами является перспективным методом воздействия.

Ключевые слова: климактерические расстройства, ароматерапия, массаж воротниковой зоны, аромаванны, аэроионизация.

Tomachinskaya L.P., Kabanova N.V., Povazhnaya E.S., Seredenko L.P.

MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITHIN CLIMACTERIC DISORDER

M.Gorky National Medical University, Department of Medical Rehabilitation, Treatment Exercises and Alternative Medicine, pr. Iliche 12 (Therapeutic and Restorative Rehabilitation Center, DoKTMO), Donetsk, 83003

This research work offers methods of climacteric disorder treatment within women that does not require permanent medical control and special equipment, simple and easy to use, intended for psychosomatic women health optimization. The idea of the method consists in usage of aromatic oils within traditional physioprocedures: massage, aromatic baths, inhalations, aéroionotherapy. In the morning was used aromatic oils of tonic effect (lemon, bergamot, orange), in the evening – of sedative impact (geranium, balm, lavender, mint). The effectiveness of the treatment realized made up 96.7%. So, the usage of aromatherapy in complex treatment women within climacteric disorder may be considered as forward-looking method of impact.

Keywords: climacteric disorder, aromatherapy, neck massage, aromatic baths, aéroionization.

Для корреспонденции: Поважная Елена, e-mail: kaffizio@mail.ru

For correspondence: Povazhnaya Elena, e-mail: kaffizio@mail.ru

Введение. Климактерические расстройства (КР) являются широко распространенной патологией: 37,5-80,0% женщин в возрасте угасания репродуктивной функции страдают от них. КР снижают трудоспособность женщин, являются фактором риска онкозаболеваний. Поэтому разработка методов коррекции КР является актуальной задачей современной гинекологии [1, с.56; 2].

В процессе развития данного направления медицины наиболее перспективными признаны методы, не требующие постоянного медицинского контроля и специального оборудования, простые и

безопасные в применении и направленные на оптимизацию психосоматического состояния здоровья женщин. Сложность патогенетических механизмов КР затрудняют достижение вышеописанных требований к разрабатываемым методам [3, с.121].

Целью данного исследования явился поиск способа лечения КР у женщин путем применения новых лекарственных средств и методов воздействия ими на организм, проведение коррекции надгипоталамических и гипоталамо-гипофизарных нарушений, являющихся причиной всех КР и, тем самым, обеспечение повышения эффективности лечения.

Обсуждение. Обменно-эндокринные расстройства у женщины в климактерический период обуславливают возникновение вегетососудистых пароксизмов, сопровождающихся субъективным ощущением «прилива» жара к голове, сердцебиением, потливостью, головной болью, раздражительностью, состоянием тревоги, страха, снижением памяти, работоспособности. Изучение причин нарушений, связанных с патологическим климаксом, показало, что при этом происходит дезинтеграция гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси. Именно поэтому эффективной в лечении КР является заместительная гормонотерапия, проводимая под строгим врачебным контролем. В процессе поиска самых безвредных, не требующих постоянного наблюдения врача и эффективных путей лечения КР у женщин, была выбрана ароматерапия – лечение запахами. Специалисты по ароматерапии сравнивают роль растительных эфирных масел с ролью гормонов (фитогормоны), что подтверждается многими данными.

Ароматерапия – метод, ближайший к методам восстановительной медицины, иглофлексотерапии, йоги. Она нормализует психическое состояние пациента, улучшает циркуляцию крови и лимфатической жидкости, гармонизирует процессы, протекающие в организме, а тем самым повышает его адаптогенность. На женщин, страдающих КР, дыхательная ароматерапия оказывает психотропное, гормонотропное, адаптогенное действие за счет воздействия на центры головного мозга, в результате чего происходит коррекция надгипоталамических и гипоталамо-гипофизарных расстройств. Практически описанного эффекта достигают при вдыхании воздуха, смешанного с летучими фракциями эфирных масел лекарственных растений. Для этого применяют технику ингаляций или ароматизации воздуха помещения. Для стимулирования нервной и сосудистой систем эти процедуры проводят в утренние часы с помощью эфирных масел лекарственных растений, оказывающих на организм тонизирующее

действие: лимонного, бергамотового, апельсинового. Выбирают одно из них или любую смесь по реакции пациентки (приятно-неприятно).

Лечение было бы половинчатым и эффект устранения КР не достигался бы без второго этапа – вечернего массажа воротниковой зоны с успокаивающими ароматическими маслами. Происходит сочетание терапии – классический массаж воротниковой зоны улучшает состояние вегетососудистой системы и при этом в кожу втираются эфирные масла, оказывающие рефлекторное действие. Эфирные масла состоят из небольших молекул и легко растворяются в спирте, эмульгаторах и особенно в жирах. Это позволяет им проникать через кожу и проявлять свое действие в организме, где они связываются с жирами, входящими в состав клеток. Таким образом, эфирные масла одновременно воздействуют и на физическое и на психическое самочувствие человека. Вечерний массаж воротниковой зоны проводят с эфирными маслами лекарственных растений, проявляющих гормонотропное и успокаивающее действие: герани, мелиссы, лаванды, мяты. Используют одно из масел или из смеси по выбору пациентки.

Вечерние и утренние процедуры с оптимально подобранными маслами по своему благотворному воздействию на женский организм в период менопаузы дополняют и потенцируют одна другую. Всасываясь в кровь и ткани через кожу при массаже в неизменном виде, летучие фитоорганические вещества вызывают положительные изменения функционального состояния органов и систем. Обуславливая приятный аромат и свежесть при ароматизации окружающего воздуха или ингаляции, летучие фракции эфирных масел положительно влияют на эмоциональное состояние человека, психологический статус через нормализацию гипоталамо-гипофизарной системы, способны также оказывать иммуномодулирующее, антиоксидантное и гормонотропное действие. При этом доказано, что активность летучих фракций эфирных масел выше, чем их водных растворов. Используемые дозы эфирных масел подобраны опытным путем. Для тонизирующего эффекта ароматерапии в утреннее время оптимальным количеством эфирного масла оказались 1-2 капли каждого. Для массажа подобрана эффективная концентрация успокаивающего эфирного масла в виде 1-2 капель индивидуального вещества или смеси в 1-2 мл нейтрального массажного масла. Всего за день женщина получает 3-6 капель эфирных масел, что не превышает общепринятые в ароматерапии дозы. При использовании в лечении по заявляемому способу менее 3 капель масла в день эффект достигается за слишком длительный период. Использование более 6 капель в день

неэкономично, а на эффект лечения практически не влияет. То же касается и времени воздействия вдыхания и массажа. Воздействие менее 15-20 минут не дает нужного эффекта, а свыше 25-30 минут экономически нецелесообразно. Предпочтительно, чтобы курс лечения продолжался 15-20 дней, затем 2-3 раза повторялся с перерывами в 1-2 месяца. Эффективность проводимого лечения составила 96,7%: из 30 пролеченных женщин с КР, ухудшения состояния не наступило ни у одной.

Ароматизация воздуха помещения осуществлялась по известной общепринятой в ароматерапии методике в сочетании с аэроионизации. Ингаляцию проводят без нагревания с помощью любого прибора для ингаляции, предпочтительно использовать стеклянный ингалятор Махольда (Германия). В ингаляционную трубку капают 1-2 капли эфирного масла и дышат, согласно инструкции к прибору. Время лечения составляло 20-30 минут в утренние часы. Для ароматизации использовали эфирные масла фирм Natur Way (Великобритания) или Cosmetic Karl Hadek (Чехия-Германия). Из предложенных запахов пациентка выбирала эфирные масла для лечения по своему вкусу: лимона (*Citrus limon*) и/или бергамота (*Bergamotum*), и/или апельсина (*Citrus aurantiacum*).

Для массажа использовалось нейтральное массажное масло производства, например, фирмы Cosmetic Karl Hadek, марки «АОК». В 1-2 мл нейтрального массажного масла в небольшую фарфоровую или стеклянную чашку капают – 1-2 капли эфирных масел, выбранных пациенткой: герани (*Geranium*) и/или лаванды (*Lavendula officinalis*), и/или Melissa (*Melissa officinalis*), и/или мяты (*Menta piperata*) и перемешивали. Затем проводили в течение 15-25 минут в вечернее время классический массаж воротниковой зоны с нанесением приготовленной смеси на кожу. На курс 15-20 процедур в зависимости от достижения улучшения самочувствия пациентки. Курс повторяли 2-3 раза с перерывами в 1-2 месяца.

Результаты проводимой терапии свидетельствовали об эффективности разработанной методики. Самочувствие женщин значительно улучшалось после первого курса лечения: исчезало тревожное состояние, резко уменьшались «приливы», чувство жара, потоотделение, проявлялся позитивный взгляд на происходящие в организме изменения, нормализовались показатели артериального давления и частоты сердечных сокращений. Повторные курсы позволяли закрепить полученный результат.

Выводы. Таким образом, использование ароматерапии в комплексном лечении женщин с климактерическими расстройствами является перспективным методом воздействия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основы ароматерапии: Руководство по использованию эфирных масел для здоровья, расслабления и удовольствия / Кэрол Мак-Гилвери, Джой Рид; Фот. Сью Аткинсон.- М.: РОСМЭН, 1998.- 94 с.
2. Шимановский Н.А. Заместительная гормонотерапия при менопаузе у женщин // ММЖ.- 1999.- №1.- С. 93-97.
3. Энциклопедия эфирных масел / Селлар Ванда; Пер. с англ. К.Г. Ткаченко.- Изд-во: ФАИР-ПРЕСС, 2005.- 400 с.

О.В. Томаш, В.В. Коломиец, Б.А. Пивнев, Л.А. Томаш, 2016

УДК 616.33-002-07-08-084

*Томаш Олег Викторович, Коломиец Виктория Владимировна,
Пивнев Борис Анатольевич, *Томаш Лариса Александровна*

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Донецкий Национальный Медицинский Университет им.М.Горького, кафедра внутренних болезней, *кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины, 83003, г.Донецк, пр. Ильича 16

В статье изложен комплексный подход к реабилитации пациентов с функциональной диспепсией. Он включает в себя образование и переубеждение пациентов, медикаментозную и фитотерапию, физио- и психотерапевтические методики.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, функциональная диспепсия, лечение.

*Tomash O.V., Kolomiets V.V., Pivnev B.A., *Tomash L.A.*

COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA

M.Gorky National Medical University, Department of Internal Medicine, *Department of Medical Rehabilitation, Treatment Exercises and Alternative Medicine, pr. Ilich 16, Donetsk, 83003

The article describes an integrated approach to the rehabilitation of patients with functional dyspepsia. It includes patient education and reassurance, drug therapy, herbal medicine, physiotherapy and psychotherapeutic techniques.

Keywords: medical rehabilitation, functional dyspepsia, treatment.

Для корреспонденции: Томаш Олег, e-mail: olegtomash@rambler.ru

For correspondence: Tomash Oleg, e-mail: olegtomash@rambler.ru

Согласно Римским критериям IV (2016), функциональная диспепсия (ФД) – это симптомокомплекс в виде беспокоящих пациента боли или жжения в эпигастрии, чувства переполнения в подложечной области, раннего насыщения, при обязательном доказанном отсутствии признаков органической (структурной) патологии (язвы, опухоли и т.д.) [2]. Аналогичные неспецифические симптомы, возникающие при органических заболеваниях, предложено трактовать как вторичную диспепсию (она же – ограниченная в Римских критериях III) [6]. Общепринятым является деление ФД на 2 основных клинических варианта: синдром боли в эпигастрии (СБЭ) – боль или жжение в эпигастрии, беспокоящие пациента, как минимум, 1 раз в неделю, и постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС) – чувство переполнения в подложечной области после еды и раннее насыщение, возникающие более 3-х раз в неделю.

Нередко указанные клинические проявления ФД сочетаются с изжогой, отрыжкой, тошнотой, ощущением вздутия в эпигастрии. В этом случае Римские критерии IV позволяют рассматривать эти симптомы в качестве «возможных дополнительных признаков» (possible adjunctive features) ФД. Кроме того, нередко имеет место сочетание последней с другими функциональными заболеваниями: синдромом раздражённой кишки (СРК), дискинезиями жёлчного пузыря, ВСД, что указывает, очевидно, на определённую общность этиопатогенетических механизмов.

Для адекватного ведения пациентов с ФД врачу необходимо помнить ряд основополагающих моментов.

Прежде всего, ФД представляет собой не синдромный, а нозологический диагноз, правомочность выставления которого подтверждается его наличием в МКБ-10 (диспепсия К30). Кроме того, распространённость этой патологии в популяции, согласно последним эпидемиологическим исследованиям, составляет 10-30%, причём чаще болеют женщины [4]. В связи с этим следует отметить, что в общей структуре гастроэнтерологической патологии доминируют именно функциональные, а не органические заболевания (ФД, СРК, дисфункции сфинктера Одди). Поэтому пациент, который предъявляет жалобы на боль/дискомфорт в эпигастрии и при этом не имеет общеизвестных «симптомов тревоги», или «красных флагов» (немотивированное похудение, примесь явной или скрытой крови в кале, анемия, субфебрилитет неясного генеза, семейный онкоanamнез), скорее всего, страдает именно ФД. Однако тут возникает серьёзная проблема – абсолютная неспецифичность симптомов этого заболевания. Говорить об их функциональной природе можно только

убедившись в отсутствии структурных (органических) изменений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Последнее требует проведения дополнительного лабораторного и инструментального обследования, объём которого зависит от конкретной клинической ситуации. Таким образом, ФД (как, впрочем, и любая функциональная патология ЖКТ), является диагнозом исключения – исключения более опасных органических заболеваний, которые влияют не только на качество жизни и потому требуют совершенно иных подходов к лечению [1].

Следующая проблема – разнообразие причин и механизмов возникновения ФД, в связи с чем последняя при всей «нозологичности» может в определённой степени считаться собирательным понятием. Следует подчеркнуть роль негативных психосоциальных явлений (повышенная тревожность, депрессивные состояния, хронический стресс, психические и физические травмы детского возраста). Уместно вспомнить, что в новых Римских критериях IV функциональных расстройств ЖКТ (2016) последние именуется расстройствами взаимодействия между головным мозгом и ЖКТ (disorders of gut-brain interaction) [2].

У 10-20% больных, которые перенесли острую желудочно-кишечную инфекцию, возникает постинфекционная ФД. Также отдельного упоминания заслуживает роль хеликобактерной инфекции. Она традиционно считается одним из значимых этиопатогенетических факторов ФД, что нашло своё отражение в лечебно-диагностических алгоритмах. Однако в последние годы многие исследователи считают, что стойкое купирование симптомов после успешной эрадикационной терапии у исходно *Helicobacter pylori*-положительного пациента свидетельствует в пользу имевшейся у него *H.pylori*-ассоциированной диспепсии, которую следует рассматривать отдельно от ФД [5].

Одним из важнейших патофизиологических факторов ФД является нарушение эвакуаторной функции желудка, представленное замедлением (до 35% пациентов) и значительно реже (до 5%) – ускорением. Кроме того, у трети пациентов может быть нарушена и аккомодация желудка, т.е. его способность (главным образом, фундального отдела) расслабляться после еды, снижая тем самым постпрандиальное интрагастральное давление. Считается, что такой тип нарушения моторики более характерен для постинфекционного варианта ФД. Он чаще сопровождается симптоматикой ПДС.

Ещё одним из значимых в генезе клинической симптоматики является гиперчувствительность желудка и 12-перстной кишки к растяжению, а также

к соляной кислоте (HCl), что в определённой степени позволяет отнести данную патологию к кислотозависимой. В ряде исследований продемонстрированы доминирование механизмов гиперчувствительности к HCl и соответственно более высокая эффективность антисекреторных препаратов у пациентов с СБЭ.

Основная проблема ведения пациентов с ФД заключается в следующем. С одной стороны, имеет место многообразие этиопатогенетических механизмов этой патологии. С другой стороны, в рутинной клинической практике их чёткая верификация у конкретного пациента практически невозможна. Врач вынужден подходить к выбору лечебной тактики эмпирически, а это диктует необходимость комплексного подхода к реабилитации этой категории пациентов. Его можно сформулировать в виде следующих постулатов.

1. Как и большинство функциональных расстройств ЖКТ, ФД оказывает влияние практически исключительно на качество жизни пациента, не являясь при этом фактором риска более опасной органической патологии. В качестве патогенетически значимых механизмов уже упоминались кортико-висцеральные нарушения. Однако в беседе с больным следует характеризовать ФД как реально существующее заболевание, избегая при этом формулировок типа «болезнь существует в Вашей голове». Также не следует впадать и в другую крайность, ставя знак равенства между соответствующими симптомами и нередко выявляемым при фиброзофагогастроуденоскопии (ФЭГДС) хроническим гастритом (ХГ). Последний действительно очень распространён в национальной популяции, поскольку основной его причиной является уже упомянутая хеликобактерная инфекция. Она, в свою очередь, выявляется в среднем у 80% взрослого населения нашего региона. Однако ХГ в современной медицине – диагноз не клинический («гастрит не болит»), а морфологический. Для его верификации необходима множественная гастробиопсия с последующим морфологическим исследованием биоптатов слизистой оболочки желудка (СОЖ). Цель лечения хронического хеликобактерного гастрита – эрадикация *H. pylori* для предотвращения прогрессирования хронического воспаления СОЖ как этапа желудочного канцерогенеза, а не купирование клинических симптомов.

2. В Римских критериях IV подчёркнута важность разъяснения пациенту возможных причин и механизмов имеющейся у него патологии и подходов к их контролю – образование (education) и переубеждение (reassurance) относительно необходимости соблюдения общих мероприятий

(нормализация образа жизни, отказ от вредных привычек, режим и рацион питания и т.д.).

3. Необходимо выявлять возможную связь симптомов с употреблением алкоголя, кофе, табакокурением и определёнными продуктами питания. Универсальные обоснованные диетические рекомендации в отношении ФД отсутствуют. Считается целесообразным частое дробное питание (не переедать!) с ограничением жиров (последние способны замедлить эвакуацию из желудка), а также ограничение индивидуально плохо переносимых продуктов и блюд. Однако и тут приоритетными являются особенности конкретного пациента. Так, в исследовании S. Gonlachanvit (2010) было показано позитивное влияние на контроль симптомов ФД с помощью диеты, включающей рис с перцем чили, воздействие которого на капсаициновые рецепторы желудка, очевидно, снижало болевую чувствительность последнего.

4. Тщательно собранный лекарственный анамнез позволит выявить связь симптомов ФД с приёмом определённых медикаментов, особенно нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

5. Объём обследования пациента, как уже говорилось, зависит от конкретной клинической ситуации. При отсутствии «симптомов тревоги» обычно вполне достаточно общего анализа крови, анализа кала на скрытую кровь, ФЭГДС и сонографии органов брюшной полости. Кроме того, доступным методом необходимо определить *H.pylori*-статус пациента.

6. Выбор медикаментозной терапии является эмпирическим. Первым шагом в лечении *H.pylori*-позитивных больных должна быть эрадикационная терапия. При сохранении или возобновлении симптомов после успешной эрадикации, а также в качестве стартового лечения *H. pylori*-негативных пациентов необходимо назначить антисекреторные средства (при доминировании СБЭ), прокинетики (при преобладании ПДС) или их комбинацию.

Самые мощные антисекреторные препараты – ингибиторы протонной помпы (ИПП) – могут быть целесообразны при ФД с язвенноподобной симптоматикой и/или при доказанном посредством интрагастральной рН-метрии высоком уровне секреции НСІ. В остальных ситуациях ИПП способны замедлять желудочную эвакуацию, что негативно сказывается на контроле симптомов ФД, особенно при её варианте в виде ПДС. В таких случаях следует использовать Н₂-блокаторы (фамотидин).

Эффективность прокинетиков (домперидон, итоприд), используемых в качестве стартовой терапии при ПДС, в целом оценивается как невысокая,

поскольку её доказательства были получены в исследованиях с низким методологическим уровнем. Тем не менее, эти препараты следует применять для симптоматического лечения упомянутых выше «дополнительных признаков» ФД.

7. У пациентов с психоневротическими расстройствами также следует использовать психотропные средства (обычно в качестве препаратов второй линии) и психотерапевтические методики, что требует привлечения к реабилитационному процессу психотерапевта.

8. Имеются данные об эффективности при ФД целого ряда традиционных для западной и восточной медицины фитопрепаратов, в частности, комбинированного средства «Иберогаст» [3]. Также в национальной практике накоплен опыт использования определённых физиотерапевтических методик.

9. И врачу, и пациенту следует помнить, что даже после успешного лечения симптомы ФД могут возобновляться – как под воздействием явных триггерных факторов (пищевые и режимные погрешности, приём НПВП, стресс и др.), так и при их видимом отсутствии. Это отражает естественное течение заболевания, а не погрешности лечения или неточность диагностики. В этом случае следует повторить лечебную программу (кроме эрадикационной терапии), оказавшуюся эффективной при предыдущем обострении (т. н. режим лечения «по требованию»). С другой стороны, полное отсутствие контроля симптомов после 4-6 недель терапии может свидетельствовать о неправильно поставленном диагнозе, в связи с чем требуется повторный расширенный диагностический поиск.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии [Текст] / Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Лапина Т.Л. [и др.] // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. (РЖГГК). - 2012. - Т.22. - №3. - С. 80-92.
2. Drossman D.A., Hasler W.L. Rome IV – Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction // *Gastroenterology*.- 2016; 150(6): 1257-61.
3. Holtmann G., Nandurkar S., Talley N.J., et al. Herbal medicine for the treatment of functional dyspepsia: a systematic review of the literature and meta-analysis // *Gastroenterology*.- 2007; suppl. 2.- Abstract W1204.
4. Houghton L.A., Heitkemper M., Crowell M.D. et al. Age, gender and women's health and patient // *Gastroenterology*. - 2016; 150(6):1332-43.

5. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J., et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis // Gut/ - 2015; 64:133-67.
6. Tack J., Talley N.J., Camilleri M., et al. Functional gastroduodenal disorders // Gastroenterology. - 2006; 130:1466-79.

© В.В. Хацко, И.П. Вакуленко, Н.В. Момот,
А.Д. Шаталов, В.М. Фоминов, 2016

УДК 616.36-006-073.756.8

*Хацко Владимир Власович, *Вакуленко Иван Петрович,
*Момот Наталья Владимировна, Шаталов Александр Дмитриевич,
Фоминов Виталий Михайлович

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Донецкий Национальный Медицинский Университет им.М.Горького, кафедра хирургии им.К.Т.Овнатаняна, *кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии (ДоКТМО), 83003, г.Донецк, пр. Ильича 14

Проанализированы результаты лучевых методов диагностики (компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) у 440 больных с очаговыми образованиями печени, лечившихся в клинике за последние 10 лет. Среди них было 290 (65, 9%) женщин и 150 (34, 1%) мужчин в возрасте 19-78 лет. Наиболее информативными методами диагностики явились компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Максимальное значение общей диагностической точности КТ-параметров достигало 82,1%, чувствительности – 100%; МРТ-параметров – 90,4% и 100% соответственно. Компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию целесообразнее выполнять после ультразвукового исследования.

Ключевые слова: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, диагностика, очаговые образования печени.

*Chatsko V.V., *Vakulenko I.P., *Momot N.V., Shatalov A.D., *Fominov V.M.*

COMPUTER AND MAGNETIC-RESONANT TOMOGRAPHY IN DIAGNOSTICS OF FOCAL FORMATIONS OF LIVER

M.Gorky National Medical University, Department of surgery after named K.T. Ovnatanian, *Department of Radial Diagnostics and Radial Therapy (DoКТМО), pr. Ilich 14, Donetsk, 83003

The analysis of beam methods of diagnostics (a computer tomography and a magnetic-resonant tomography) at 440 patients with focal formations of liver, treated in clinic for last 10 years is lead. Among them was 290 (65, 9%) women and 150 (34, 1%) men in the age of 19-78 years. The most informative methods of diagnostics were the computer tomography and a magnetic -resonant tomography. The maximal value of the general

© Е.С. Поважная, И.Р. Швиренко, И.В. Зубенко,
И.В. Пеклун, Л.П. Томачинская, 2016

УДК 616-08-039.34:378.146.095(477.62)

*Поважная Елена Станиславовна, Швиренко Игорь Разикович,
Зубенко Инна Валерьевна, Пеклун Ирина Владимировна,
Томачинская Лариса Павловна*

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Донецкий Национальный Медицинский университет им.М.Горького, кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины (ЛЮРЦ ДоКТМО), 83003, г.Донецк, пр. Ильича, 12

Повышение эффективности обучения студентов на циклах медицинской реабилитации, частной физиотерапии, ЛФК, общей физиотерапии является важным фактором в оптимизации образовательного процесса на кафедре. Одним из путей повышения качества образования является активное внедрение процессов управления студентом собственным обучением, что способствует наиболее полному раскрытию способностей специалиста. Самостоятельная работа является активной индивидуальной работой каждого конкретного студента над усвоением учебного материала в свободное время. Студенту рекомендуется самому разрабатывать индивидуальный недельный график самостоятельной работы на цикл. В этом случае студент рационально использует собственное время, максимально применяет индивидуальные возможности и внешние факторы.

Ключевые слова: самостоятельная работа, обучение, медицинская реабилитация.

Povazhnaya E.S., Shvirenko I.R., Zubenko I.V., Peklun I.V., Tomachinskaya L.P.

WAYS TO EFFECTIVENESS IMPROVE OF TEACHING OF STUDENTS AT THE MEDICAL REHABILITATION DEPARTMENT

M.Gorky National Medical University, Department of Medical Rehabilitation, Treatment Exercises and Alternative Medicine (Therapeutic and Restorative Rehabilitation Center (DoKTMO), pr. Ilich 12, Donetsk, 83003

Improving the effectiveness of training of students at the cycles of the medical rehabilitation, private physiotherapy, treatment exercises and general physiotherapy is an important consideration in the optimization of the educational process at the department. Active implementation of the student's own learning management processes is one of the ways to improve the quality of education. It is contributes to the fullest disclosure of specialist skills. Unaided work is the active and individual work of each student for the learning material in your free time. Development of individual weekly chart of student unaided work is recommended during the cycle. In this case, the student uses its own time rationally, as much as possible to use individual possibilities and external factors.

Keywords: unaided work, training, medical rehabilitation.

Для корреспонденции: Поважная Елена, e-mail: kaffizio@mail.ru

For correspondence: Povazhnaya Elena, e-mail: kaffizio@mail.ru

Введение. Широкое внедрение в практическую деятельность врача-лечебника принципов медицинской реабилитации (МР) определяется бурным развитием реабилитационного, т.е. восстановительного направления в отечественном здравоохранении. Современная система МР, звенья которой имеют различные цели и включают разные по организационно-правовому и финансовому положению структуры, требует реформирования и, в первую очередь, программы подготовки врачей. Данные изменения позволяют поддержать все составляющие системы МР на дееспособном уровне применительно к характеру и структуре спроса на оздоровительные услуги. Важность подготовки высококвалифицированных специалистов в системе оказания медицинской помощи обуславливает необходимость поиска новых подходов к развитию системы образования, внедрение новых технологий по организации учебного процесса, в том числе и на кафедре медицинской реабилитации. Процессы управления студентом собственным обучением будут способствовать наиболее полному раскрытию способностей обучающегося. Для студента развитие умственных способностей значительно важнее и сложнее, чем процесс накопления знаний. Для передачи знаний необходима целенаправленная самостоятельная работа (СРС), активная деятельность студента.

Обсуждение. СРС является активной индивидуальной работой студента над усвоением учебного материала в свободное время. Для реализации цели обучения студенты должны научиться формулировать цели обучения, осуществлять его планирование, уметь организовать контроль обучения, что даст возможность развить необходимые навыки, провести самосовершенствования специалистов [1, с.246].

СРС медицинских факультетов во время усвоения модуля «Физическая реабилитация и спортивная медицина», должна разделяться на аудиторную и внеаудиторную. Аудиторная СРС выполняется студентами на практических занятиях по решению конкретных индивидуальных задач. Внеаудиторная СРС включает подготовку к практическим занятиям, к итоговому контролю, написание рефератов, поиск и проработку научной литературы. Направленная на решение индивидуальных задач, она позволяет усвоить материал, но мало развивает творческую активность студента. В то

же время, составление рефератов требует поиска собственных методов решения ситуаций, совершенствует творческие способности студента.

В деле оптимизации учебного процесса вопросы здорового образа жизни, профилактики общего и психического здоровья студентов становятся условием достижения целей обучения. Почти все дисциплины имеют лишь опосредованное влияние на развитие и совершенствование физических, психических способностей студента. Однако, большая часть дисциплины «медицинская реабилитация» непосредственно направлена на того, кто учится. И в этом вопросе большая роль отведена СРС. С каждым годом растет число студентов, занимающихся всевозможными видами спорта профессионально и для оздоровления. Многие из них регулярно тренируются, готовясь к клубным, университетским, региональным и другим соревнованиям. Проведенные исследования показывают, что даже профессиональные спортсмены не всегда здоровые люди. Кроме того, при занятиях спортом может возникать множество специфических проблем медицинского характера. Независимо от возраста, вида спорта, отношения к тренировочному процессу, студенты, занимающиеся физкультурой и спортом, могут получить травму, заболеть и обратиться за советом к врачу, чтобы возобновить тренировки или принять участие в соревнованиях.

Студент-медик, который сам занимается физкультурой и спортом, должен осознавать, что даже минимальная степень проявления заболевания или повреждения может иметь неблагоприятные последствия для соревновательной или тренировочной деятельности и негативно отразится на качестве дальнейшей жизни. Отсюда, важнейшей частью С во время изучения цикла «медицинская реабилитация» является активное освоение и внедрение самим студентом основных принципов и методов врачебного контроля и МР в собственную спортивную и физкультурную жизнь.

Здоровье человека в значительной степени определяется его психологическим статусом, доминантой «здорового образа жизни», правильным, рациональным питанием, то есть степенью обеспеченности организма энергией и целым рядом пищевых веществ. Выбор вида физической нагрузки зависит от исходного состояния организма, нарушений гомеостаза, что составляет суть теории адаптационной терапии. Правильно организованные физические нагрузки способны сбалансировать экзо- и эндогенную среду организма человека. Для этого важно правильно определить исходный баланс микро- и макроэлементов, тормозных и возбуждающих аминокислот, ряда биохимических показателей, что позволит установить состояние вегетативной регуляции и составить индивидуальное,

адекватное физической нагрузке, рациональное питание, правильно организовать режим труда и отдыха [2, с.112]. Большая часть материала по вопросам питания лиц, занимающихся физкультурой и спортом, также отводится на самостоятельное изучение.

Содержание СРС должны определяться учебной программой, методическими материалами и указаниями, что вмещают в себя основные вопросы данной темы [3, с.195]. Во время работы необходимо пользоваться учебниками, учебными пособиями в домашних условиях, в библиотеке, учебных кабинетах кафедры. Для этого на кафедре функционирует читальный зал, комплектность которого постоянно обновляется.

Для правильного планирования СРС на цикле необходимо учитывать не только учебный план подготовки по перечню дисциплин, предусмотренных лекционных часов и часов на практические занятия, но и показатели трудоемкости на выполнение различных видов самостоятельной работы [3, с.211]. При планировании основных видов СРС необходимо предусмотреть также изменения активности организма студента, обусловленные действием суточных, месячных природных биоритмов. На основе этих факторов студент сам разрабатывает индивидуальный недельный график СРС на цикле. В этом случае студент рационально использует собственное время, более уверен при выполнении учебных заданий, снижает стрессовую нагрузку. При этом максимально используются собственные возможности студентов и влияние внешних обстоятельств для самореализации, самовоспитания, самосовершенствования в период его обучения в ВУЗе.

Выводы. Ведущим механизмом повышение качества образования является активное привлечение студентов к управлению процессом собственного обучения, что способствует наиболее полному раскрытию его творческих способностей на пути трансформации в специалиста.

ЛИТЕРАТУРА :

1. Педагогика и психология высшей школы: учебное пособие / отв. ред. М.В. Буланова-Топоркова. - Ростов н/Д.: Феникс, 2006.- 512 с.
2. Спортивная медицина: национальное руководство / Под ред. акад. РАН и РАМН. С.П. Миронова, проф. Б.Ф. Поляева, проф. Г.А.Макаровой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1184 с.
3. Трушников Д.Ю. Организация учебного процесса в высшей школе: Учебное пособие.- Тюмень, ТюмГНГУ, 2009.- 225 с.

- аттестация качества подготовки выпускников на примере высшего медицинского образования. – Москва-Донецк, 2004. – С. 30-97.
5. Казаков В.Н., Климовицкий В.Г., Владимирский А.В. Дистанционное обучение в медицине. – Донецк: Норд-Пресс, 2005. – 80 с.
 6. Нечипоренко В.П., Лозицкая В.И., Андреев В.Н. и др. Обучение врачей и интернов технике ринологических манипуляций и операций // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 2005. - № 3. - С. 128-130.
 7. Селезнёв К.Г., Талалаенко И.А., Лобинцев В.Г., Древняк Н.С. Современные проблемы обучения ринологии в интернатуре и возможные пути их решения // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 2005. - № 3. – С. 130-132.

© И.В. Терещенко, И.Р. Швиренко, И.В. Зубенко, 2016

УДК616-08-039.34-053.2/.6:378.146.095

Терещенко Ирина Валерьевна, Швиренко Игорь Разикович,

Зубенко Инна Валерьевна

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ОСНОВАМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького, кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины (ЛОРЦ ДоКТМО), 83003, г.Донецк, пр. Ильича 12

В работе дана характеристика процесса обучения студентов-педиатров 6 курса основам медицинской реабилитации у детей и подростков, проведен анализ методики цикла, показано значение гармонизации личностных и профессиональных качеств врача-педиатра.

Ключевые слова: педиатрия, медицинская реабилитация, обучение.

Tereschenko I.V., Shvirenko I.R., Zubenko I.V.

FEATURES OF TEACHING PROCESSE OF PEDIATRIC FACULTY STUDENTS TO FUNDAMENTALS OF MEDICAL REHABILITATION IN CHILDREN AND TEENAGERS

M.Gorky National Medical University, Department of Medical Rehabilitation, Treatment Exercises and Alternative Medicine (Therapeutic and Restorative Rehabilitation Center (DoKTMO), pr. Ilichа 12, Donetsk, 83003

Characteristics of the learning process of sixth course students-pediatricians the basics of medical rehabilitation of children and teenagers are given in the article, the analysis

of a cycle methodology and importance of a harmonization of personal and professional qualities of the pediatricians are shown.

Keywords: pediatrics, medical rehabilitation, training.

Для корреспонденции: Швиренко Игорь, e-mail: shvirenko@yandex.ru

For correspondence: Shvirenko Igor, e-mail: shvirenko@yandex.ru

Введение. Сегодня, в современной высшей школе активно проводятся попытки реформирования системы образования, оптимизации образовательного процесса. Под образовательным процессом понимается профессионально организованное взаимодействие педагога с обучающимися, включающее все элементы учебно-воспитательной работы. Образовательный процесс в ВУЗе – это саморазвитие личности, ее свободное и ответственное взаимодействие с педагогом системы образования с целью повышения личностной и профессиональной культуры, при его помощи и посредничестве. Цели образования – содействие и помощь молодому человеку в овладении способами культурного самоопределения, самореализации, в понимании самого себя. Содержанием образовательного процесса должно стать не просто передача знаний, умений и навыков, а уравновешенное развитие физической, умственной, волевой, моральной, ценностной и др. сфер [1]. По нашему мнению, это особенно актуально при формировании и подготовке будущего врача, и особенно врача-педиатра.

Как показывает практический опыт, если обучение врача ориентировано сегодня только на получение профессиональных навыков и умений без учета совершенствования его личности, роста его духовно-нравственных качеств, творческого потенциала – «качественного прироста Личности», возможным итогом обучения будет рациональный специалист, подчас имеющий дефицит культурного, нравственного и эстетическом плана.

Каждый педагог должен помнить, что задачей современной высшей медицинской школы является подготовка не только компетентного, гибкого, конкурентоспособного специалиста, способного к продуктивной профессиональной деятельности, к быстрой адаптации в условиях научно-технического прогресса, владеющего технологиями в своей специальности, умением использовать полученные знания при решении профессиональных задач. Но и, прежде всего, формирование ЧЕЛОВЕКА, ЛИЧНОСТИ, который должен обладать, безусловно, целым рядом качеств: трудолюбие, целеустремленность, настойчивость, общительность, наблюдательность, артистичность, организованность, дисциплинированность, чувство такта, клиническое практическое мышление, скрупулёзность, терпение и

терпимость, вдумчивость и вежливость, добросовестность, стремление к развитию и самосовершенствованию, умение управлять эмоциями, ответственность. Решение данной проблемы во многом зависит от совершенствования и повышения качества управления процессом обучения, использования новых педагогических подходов, образовательных технологий и др.

Цель работы: изучение особенностей преподавания студентам 6 курса медицинского факультета №3 педиатрического отделения ДонНМУ им. М. Горького основ медицинской реабилитации у детей и подростков.

Результаты и обсуждение. В программе обучения студентов 4 курса медицинских факультетов ДонНМУ им. М. Горького на кафедре медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины предусмотрены дисциплины, освещающие общие основы медицинской реабилитации и спортивной медицины. У студентов-педиатров 6 курса медицинского факультета №3 в программу обучения включен предмет «Медицинская реабилитация у детей и подростков» (в количестве 61 часа), где дана характеристика и особенности реабилитационного процесса, использование реабилитационных мероприятий у детей и подростков, освещаются вопросы восстановления, сохранения, профилактики их здоровья при частной патологии, прежде всего, с учетом возрастных особенностей.

Студенты обучаются сочетанному применению комплекса методов, форм и средств медицинской реабилитации (в том числе, кинезиотерапии и физиотерапии, массажа, санаторно-курортного лечения, комплементарных методов воздействия) при патологии внутренних органов, повреждениях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата, повреждениях и болезнях ЦНС и периферической нервной системы, дисбалансе вегетативной сферы, болезнях 1-ого года жизни.

Теоретические и практические знания, умения и навыки формируются на лекционных занятиях, семинарах, при разборе клинических случаев, историй болезни, методических рекомендаций, решении ситуационных задач, тестовых заданий, составлении комплексных реабилитационных программ.

Проводится самостоятельная работа студентов, подготовка сообщений, рефератов и презентаций с использованием научно-исследовательской и учебной литературы на бумажных носителях (из читального зала кафедры), и различных электронных информационных ресурсов. На занятиях используются видеоматериалы, поскольку в ходе учебного процесса важна

визуализация: комплексы и схемы кинезиотерапии, физиотерапевтические методики, методики массажа и пр. С большим интересом и студенты выбирают видеоматериалы при изложении домашнего задания, что представляет определенный интерес для педагога при анализе выбора студента.

В ходе освоения материала студенты обучаются навыкам организации процедур лечебной физической культуры, оздоровительной физкультуры, массажа, физиотерапии. Особое внимание уделяется формированию у студента, так называемого, системного, интеграционного подхода, междисциплинарного взаимодействия, способности к логическому и клиническому мышлению. От умения получить и проанализировать информацию о пациенте, формулировки лечебных задач при конкретной патологии, оценке показаний и противопоказаний, прогнозирования результата восстановления к решению данных задач: выбору и использованию различных средств, форм и методов медицинской реабилитации, регламентации двигательной активности и др. на различных этапах восстановительного лечения.

Данная дисциплина и завершающий год обучения (6 курс) позволяют активно вовлекать студентов в процесс их профессионального становления, нацеленный на развитие творческой составляющей личности, способности самостоятельно активно приобретать знания. Самостоятельная работа предполагает максимальную активность студентов в различных аспектах: организации умственного труда, поиске необходимой информации, участии в научно-исследовательской работе, олимпиадах, конференциях. Психологические предпосылки развития самостоятельной работы студентов заключаются в их успехах в учёбе, положительном к ней отношении, понимании того, что при правильно организованной самостоятельной работе приобретаются навыки и опыт творческой деятельности.

Нам представляется целесообразным самостоятельная работа студентов не только в виде индивидуальных заданий, но и, например, парная деятельность, групповая, с докладом поэтапных результатов; с выступлением оппонентов, выдвижением гипотез для поиска наиболее эффективного решения реабилитационных задач.

Роль преподавателя в ходе выполнения самостоятельной работы студента заключается в правильном ориентировании, консультировании его, в формировании образовательной направленности, стремления к саморазвитию и самосовершенствованию, выработке навыков самоорганизации образовательной деятельности [2].

За семинарское занятие студент получает оценку по совокупности занятий: за устные ответы и письменные работы. Решение ситуационных задач является основополагающим при разборе материала. При проверке тестов (текущего уровня) обязателен анализ допущенных ошибок. Необходимо подчеркнуть, что и сегодня составляющей современных систем управления качеством образования являются различные тестовые среды, включающие разнообразные банки тестовых заданий [3]. На кафедре также существует около 2000 различных тестов по медицинской реабилитации.

На данном цикле, педагогом обязательно, постоянно делается акцент, что при составлении индивидуальной реабилитационной программы для ребенка (любого возраста, уровня физического развития, функциональных возможностей, состояния здоровья) особенно тщательно, скрупулёзно, щадяще по отношению к его организму, необходимо подбирать реабилитационные мероприятия, их сочетания, временные характеристики (игровые методы, фонотерапия, танцетерапия и др.). Применение именно немедикаментозных методов восстановительного лечения позволяет это осуществить в полной мере. Педиатр должен быть ориентирован на гуманистический, персонифицированный подход, и что важно, должен создавать и контролировать условия, в которых будет проходить реабилитационный процесс.

Вывод. Таким образом, обучение медицинской реабилитации должно проходить с обязательным акцентированием обучающихся на личностные характеристики врача-реабилитолога, на сознательное формирование личностных и профессиональных качеств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чупрова Л.В. К вопросу об образовательном процессе в вузе в контексте его гармонизации [Текст] // Проблемы и перспективы развития образования: матер. II междунар. науч. конф. (г.Пермь, май 2012 г.). - Пермь: Меркурий, 2012. - [Электронный ресурс]. - Режим доступа URL: <http://moluch.ru/conf/ped/archive/58/2286/> (дата обращения: 07.10.2016).
2. Чупрова Л.В. Проблема совершенствования образовательного процесса в вузе [Текст] // Педагогика: традиции и инновации: матер. междунар. заоч. науч. конф. (г.Челябинск, октябрь 2011 г.), Т. II. - Челябинск: Два комсомольца, 2011. - [Электронный ресурс]. - Режим доступа URL: <http://moluch.ru/conf/ped/archive/19/1065/> (дата обращения: 07.10.2016).

3. Каюкова И.В. Процессы формирования банков тестовых заданий как средство повышения качества образования // *Фундаментальные исследования*. – 2016. – № 1-1. – С. 23-26.

© Л.П. Томачинская, Е.С. Поважная, Н.В. Кабанова, 2016

УДК 616.08-039.34:378.146/.147

*Томачинская Лариса Павловна, Поважная Елена Станиславовна,
Кабанова Наталья Васильевна*

ОСНОВЫ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТАМ

Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького, кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины (Лечебно-оздоровительный реабилитационный Центр (ДоКТМО), 83003, г.Донецк, пр. Ильича 12

В данной работе рассмотрена возможность преподавания медицинской реабилитации с позиции функциональных систем. При этом составляется план лечения конкретного больного с учетом таких компонентов как мотивация, память, обстановочная и пусковая афферентация. При таком подходе больной выступает не как объект лечения, а как личность. Предлагаемая методика может быть использована и на других клинических кафедрах.

Ключевые слова: физические факторы, функциональные системы, интеграция, управляющее устройство, объект управления, измерительное устройство.

Tomachinskaya L.P., Povazhnaya E.S., Kabanova N.V.

BASIS OF MEDICAL REHABILITATION EDUCATIONAL FEATURES WITHIN STUDENTS

M.Gorky National Medical University, Department of Medical Rehabilitation, Treatment Exercises and Alternative Medicine (Therapeutic and Restorative Rehabilitation Center (DoKTMO), pr. Ilichy 12, Donetsk, 83003

Possibility of physiotherapy education from the side of functional systems is examined in this job. Thus, the plan can be made as to the patient treatment, taking into account patient's motivation, memory, situational and starting afferentation. Practicing this method, patient is observed as personality, but not as the subject of treatment. The method offered can be also used on other medical type departments.

Keywords: physical factors, mechanism of action, functional systems, integration, control device, subject of control, measurement device.

Для корреспонденции: Поважная Елена, e-mail: kaffizio@mail.ru

For correspondence: Povazhnaya Elena, e-mail: kaffizio@mail.ru

Введение. Одной из важнейших задач подготовки врачей-кадров является достижение высокого уровня их квалификации. Решение этой задачи возможно при условии осуществления постоянной интеграции общетеоретических, медико-биологических, и гигиенических дисциплин, как по вертикали, так и по горизонтали в течение всего периода обучения. Это позволит будущему врачу использовать весь арсенал имеющихся методов лечения, в том числе и немедикаментозных [1, с.63].

Специфика предмета требует от обучающихся интеграции знаний теоретических и клинических дисциплин. В большей степени, чем другие клинические дисциплины, физиотерапия, как основная часть медреабилитации, основывается на знании законов физики и биофизики. В то же время, являясь прикладной дисциплиной, она не может быть усвоена без прочных знаний по всем клиническим дисциплинам [2, с.45].

Обсуждение. Достижения главной цели – положительного эффекта лечения – при рациональном сочетании лекарственной и немедикаментозной терапии требует от врача четкого представления о механизмах действия физических лечебных факторов на организм человека, а также на фармакодинамику и фармакокинетику применяемых лекарственных средств.

К сожалению, в имеющейся лечебной литературе по физиотерапии объяснение механизма действия физических факторов дается с устаревших теоретических позиций [3, с.136].

В то же время при обучении на младших курсах на кафедрах медико-биологического профиля студенты получают фундаментальную теоретическую подготовку, не используемую в дальнейшем при изучении физиотерапии студентами старших курсов и врачами при самоподготовке.

При разработке механизма действия физических факторов принципиальным является положение, согласно которому их воздействие следует рассматривать как физический раздражитель. Следовательно, правильное понимание механизма лечебного действия физических факторов возможно только через фундаментальные закономерности физики и биологии.

Это положение позволяет в качестве первого этапа предлагаемой системы рассмотреть вопрос о действии физических факторов на целостный организм по следующей *биокибернетической схеме*: физический фактор воздействует на управляющее устройство (центральную нервную систему), которое посылает импульсы на объект управления (орган, система органов), отсюда – на измерительное устройство (рецепторный аппарат), с которого по системе обратной связи снова на измерительное устройство.

Схема позволяет получить общее представление о действии физических факторов на организменном уровне, объяснить общий характер происходящих в нем изменений, учесть функциональные особенности обратных связей.

Следующим этапом является переход от общих явлений к более конкретным, локальным воздействиям. Действие физических факторов следует рассматривать с позиции универсальных законов действия раздражителей на ткани организма. Такими законами является закон силы и закон времени с их фазностью действия, а для постоянных токов (гальванического и импульсных) – еще и полярные законы раздражения.

Действие любого раздражителя на организм начинается с рецепторного поля. Использование предлагаемой схемы для изучения механизма действия физических факторов позволяет учесть ответные реакции организма по всей иерархической лестнице – от рецепторов до высших отделов центральной нервной системы. Кроме того, появляется возможность объединить такие теоретические понятия, как закон пороговой силы воздействия (сенсорный порог, моторный порог), показатель временного воздействия с клиническим эффектом лечебного фактора.

Рассмотрение взаимосвязей «сила-время» позволяет говорить не только о количественных, но и о качественных изменениях живых тканях и тесно связано с дозой применяемых лечебных факторов. Каждый этап предполагаемой схемы является промежуточной частью механизма действия физических факторов и зависит от нижележащего, оказывая влияние на «вышележащий» этаж.

Завершить этот этап разбора механизма лечебного действия физических факторов можно рассмотрением схемы, иллюстрирующей роль ретикулярной формации как коллектора всей афферентной импульсации и модуляции функционального состояния высших нервных центров.

Физический фактор посредством сенсорных сигналов воздействует на ретикулярную формацию, которая, в свою очередь, воздействует на моторную систему, состояние сознания, эмоции, вегетативную регуляцию.

Как видно из этой схемы, стимуляция или блокирование ретикулярной формации физическими факторами через сенсорный вход может повлиять на весь организм и вызвать через центральный аппарат общую неспецифическую тонизирующую или седативную реакцию. Это крайне важно учитывать при рассмотрении синергизма действия фармакологических препаратов и физических факторов, возможности

потенцирования эффекта медикаментозной терапии с помощью терапевтического воздействия.

Системный подход позволяет синтезировать взгляд на человека, как системную целостность, единство биогенных и социальных уровней жизнедеятельности.

Преподавание медреабилитации системных позиций раскрывает широкие возможности использования элементов интеграции знаний, полученных студентами на других кафедрах.

Выводы. Методы немедикаментозной терапии в настоящее время пользуются большой популярностью. В некоторых случаях они имеют бесспорные преимущества перед другими методами лечения. С позиции теории функциональных систем можно составить план лечения конкретного больного с учетом таких компонентов как мотивация, память, обстановочная и пусковая афферентация. При таком подходе больной выступает не как объект лечения, а как личность. При этом на всех этапах врач активно включается как компонент в контур общефункциональной системы «врач-больной», влияет на все стороны жизнедеятельности больного начиная с формирования афферентного синтеза. Предлагаемая методика может быть использована и на других кафедрах медицинского профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Судаков К.В. Теория функциональных систем.- М., 1996.- 95с.
2. Анохин П.К. Избранные труды: Кибернетика функциональных систем / Под ред. К.В. Судакова. Сост. В.А. Макаров.- М.: Медицина, 1998.- 400 с.
3. Физиология человека: учебник / Под ред. В.М. Покровского, Г.Ф. Коротько.- 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2003.- 656 с.

© О.В. Томаш, В.В. Коломиец, Б.А. Пивнев, Л.А. Томаш, 2016

УДК 616.1/ 9:378.2

Томаш Олег Викторович, Коломиец Виктория Владимировна,

*Пивнев Борис Анатольевич, *Томаш Лариса Александровна*

ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПРОГРАММЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА

Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького, кафедра внутренних болезней, *кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины, 83003, г. Донецк, пр. Ильича 16

В статье изложены некоторые практические аспекты преподавания гастроэнтерологической патологии в рамках дисциплины «Поликлиническая терапия» в соответствии с особенностями структуры, диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: поликлиническая терапия, гастроэнтерология, функциональные заболевания, инструментальная и морфологическая диагностика, пилорический хеликобактер, реабилитация.

Tomash O.V., Kolomiets V.V., Pivnev B.A., Tomash L.A.

AMBULATORY MANAGEMENT FEATURES OF PATIENTS WITH GASTROENTEROLOGICAL PATOLOGY IN 6TH YEAR STUDENTS TRAINING PROGRAMM

M.Gorky National Medical University, Department of Internal Medicine, *Department of Medical Rehabilitation, Treatment Exercises and Alternative Medicine, pr. Ilichа 16, Donetsk, 83003

The article presents the practical aspects of teaching of gastroenterological pathology as part of polyclinic therapy, according to the structural features, diagnosis and treatment of diseases of the gastrointestinal tract in a polyclinic setting.

Keywords: polyclinic therapy, gastroenterology, functional disorders, instrumental and morphological diagnostics, *Helicobacter pylori*, rehabilitation.

Для корреспонденции: Томаш Олег, e-mail: olegtomash@rambler.ru

For correspondence: Tomash Oleg, e-mail: olegtomash@rambler.ru

Введение. Поликлиническая терапия – относительно новая дисциплина для студентов-лечебников выпускного курса. В связи с этим важное значение приобретает преподавание особенностей амбулаторного ведения пациентов.

Врач амбулаторно-поликлинического звена в своей практической деятельности ежедневно сталкивается с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые по распространённости занимают 2-е место в структуре терапевтической патологии и, согласно данным Всемирной организации здравоохранения, имеют тенденцию к росту [3]. В связи с этим преподавание данной темы должно учитывать целый ряд важных нюансов, характерных для оказания лечебно-диагностической помощи этой категории пациентов в условиях поликлиники.

Во-первых, следует отметить, что наиболее распространённые симптомы и синдромы, традиционно рассматриваемые в рамках патологии ЖКТ (абдоминальная боль в различных её вариантах, тошнота, рвота, нарушения аппетита и стула, метеоризм и т.д.), отличаются крайне низкой специфичностью [1, с.28]. В связи с этим работу с пациентом необходимо начинать с дифференциальной диагностики, направленной на верификацию

хирургических (прежде всего, острых) и онкологических заболеваний (особенно рака желудка и колоректального рака ввиду их широкой распространённости в национальной популяции). В рамках онконастороженности уместно обсуждение «симптомов тревоги», или «красных флагов» (alarm symptoms, red flags): немотивированное похудение, примесь явной или скрытой крови в кале, анемия, субфебрилитет неясного генеза, семейный онкоанамнез.

Второй особенностью гастроэнтерологической патологии является абсолютное доминирование в её структуре функциональных заболеваний, прежде всего, функциональной диспепсии, дискинезий жёлчного пузыря и жёлчевыводящих протоков, синдрома раздражённой кишки. Поэтому необходимо чётко озвучить дефиниции указанной патологии и акцентировать внимание на её принципиальных отличиях от органических заболеваний ЖКТ. Кроме того, требует отдельного разъяснения эфемерность и потому неправомерность таких «традиционных» для национальной практики клинических диагнозов, как «хронический гастрит», «хронический спастический/атонический колит/энтероколит» и некоторых других, являющихся, абсолютными «лидерами» амбулаторных карт [2].

Обсуждение. Среди дополнительных методов обследования пациентов с патологией ЖКТ особое место ввиду своей высокой информативности занимают инструментальные методики: эндоскопия (фиброзоэзофагостродуодено- и фиброколоноскопия), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, современная рентгенодиагностика (компьютерная и магниторезонансная томография). В связи с этим необходимо активно использовать в учебном процессе рентгенархив, эндоскопический и сонографический фотовидеоархив, а также непосредственное ознакомление с сонографическими и эндоскопическими методиками в кабинетах УЗИ и эндоскопии.

Отдельного упоминания заслуживает широкий спектр гастроэнтерологической патологии, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori* (Hр). Диагностика Hр и адекватная эрадикационная терапия являются не только обязательными условиями эффективного лечения Hр-зависимых заболеваний, но и абсолютно необходимы в рамках первичной и вторичной профилактики пептических стродуоденальных язв, гастропатии, ассоциированной с приёмом нестероидных противовоспалительных препаратов, и дистального рака желудка [4]. В эндоскопическом кабинете студентов следует ознакомить с простой и наглядной методикой проведения уреазного теста с гастробиоптатом.

Для постановки диагноза целого ряда заболеваний ЖКТ обязательной является морфологическая диагностика. Без неё невозможно верифицировать наличие пищевода Барретта, определить характер эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка, оценить тяжесть и распространённость хронического гастрита как этапа желудочного канцерогенеза, не говоря уже о воспалительных заболеваниях кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона). В связи с этим необходимо обсудить принципиальные морфологические характеристики упомянутой патологии.

С учётом хронического течения практически всего спектра заболеваний ЖКТ пациенты с данной патологией нуждаются не просто в лечении, а в широком комплексе реабилитационных мероприятий. Особенно это актуально для наиболее распространённой функциональной патологии, традиционно рассматриваемой в контексте психосоматических нарушений. При составлении плана лечения таких больных студенты должны не только ориентироваться в принципах лекарственной терапии, но и иметь представление о немедикаментозных воздействиях, используемых в комплексной реабилитации (модификация образа жизни, рациональный режим питания, фитотерапия, физиотерапевтические методики, лечебная физкультура, психотерапия).

В рамках цикла поликлинической терапии представляется целесообразным выделение времени, в течение которого студенты проводят совместный амбулаторный приём не только с врачом общей практики (терапевтом), но и с гастроэнтерологом.

Выводы. Использование указанных аспектов в преподавании позволит студентам не только формулировать предварительный диагноз того или иного заболевания ЖКТ, но и осознанно составлять план диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, учитывая при этом как существующие международные и национальные стандарты, так и реальные возможности амбулаторно-поликлинического этапа оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ведущие синдромы в гастроэнтерологии: уч. пособие / Дорофеев А.Э., Руденко Н.Н., Томаш О.В., Мягкова Т.В.. – Д.: Донбасс, 2012. – 172 с.
2. Передерий В.Г., Ткач С.М. Доказательная медицина и эффект запаздывания в украинской гастроэнтерологии // Сучасна гастроентерол. – 2004. - №3. - С. 4-7.

3. Романова М.М., Зуйкова А.А. Анализ гастроэнтерологической патологии, пищевого статуса, фактического питания среди населения по данным посещений Центра здоровья // Фундаментальные исследования. – 2014. – №2. – С. 151-155.
4. Malfetheriner P., Megraud F., O'Morain C.A., et al. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht IV/ Florence Consensus Report // Gut. – 2012, May. – Vol. 61(5). - P. 646-664.

© Г.В. Фёдорова, Е.А. Плескач, Г.В. Ясько, 2016

УДК 613.72+613.9]:378.146-057.875

*Фёдорова Галина Васильевна, Плескач Екатерина Александровна,
Ясько Геннадий Владимирович*

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В ОРИЕНТАЦИИ СТУДЕНТОВ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького, кафедра физического воспитания, 83003, г.Донецк, пр. Ильича 16

Проведен анализ данных современной научной литературы по изучению проблемы формирования основ здорового образа жизни студентов, роли физического воспитания и спортивной деятельности в ориентации студентов на здоровый образ жизни.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, физическое воспитание, спорт, студенты.

Fedorova G.V., Pleskach E.A., Yasko G.V.

THE ROLE OF PHYSICAL EDUCATION IN ORIENTATION OF STUDENTS ON HEALTHY LIFESTYLES

M.Gorky National Medical University, Department of Physical Education, 83003, pr. Ilich 16, Donetsk, 83003

The analysis of these recent scientific literature on the study of the problem of formation of bases of a healthy way of life of students, the role of physical education and sports activities in the orientation of students on a healthy lifestyle.

Keywords: health, healthy lifestyles, physical education, sports, the students.

Для корреспонденции: Ясько Геннадий, e-mail: yasko68@mail.ru

For correspondence: Yasko Gennadii, e-mail: yasko68@mail.ru

Введение. Здоровье населения – важнейший показатель благополучия нации. Постоянное воздействие на население химических, биологических и

Подобная дисгармония может стать причиной формирования асоциальных качеств личности. Поэтому в вузе необходимо обеспечить сознательный выбор личностью общественных ценностей ЗОЖ и формировать на их основе устойчивую, индивидуальную систему ценностных ориентаций, способную обеспечить саморегуляцию личности, мотивацию ее поведения и деятельности.

Анализ научно-исследовательских работ, по данному направлению, позволил сделать заключение о том, что вопросы повышения эффективности ФВ молодежи за последние годы не утратили своей актуальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виленский М.Я. Физическая культура и здоровый образ жизни студента / М.Я. Виленский, А.Г. Горшаков. – М.: Гардарики, 2007. – 218 с.
2. Григорьев В.И. Физическое воспитание студентов: в 2 т. / В.И. Григорьев, А.Н. Третьяков // Теория и методика физического воспитания: учебник для студентов вузов физ. воспитания и спорта / под ред. Т.Ю. Круцевич. – К.: Олимпийская л-ра, 2003.- Т.2. – 392 с.
3. Захарина Е.А. Формирование мотивации к двигательной активности в процессе физического воспитания студентов высших учебных заведений: автореф. дис. ... канд. наук по физ. восп. и спорту: спец. 24.00.02 / Е.А. Захарина. – К., 2007. – 22 с.
4. Ильинич В.И. Физическая культура студента и жизнь / В.И. Ильинич. – М.: Гардарики, 2008. – 366 с.
5. Круцевич Т.Ю. Методы исследования индивидуального здоровья детей и подростков в процессе физического воспитания. - К.: Олимпийская л-ра, 1999. - 232 с.

© А.В. Чурилов, С.А. Джеломанова, М.И. Клецова,
И.А.Данькина, Лыкова Л.А., 2016

УДК 618.1/5:378.146/.147

*Чурилов Андрей Викторович, Джеломанова Светлана Алексеевна,
Клецова Марина Ивановна, Данькина Илона Альбертовна,
Лыкова Любовь Алексеевна

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М.Горького, кафедра акушерства и гинекологии, *кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины, 83003, г.Донецк, пр. Ильича 16

Использование в учебном процессе тренажеров и симуляторов способствует повышению качества практического обучения студентов университета и ведет к усовершенствованию всей системы обучения.

Ключевые слова: практический навык, качество, студент.

*Churilov A.V., Dgelomanova S.A., Kletsova M.I., Dankina I.A., *Likova L.A.*

ORGANIZATION OF SECURITY AND IMPROVING THE QUALITY OF EDUCATION FOR OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

M.Gorky National Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology,
*Department of Medical Rehabilitation, Treatment Exercises and Alternative Medicine,
pr. Iliche 16, Donetsk, 83003

The use of simulators in the training process and simulators improves the quality of practical training of university students, and leads to the improvement of the entire education system.

Keywords: practical skills, the quality of the student.

Для корреспонденции: Джеломанова Светлана, e-mail: kafedra.gyn@gmail.com
For correspondence: Dgelomanova Svetlana, e-mail: kafedra.gyn@gmail.com

Введение. Практическая подготовка выпускников вузов особенно актуальна и жизненно важна для медицинского образования. Несмотря на бурное развитие науки и техники, врач любой специальности обязан владеть всем арсеналом накопленных знаний и умений, позволяющих в трудной ситуации поставить правильный диагноз, определить тактику ведения, назначить адекватное лечение [1]. Помощником студенту в этом является оптимальная программа освоения необходимых профессиональных навыков, опирающаяся на широкое внедрение современных тренажерных комплексов нового поколения, создание базовых учебных центров, плавно перекидывающих мостик от имитации в клинику к реальному пациенту [3].

Обсуждение. Овладение практическими навыками и умениями является обязательной и неотъемлемой частью педагогического процесса при изучении акушерства и гинекологии. Практическая подготовка студентов осуществляется на лекциях, практических занятиях, консультациях. В начале практического занятия определяется исходный уровень знаний с помощью тестовых задание. После проверки и оценки результатов тестирования проводится разбор вопросов, вызвавших затруднение в понимании и решении. Все это позволяет свести до минимума время, необходимое для теоретической подготовки, и уделить больше внимания отработке практических навыков.

Формирование практических умений и навыков осуществляется с применением деятельностного подхода в обучении, при котором студент не

только осваивает алгоритм выполнения, но и учиться действовать в конкретной клинической ситуации. Выполняя конкретное задание, студент не только должен осваивать алгоритм успешной профессиональной деятельности, но и учиться находить верную информацию.

Хороший эффект в активизации познавательной деятельности при устном изложении дает прием, связанный с побуждением учащихся делать сравнения, сопоставлять новые факты, приемы и положения с тем, что ранее изучено [2].

Для значительного повышения качества практической подготовки студентов необходим комплексный подход. Для этого во время практических занятий используются ситуационные задачи, имитирующие ситуации, которые могут возникнуть в реальной действительности. Целью решения ситуационных задач является получение знаний и формирование умений, клинического мышления, готовности студентов к профессиональным видам деятельности: анализировать и систематизировать учебный материал; интерпретировать клинические симптомы и данные дополнительного исследования для постановки диагноза и обоснования тактики лечения.

Большое внимание в обучении студентов уделяется оказанию неотложной помощи при различных состояниях в акушерстве и гинекологии на догоспитальном этапе. Основной задачей подготовки студентов является умение своевременно диагностировать неотложное состояние, принять тактически правильное решение и оказать медицинскую помощь. Для того, чтобы в считанные минуты разобраться в диагнозе необходим высокий уровень врачебного мышления, отличные знания дифференциальной диагностики, умение быстро ориентироваться в жалобах и объективных симптомах заболевания. На занятиях рассматриваются этапы первой лечебной помощи, целесообразность использования различных медикаментозных препаратов, правила транспортировки пациенток. В процессе обучения студенты не могут принимать участие во всех неотложных состояниях. Достаточно интересным и производительным направлением является разработка задач, которые основаны на имитационном моделировании жизненных ситуаций. Они направлены на формирование и закрепление конкретных умений действовать в четко очерченных реальных условиях и оперативно анализировать ситуацию, вести поиск отсутствующей информации, решать проблемы, которые внезапно возникают, намечать варианты действий, принимать решение в условиях, которые быстро меняются, и тому подобное.

Хороший эффект в формировании знаний и умений лечения пациентки дают лечебно-диагностические алгоритмы. Их использование предусматривает разбор конкретной клинической ситуации по схеме: выделение основных симптомов, определение патогенетической взаимосвязи симптомов с выделением синдромов, которые обуславливают тяжесть состояния больной, подбор лечебно-диагностических мероприятий на основе главных синдромов.

Отработка практических навыков по теме проводится в учебной комнате, центре практической подготовки с отметкой в дневнике и в отделениях у постели беременной, родильницы или гинекологической больной. Однако, не всегда имеется возможность обеспечить студентов тематическими пациентами и осуществить полноценный разбор каждой из курируемых женщин, что усугубляется повсеместным внедрением в клиниках рыночных отношений и изменениями в законодательной базе.

Огромное значение в процессе обучения студентов играет созданный в Донецком национальном медицинском университете Центр практической подготовки, который обеспечивает условия для обучения практическим умениям и навыкам, формирования профессиональных компетенций. Именно в условиях оборудованного центра содержание обучения направлено не только на освоение отдельных навыков, но и на междисциплинарное обучение, работу в команде, выработку норм профессионального поведения. Преимущества работы на фантомах, тренажерах очевидны: это возможность моделировать клинические ситуации, максимально приближенные к реальным событиям; создание условий для отработки навыков профессиональных умений в редких случаях (сердечно – легочная реанимация), возможность неоднократного повторения навыка до полной ликвидации ошибок и правильному выполнению любого элемента. В Центре практической подготовки занимаются студенты 4 курса, дважды в течение модуля №1 «акушерство». Первый раз осваивают и отрабатывают практические навыки. После выполнения практических навыков преподаватель проводит обсуждение результатов, анализирует выявленные ошибки и неточности, отмечает положительные стороны и недостатки ответов и демонстрации практических умений и навыков студентов. Второй раз демонстрируют правильность выполнения преподавателю. На 5 курсе в течение модуля №2 «гинекология» студенты медицинских факультетов занимаются в Центре практической подготовки один раз и на 6 курсе дважды в течение модуля №3 «акушерство и гинекология». Оценка практических умений и навыков проводится при

втором посещении центра при демонстрации выполнения манипуляций. Студенту, получившему неудовлетворительную оценку в ходе контроля практических умений и навыков, предоставляется возможность повторной сдачи практических навыков после соответствующей подготовки.

На кафедре имеются методические рекомендации по выполнению практических умений и навыков, включающие пошаговый алгоритм выполнения навыков и основные требования к знаниям и умениям студента. Оценка практических умений и навыков как форма контроля применяется в ходе текущей, промежуточной и итоговой государственной аттестации студентов.

Выводы. Таким образом, проблема формирования учебно-методического обеспечения как средства совершенствования образовательного процесса в профессиональном образовании остается приоритетной. Однако её практическая реализация в основном осуществляется на основе поэтапного, а не системного подхода к образовательному процессу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михальченко Д.В., Михальченко А.В., Порошин А.В. Роль симуляционного обучения в системе подготовки врача – стоматолога на примере фантомного центра Волгоградского медицинского университета //Фундаментальные исследования. – 2013. – № 3-1. – С. 126-128. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа URL: <http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=31161> (дата обращения: 27.09.2016).
2. Активизация познавательной деятельности студентов. - Минск, 2011. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.radioforall.ru/2010-01-26-11-41-23/816-2010-01-27-07-54-18-> (дата размещения: 11.12.2011).
3. Развитие медицинского образования в условиях инновационной экономики / Шубина Л.Б., Мещерякова М.А., Камынина Н.Н., Уткина Г.Ю. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. –№1 (13). – С. 24-25.

исследуемых группах пациенты помимо медикаментозного лечения строго выполняли предложенные методы реабилитации (лечебная гимнастика, лечебный массаж, занятие на «Атакситесте» для тренировки мелкой моторики рук, диетотерапия).

Выводы. Наличие моторных и немоторных симптомов при БП оказывают неблагоприятное влияние на качество жизни пациентов. У пациентов с вторичным паркинсонизмом, в меньшей степени выраженности, имели место проявления немоторных нарушений. Оценка факторов, влияющих на КЖ пациентов с БП, позволяет более эффективно планировать и корректировать рекомендации по лечению и решению психологических и социальных проблем.

**Зубенко И.В., Швиренко И.Р.,
Терещенко И.В., .Поважная Е.С.**

(все – кафедра медицинской реабилитации, ЛФК
и нетрадиционной медицины ДонНМУ им.М.Горького)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОРДИЧЕСКОЙ ХОДЬБЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ

Введение. В последнее время состоянию здоровья студентов уделяется всё большее внимания, как важной социальной и экономической проблеме. По различным статистическим данным в России до 65% студентов имеют хронические заболевания. Наиболее часто у них встречается патология желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата.

Целью работы было повышение эффективности комплексного лечения студентов со сколиозом грудного и поясничного отделов позвоночника I-II степени на основе разработанной реабилитационной программы с использованием нордической ходьбы (НХ).

Материалы и методы. В исследование были включены 67 студентов ДонНМУ (30 мужчин и 37 женщин) 1-й группы (основной), с диагнозом сколиоза I-II степени подтвержденным клинически и рентгенологически. Вторую группу (контрольную) составили 15 здоровых добровольцев. Всем студентам проводились тесты на выносливость и силу мышц, участвующих в поддержании осанки, функциональные пробы для оценки дыхательной (Штанге и Генчи) и сердечно-сосудистой систем (Мартине).

Все исследуемые основной группы были разделены на две подгруппы. Реабилитационный комплекс пациентов 1-й подгруппы (n=33) включал ортопедический режим с использованием медболов, физиотерапевтические процедуры, кинезиотерапию с использованием корригирующей гимнастики, аутоэкстензионных упражнений, силовых упражнений, упражнений на координацию и растяжение.

Пациенты 2-й подгруппы (n=34) дополнительно использовали нордическую ходьбу в течение 30-40 минут 3 раза в неделю, расстояние от 3 до 5 км. Результаты оценивались исходно и спустя 6 месяцев от начала

реабилитации. Полученные данные обрабатывались с помощью одно- и многофакторного дисперсионного анализа («BIOSTAT», «Stadia.6.1/prof»).

Результаты. Обследуемые основной группы отмечали периодические умеренные боли или дискомфорт в области грудного и поясничного отделов позвоночника, особенно после длительных статических нагрузок (84,78%), быструю утомляемость (91,30%), снижение работоспособности (86,95%). У всех обследуемых выявлялось ослабление мышечного корсета и положительный тест Адамса с асимметрией паравертебральных мышц.

На фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика у всех исследуемых основной группы. Лучшие результаты получены у студентов 2-й подгруппы основной группы, получавших НХ. Наблюдалось уменьшение клинических проявлений. Показатели соматоскопии (симметричность тела, параметры осанки) также улучшались. Анализ мышечного тестирования показал выраженное увеличение времени удержания постуральных мышц в изометрическом режиме. Состояние кардиореспираторной системы улучшилось только у исследуемых лиц 2-й подгруппы основной группы. Жизненная емкость легких приблизилась к показателю контрольной группы. Нормализовались пробы Штанге и Генчи. получен нормотонический тип реакции на пробу Мартине.

Выводы. Включение нордической ходьбы в программу реабилитации больных со сколиозом I-II степени способствовало укреплению мышцы туловища, улучшило осанку, функцию внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы, оказало общеоздоровительный эффект.

Лобанов Г.В., Агарков А.В.

(все – кафедра травматологии, ортопедии и ХЭС ДонНМУ им. М.Горького)

БОЕВАЯ ТРАВМА В ДОНЕЦКЕ

Введение. Предыдущий век оставил мировой истории в наследство - две мировые войны, холодную войну и множество локальных конфликтов, которые продолжают до настоящего времени, одним из которых можно рассматривать антитеррористическую операцию в Украине. Наиболее частым видом боевых повреждений со времени вооружения армий огнестрельным оружием были ранения, которые наносились пулями, осколками снарядов бомб, гранат. Несмотря на изобретение средств массового поражения, на вооружение всех стран остается самое разнообразное огнестрельное оружие. Огнестрельные ранения в локальных войнах остаются ведущим видом боевой патологии. Лечение огнестрельных ран остается одной из центральных проблем военно-полевой хирургии. В ВОВ раненые составили 95-97% санитарных потерь. Предполагается в современной наступательной операции 75-80%. После второй мировой войны специалисты разных стран добились серьезных успехов в лечении ран и раненых. Были созданы арсеналы антибактериальных средств, иммунных препаратов, разработаны современные виды обезболивания, средства парентерального питания, стимуляторы регенерации. Перед военными

**Середенко Л.П., *Добровольская Н.А., **Середенко Е.В.,
Томачинская Л.П., Лыков Д.А.**

(кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины,
*кафедра физического воспитания, **кафедра онкологии и радиологии ФИПО,
все – ДонНМУ им. М.Горького)

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПСИХОНЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Введение. Число лиц с невротическими нарушениями за последние десятилетия возросло более чем в 20 раз и различные их формы встречаются у 80% населения. Идея единства психического и физического рассматривается еще со времен И.М. Сеченова. В работах целого ряда авторов убедительно доказана эффективность применения лечебной физкультуры (ЛФК) при невротических расстройствах. В тоже время отсутствует четкая регламентация использования ЛФК с учетом степени снижения функционального состояния нервно-мышечного аппарата, общей работоспособности и варианта дезадаптации ЦНС.

Материалы и методы. Изучено влияния занятий ЛФК на студентов со средним уровнем физической работоспособности (по данным теста PWC 170) с помощью выполнения психотестов, тестов на внимание и краткосрочную память. Определялись психофизиологические показатели: теппинг теста, кистевой динамометрии, скорость зрительно-моторной и слухо-моторной реакции.

Результаты и обсуждение. В первой группе студентов в течение трех недель проводились занятия ЛФК по общепринятой методике в рамках тренирующего двигательного режима (тренировочная ЧСС – 150-160 уд\мин). Предложенная нагрузка оказалась неадекватной и вызывала у студентов жалобы на головные боли, головокружение, сердцебиение, повышенную утомляемость, расстройства сна, повышение или снижение АД в покое, снижение общей работоспособности, появлялась выраженная раздражительность, ухудшался сон. Выявлена отрицательная динамика психотестов, показателей сенсомоторных процессов (замедление моторной реакции на свет и на звук, данных теппинг-теста, тестов на внимание и кратковременную память) и динамометрии.

Вторая группа в течение трех недель занималась ЛФК в рамках щадящего двигательного режима (тренировочная ЧСС – 130-140 уд\мин). В занятии упражнения динамического характера чередовались с непродолжительными изометрическими напряжениями отдельных мышечных групп и последующей их релаксацией, а также с упражнениями на координацию, равновесие, внимание и некоторыми специальными дыхательными упражнениями. Последующее обследование этой группы студентов выявило субъективное улучшение самочувствия, контактности, настроения, реже отмечалась бессонница, беспричинная тревожность. Психофизиологические показатели по сравнению с предыдущим обследованием также улучшились,

в частности, возросли показатели кратковременной памяти, концентрации внимания, сократилось время зрительно, и слухо-моторной реакции и др.

В дальнейшем при выборе двигательного режима, направленности занятий ЛФК и применения специальных физических упражнений нами учитывались: степень расстройств психической работоспособности, показатели состояния нервных процессов и состояния нервно-мышечного аппарата, ведущий синдром заболевания и вариант дезадаптации ЦНС. В группе студентов, занимавшихся на протяжении семестра ЛФК, с учетом всех вышеописанных методических подходов, у 63% студентов произошло существенное улучшение общего состояния, а у 16% удалось полностью купировать невротические расстройства, повысить умственную и физическую работоспособность.

Выводы. Проведенные исследования позволили существенно дополнить и конкретизировать методику занятий ЛФК в зависимости от особенностей психоневротических состояний и физического статуса студентов. Представленная методика проведения дифференцированной ЛФК исключает осложнения, позволяет оптимизировать как процесс реабилитации, так и профилактику этих нарушений.

Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Сохина В.С., *Коценко П.И.

(кафедра неврологии и медицинской генетики, *кафедра урологии,
все – ДонНМУ им. М.Горького)

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА

Цель: определить основные реабилитационные мероприятия для больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта на фоне сахарного диабета (СД) 1 типа и проанализировать их эффективность.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 43 пациента в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта (ИИ), которым выполнялись клиничко-неврологический с использованием шкал NIHSS, спастичности Ашворт и шестибальной оценке мышечной силы, клиничко-лабораторный и клиничко-инструментальные обследования. Среди сопутствующей патологии у всех больных был диагностирован СД 1 типа. Данные обработаны статистически. Основными задачами реабилитации больных, перенесших ИИ головного мозга, является восстановление нарушенных функций и способностей, социальная и психологическая реадaptация, профилактика осложнений острого и восстановительного периодов, в том числе развития повторного заболевания. Ведущими принципами реабилитации ИИ является ранняя активизация больных, предупреждение развития патологических состояний (спастических контрактур, артропатий) и осложнений, (тромбофлебитов, пролежней, гипостатических явлений в легких), восстановление произвольных движений

и контроль функции глотания и тазовых органов. Среди методов двигательной реабилитации активно используется лечебная гимнастика, массаж, физиотерапия с использованием нервно-мышечной электростимуляции.

Результаты. Проанализированы полученные данные и выявлено, что среди пациентов имели место двигательные расстройства у всех пациентов и чувствительные нарушения в 34,9% случаев, дискоординация – в 81,4%, речевые нарушения – в 16,2%, когнитивный дефицит – в 30,2% и эмоционально-личностные проявления – в 20,9% случаев. У всех больных после ИИ на фоне СД 1 типа с использованием реабилитационных методик в течение 1 месяца отмечается положительная динамика различной степени выраженности.

Регресс неврологического дефицита выявлен у больных после ИИ с СД 1 типа в виде уменьшения выраженности пареза (90,7%), спастичности (62,8%) в среднем на 2 балла по шкале Ашворт, восстановление речевого дефицита (4,7%), когнитивных (25,6%) и эмоционально-личностных (9,3%) нарушений и тропического синдрома (30,2%).

На 30 суток от начала реабилитации снижение показателя неврологического дефицита по NIHSS до $10,3 \pm 0,7$ баллов отмечено у 19 (44,2%) пациентов по сравнению с первым днем начала мероприятий, у 16 (37,2%) – до $12,3 \pm 0,7$ баллов и у 8 (18,6%) – до $4,9 \pm 0,2$ баллов среднего значения неврологических нарушений.

Выводы. Реабилитационные мероприятия являются неотъемлемой частью терапевтических процедур, направленных на коррекцию неврологического дефицита, восстановления нарушений в результате ИИ, а также на социальную реадaptацию больного. Исследуя основные принципы реабилитации пациентов в раннем восстановительном периоде ИИ на фоне СД 1 типа, установлена положительная динамика с регрессом выраженности неврологического дефицита по шкалам NIHSS, спастичности Ашворт и шестибальной оценке мышечной силы.

Терещенко И.В., Швиренко И.Р., Поважная Е.С.

Зубенко И.В., Пеклун И.В.

(все – кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины ДонНМУ им. М.Горького)

КОМПЛЕКСНОЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Введение. В последние годы отмечается устойчивый рост числа больных с сочетанной патологией, такой как болезни органов дыхания и сердечно-сосудистой системы. Так, частота выявления артериальной гипертензии (АГ) у лиц с хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ) составляет до 60-70% случаев. В реабилитации таких больных часто используются

физиотерапия, эффективность которой не всегда высока, что связано с недостаточным учетом состояния вегетативной нервной системы (ВНС), играющей важную роль в поддержании гомеостаза организма.

Целью исследования явилось изучение эффективности дифференцированной физиотерапии больных ХОЗЛ в сочетании с АГ на фоне ваготонии.

Материалы и методы. Эффективность комплекса физиотерапии была изучена у 26 больных в возрасте 28-50 лет с ХОЗЛ и гипертонической болезнью I-II стадии на фоне ваготонии, которым наряду с медикаментозной терапией назначали лазеротерапию и вакуум-массаж грудной клетки. Учитывались наличие и выраженность таких симптомов, как кашель, приступы удушья, одышка, пиковая объемная скорость выдоха, функция внешнего дыхания по объему форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1). По данным суточного мониторирования определяли средние показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД), пульсовое АД. Состояние вегетативной регуляции изучали по опросникам Вейна с определением коэффициента вегетативного равновесия (КВР).

Результаты. Обструктивный синдром на фоне ваготонии клинически проявлялся хроническим кашлем с большим количеством мокроты, пастозностью, брадикардией, преимущественным подъемом ДАД.

В сравнении с группой больных, получавших только медикаментозную терапию (контроль), улучшение в группе больных с ваготонией на фоне физиотерапии наступало в среднем на 5-7 дней раньше – уменьшилась одышка, снизилась потребность в бронхолитиках. До лечения легкая степень бронхиальной обструкции отмечена у 17 человек, средняя – у 9 человек основной группы. Через 20 дней после проведенного лечения отмечено увеличение числа больных с легкой степенью обструкции (ОФВ1 увеличился до 70-80%).

Гипотензивный эффект терапии наблюдался в обеих группах. Однако, динамика показателей изменялась существенно в основной группе. Так, через 20 дней суточное САД снизилось в 1,2 раза, в то время как в контрольной группе – 1,07 раза. Статистически значимых изменений ЧСС не наблюдалось. Проведенная дифференцированная физиотерапия приводила к нормализации КВР с 4-5 сеанса. В основной группе индекс вырос в среднем в 1,33 раза, тогда как в контрольной группе лишь в 1,15 раза.

Выводы. Таким образом, выбор метода и методики физиотерапии у больных ХОЗЛ в сочетании с АГ определяется состоянием ВНС. Адаптационные воздействия физическими факторами (лазеропунктура, вакуум-массаж) патогенетически обоснованы на фоне преобладания парасимпатической нервной системы, что привело к улучшению общего самочувствия, качества жизни больных, снижению потребности в бронхолитиках. Показатель КВР оказался важным диагностическим критерием отбора больных для физиотерапии и контроля эффективности лечения.

Томачинская Л.П., Кабанова Н.В., Поважная Е.С., Середенко Л.П.

(кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины
ДонНМУ им. М.Горького, * факультет физической реабилитации ГОУ ВПО
«Донецкий институт физической культуры и спорта»)

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Введение. Климактерические расстройства (КР) являются широко распространенной патологией: 37,5-80,0% женщин в возрасте угасания репродуктивной функции страдают от них. КР снижают трудоспособность женщин, являются фактором риска онкозаболеваний. Разработка методов реабилитации при КР является актуальной задачей современной гинекологии. Наиболее перспективными признаны методы, не требующие постоянного медицинского контроля и специального оборудования, простые и безопасные в применении и направленные на оптимизацию психосоматического состояния здоровья женщин.

Обсуждение. Изучение причин нарушений, связанных с патологическим климаксом, показало, что при этом происходит дезинтеграция гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси. Именно поэтому эффективной в лечении КР является заместительная гормонотерапия, проводимая под строгим врачебным контролем. В процессе поиска самых безвредных, не требующих постоянного наблюдения врача и эффективных путей лечения КР у женщин, была выбрана ароматерапия – лечение запахами.

На женщин, страдающих КР, дыхательная ароматерапия оказывает психотропное, гормонотропное, адаптогенное действие за счет воздействия на центры головного мозга, в результате чего происходит коррекция надгипоталамических и гипоталамо-гипофизарных расстройств. Практически описанного эффекта достигают при вдыхании воздуха, смешанного с летучими фракциями эфирных масел лекарственных растений. Для этого применяют технику ингаляций или ароматизации воздуха помещения. Для стимулирования нервной и сосудистой систем эти процедуры проводят утром с помощью эфирных масел лекарственных растений, оказывающих на организм тонизирующее действие: лимонного, бергамотового, апельсинового. Выбирают одно из них или любую смесь по реакции пациентки (приятно-неприятно).

Ароматизация воздуха помещения осуществлялась по известной общепринятой в ароматерапии методике в сочетании с аэроионизации. Ингаляцию проводят без нагревания с помощью любого прибора для ингаляции, предпочтительно использовать стеклянный ингалятор Махольда (Германия). В ингаляционную трубку капали 1-2 капли эфирного масла и дышат, согласно инструкции к прибору. Время лечения составляло 20-30 минут в утренние часы.

Лечение было бы половинчатым и эффект устранения КР не достигался бы без второго этапа – вечернего массажа воротниковой зоны с успокаивающими ароматическими маслами. Происходит сочетание терапии

– классический массаж воротниковой зоны улучшает состояние вегетососудистой системы и при этом в кожу в течение 15-25 минут в вечернее время втираются эфирные масла (1-2 капли каждого), оказывающие рефлекторное действие. Предпочтительно, чтобы лечение продолжался 15-20 дней, затем 2-3 раза повторялось с перерывами в 1-2 месяца.

Результаты проводимой терапии свидетельствовали об эффективности разработанной методики: исчезало тревожное состояние, резко уменьшались «приливы», чувство жара, потоотделение и др. Повторные курсы позволяли закрепить полученный результат.

Выводы. Таким образом, использование ароматерапии в комплексном лечении женщин с климактерическими расстройствами является перспективным методом воздействия.

Секция «МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ»

Никитенко Д.В., Антонова Л.Н., Бубликова А.М., *Никитенко С.Н.

(кафедра неврологии и медицинской генетики, *кафедра медицинской физики, математики и информатики, все – ДонНМУ им. М.Горького)

ВЛИЯНИЕ АРОМАТЕРАПИИ НА ПАМЯТЬ, ВНИМАНИЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Введение. Одной из актуальных проблем современной педагогики в связи с переходом на более интенсивный режим обучения, является поддержание высокой концентрации внимания на протяжении всего занятия, а также профилактика утомления. С другой стороны – для усвоения растущих информационных нагрузок требуется повышение концентрации внимания, памяти и хорошее психоэмоциональное состояние обучающегося.

Целью данной работы является изучение опыта влияния ароматерапии на память, внимание и психоэмоциональное состояние человека, а также возможность применения ароматерапии в учебном процессе.

Обсуждение. Проанализировав исследования и публикации за последние 10 лет выяснено, что интенсивный умственный труд может привести к утомлению и, как следствие, вызвать снижение адапционных возможностей учащихся. Опубликованы исследования по воздействию ароматических масел на школьников (младшего и среднего школьного возраста), на взрослых людей, работа которых связана с повышенной концентрацией внимания и психоэмоциональным напряжением. Однако опыт применения ароматерапии у студентов изучен недостаточно. Кроме этого описано различное влияние определенных эфирных масел на концентрацию внимания, уровень тревожности, расслабленности, память, психоэмоциональное состояние. Наряду с этим, практически все

Таким образом, практика опровергает тезис, который с недоверием относится к достижению успеха после получения двойки.

Выводы. Несмотря на то, что мы придерживаемся единой методики оценивания знаний, преподаватель должен найти персональный подход к каждому студенту для достижения общих целей и для формирования профессиональной заинтересованности и развития врачебных качеств.

**Поважная Е.С., Швиренко И.Р., Зубенко И.В.,
Пеклун И.В., Томачинская Л.П.**

(все – кафедра медицинской реабилитации, ЛФК
и нетрадиционной медицины ДонНМУ)

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Введение. Повышение эффективности обучения студентов на циклах медицинской реабилитации, частной физиотерапии, ЛФК, общей физиотерапии является важным фактором в оптимизации образовательного процесса на кафедре. Одним из путей повышения качества образования является активное внедрение процессов управления студентом собственным обучением, что способствует наиболее полному раскрытию способностей специалиста.

Обсуждение. Самостоятельная работа является активной индивидуальной работой каждого конкретного студента над усвоением учебного материала в свободное время. Студенту рекомендуется самому разрабатывать индивидуальный недельный график самостоятельной работы на цикл. В этом случае студент рационально использует собственное время, максимально применяет индивидуальные возможности и внешние факторы.

Самостоятельная работа, проводимая студентами медицинских факультетов во время усвоения модуля «Физическая реабилитация и спортивная медицина», должна разделяться на аудиторную и внеаудиторную. Аудиторная самостоятельная работа выполняется студентами на практических занятиях по разрешению конкретных индивидуальных задач. Внеаудиторная самостоятельная работа включает подготовку к практическим занятиям, к итоговому контролю, написание рефератов, поиск и проработку научной литературы.

Содержание самостоятельной работы студентов должны определяться учебной программой, методическими материалами и указаниями, что вмещают в себя основные вопросы данной темы. Во время работы необходимо пользоваться учебниками, учебными пособиями в домашних условиях, в библиотеке, учебных кабинетах кафедры. Для этого на кафедре функционирует читальный зал, содержащий современные пособия, которые своевременно обновляются.

Для правильного планирования самостоятельной работы студентов на цикле необходимо учитывать не только учебный план подготовки по

перечню дисциплин, предусмотренных лекционных часов и часов на практические занятия, но и показатели трудоемкости на выполнение различных видов самостоятельной работы. При планировании основных видов самостоятельной работы необходимо предусмотреть также изменения активности организма студента, обусловленные действием суточных, месячных природных биоритмов. На основе этих факторов студент сам разрабатывает индивидуальный недельный график самостоятельной работы на цикле. В этом случае студент рационально использует собственное время, более уверен при выполнении учебных заданий, снижает стрессовую нагрузку. При этом максимально используются собственные возможности студентов и влияние внешних обстоятельств для самореализации, самовоспитания, самосовершенствования в период его обучения в ВУЗе.

Выводы. Ведущим механизмом повышение качества образования является активное привлечение студентов к управлению процессом собственного обучения, что способствует наиболее полному раскрытию его творческих способностей на пути трансформации в специалиста.

Смирнова Н.Н., Агафонова Г.Ю., Андропова И.А.

(все – кафедра анестезиологии, ИТ и МНС ФИПО ДонНМУ им. М.Горького)

ДИСТАНЦИОННАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ ИНТЕРНОВ И КУРСАНТОВ АНЕСТЕЗИОЛГОВ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Актуальность. Достижения науки и техники позволяет использовать различные технологии для новых форм обучения. Дистанционное обучение (ДО) позволяет с помощью телекоммуникаций осуществлять процесс обучения во время пространственной или временной удалённости педагога и обучающегося. Проведение боевых действий обусловило необходимость использования новых форм обучения в сочетании с «традиционными». Во время ДО обучающийся не ограничен во времени, имеет возможность многократно изучать теоретический материал, выполнять практические задания, самостоятельно регулировать, распределять учебную нагрузку и график работы, использовать компьютер с выходом в Интернет, получать в процессе обучения консультации наиболее опытных преподавателей и обсуждать вопросы на форуме. Однако при использовании ДО, нет возможности адекватно оценить владение практическими навыками.

Цель работы – улучшение результатов процесса обучения с учетом военно - политической ситуации в регионе.

Материалы и методы. Социологический опрос проведён у 76 обучающихся, из них интернов анестезиологов – 45%, курсантов сертификационного цикла – 35% и цикла тематического усовершенствования – 20%. Для выполнения поставленной цели осуществлялся социологический опрос обучающихся с использованием метода анкетирования о доступности учебных и научных ресурсов,

(71,4%) студентов контрольной группы получили оценку «хорошо», 8 (38,1%) – «отлично». У 15 (65,2%) испытуемых основной группы итоговые занятия по практическим навыкам оценены на «хорошо», у 8 (34,8%) студентов – «удовлетворительно».

Международная комиссия по вопросам образования, науки и культуры при ООН (ЮНЕСКО) провозгласила два основных принципа современного образования: "образование для всех" и "образование через всю жизнь". Правильность данного подхода безусловно, однако, при этой позиции возникает ряд проблем. Несмотря на способность студентов обучаться в индивидуальном темпе, в любом месте и времени, существуют недостатки ДО, среди которых доминирует необходимость сильной мотивации и недостаток подробных объяснений. Кроме того, ДО не позволяет развивать коммуникативность и существует проблема идентификации пользователя с наличием компьютерной безграмотностью.

Модель интерактивного обучения студентов базируется на использовании сети Интернет для доступа к учебной информации, индивидуальных консультаций и сдачи промежуточных тестов. Общение с преподавателем в информационно-образовательной среде реализуется посредством электронной почты, теле- или видеоконференцсвязи.

Выводы. Исследуя недостатки ДО на примере клинической дисциплины у студентов 4 курса выявлено, что в основной группе (52,3%) наблюдается преобладание более низких баллов усвоенных знаний по сравнению с контрольной. Изучение психологического профиля студентов позволяет определить положительное влияние традиционных методик на усвоение материала и показатель выходного уровня знаний. У 6,9% студентов механизм самообучения оказывает противоречия между сформированным, активным познавательным интересом и уровнем развития личности, недостаточным для удовлетворения данного интереса.

Тереценко И.В., Швиренко И.Р., Зубенко И.В.

(все – кафедра медицинской реабилитации, ЛФК
и нетрадиционной медицины ДонНМУ им. М.Горького)

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ОСНОВАМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Введение. Сегодня, в современной высшей школе активно проводятся попытки реформирования системы образования, оптимизации образовательного процесса. В содержании образовательного процесса должно быть сделан акцент на уравновешенное развитие физической, умственной, волевой, моральной, ценностной и др. сфер, что особенно актуально при формировании и подготовке врача, и особенно врача-педиатра. Если обучение врача ориентировано сегодня только на получение профессиональных навыков и умений без учета совершенствования его

личности, роста его духовно-нравственных качеств, творческого потенциала – «качественного прироста Личности», возможным итогом обучения будет рациональный специалист, подчас имеющий дефицит культурного, нравственного и эстетического плана. Решение данной проблемы во многом зависит от разработки новых педагогических подходов, образовательных технологий и др.

Цель работы: изучение особенностей преподавания студентам 6 курса медицинского факультета №3 педиатрического отделения ДонНМУ им. М.Горького основ медицинской реабилитации у детей и подростков.

Результаты и обсуждение. У студентов-педиатров 6 курса медицинского факультета №3 в программу обучения включен предмет «Медицинская реабилитация у детей и подростков» (в количестве 61 часа), где дана характеристика и особенности использования реабилитационных мероприятий у детей и подростков, освещаются вопросы восстановления, сохранения, укрепления их здоровья с учетом возрастных особенностей.

Студенты обучаются сочетанному применению комплекса методов, форм и средств медицинской реабилитации (МР) (в том числе, врачебного контроля, кинезио- и физиотерапии, массажа, санаторно-курортного лечения) при патологии внутренних органов, повреждениях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата, повреждениях и болезнях ЦНС и периферической нервной системы, болезнях 1-ого года жизни.

В ходе освоения материала студенты обучаются навыкам сочетанного применения и организации процедур физиотерапии, лечебной физической культуры и массажа. От умения получить и проанализировать информацию о пациенте зависит выбор и использованию различных средств, форм и методов МР, регламентации двигательной активности и др. на различных этапах реабилитации.

Данная дисциплина и завершающий год обучения (6 курс) позволяют активно вовлекать студентов в процесс их профессионального становления. Постоянно делается акцент, что при составлении индивидуальной программы МР для ребенка (любого возраста, уровня физического развития, функциональных возможностей, состояния здоровья) особенно тщательно, скрупулёзно, щадяще по отношению к его организму, необходимо подбирать реабилитационные мероприятия, их сочетания, временные характеристики (игровые методы, фонотерапия, танцетерапия и др.). Педиатр должен быть ориентирован на гуманистический, персонифицированный подход, и, что важно, должен создавать и контролировать условия, в которых будет проходить реабилитационный процесс.

Вывод. Таким образом, обучение медицинской реабилитации должно проходить с обязательным акцентированием обучающихся на личностные характеристики врача-реабилитолога, на сознательное формирование личностных и профессиональных качеств в процессе обучения.

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

(кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины
ДонНМУ им. М.Горького, *факультет физической реабилитации
ГОО ВПО «Донецкий институт физической культуры и спорта»)

ОСНОВЫ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТАМ

Введение. Одной из важнейших задач подготовки врачебных кадров является достижение высокого уровня их квалификации. Решение этой задачи возможно при условии осуществления постоянной интеграции общетеоретических, медико-биологических, и гигиенических дисциплин, как по вертикали, так и по горизонтали в течение всего периода обучения. Это позволит будущему врачу использовать весь арсенал имеющихся методов лечения, в том числе и немедикаментозных.

Обсуждение. Достижения главной цели – положительного эффекта лечения – при рациональном сочетании лекарственной и немедикаментозной терапии требует от врача четкого представления о механизмах действия физических лечебных факторов на организм человека, а также на фармакодинамику и фармакокинетику применяемых лекарственных средств.

Это положение позволяет в качестве первого этапа предлагаемой системы рассмотреть вопрос о действии физических факторов на целостный организм по следующей биокибернетической схеме: физический фактор воздействует на управляющее устройство (центральную нервную систему), которое посылает импульсы на объект управления (орган, система органов), оттуда – на измерительное устройство (рецепторный аппарат), с которого по системе обратной связи снова на измерительное устройство.

Следующим этапом является переход от общих явлений к более конкретным, локальным воздействиям. Действие физических факторов следует рассматривать с позиции универсальных законов действия раздражителей на ткани организма. Такими законами является закон силы и закон времени с их фазностью действия, а для постоянных токов (гальванического и импульсных) – еще и полярные законы раздражения.

Рассмотрение взаимосвязей «сила-время» позволяет говорить не только о количественных, но и о качественных изменениях живых тканях и тесно связано с дозой применяемых лечебных факторов. Каждый этап предполагаемой схемы является промежуточной частью механизма действия физических факторов и зависит от нижележащего, оказывая влияние на «вышележащий» этаж.

Завершить этот этап разбора механизма лечебного действия физических факторов можно рассмотрением схемы, иллюстрирующей роль ретикулярной формации как коллектора всей афферентной импульсации и модуляции функционального состояния высших нервных центров. Физический фактор посредством сенсорных сигналов воздействует на

ретикулярную формацию, которая, в свою очередь, воздействует на моторную систему, состояние сознания, эмоции, вегетативную регуляцию.

Как видно из этой схемы, стимуляция или блокирование ретикулярной формации физическими факторами через сенсорный вход может повлиять на весь организм и вызвать через центральный аппарат общую неспецифическую тонизирующую или седативную реакцию. Это крайне важно учитывать при рассмотрении синергизма действия фармакологических препаратов и физических факторов, возможности потенцирования эффекта медикаментозной терапии с помощью терапевтического воздействия.

Выводы. Системный подход позволяет синтезировать взгляд на человека, как системную целостность, единство биогенных и социальных уровней жизнедеятельности. Преподавание медреабилитации системных позиций раскрывает широкие возможности использования элементов интеграции знаний, полученных студентами на других кафедрах.

Томаш О.В., Коломиец В.В., Пивнев Б.А., *Томаш Л.А.

(кафедра внутренних болезней, *кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины, все – ДонНМУ им. М.Горького)

ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПРОГРАММЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА

Введение. Поликлиническая терапия – относительно новая дисциплина для студентов-лечебников выпускного курса. В связи с этим важное значение приобретает преподавание особенностей амбулаторного ведения пациентов. Врач поликлиники ежедневно сталкивается с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые по распространённости занимают 2-е место в структуре терапевтической патологии и имеют тенденцию к росту. Поэтому преподавание данной темы должно учитывать ряд важных нюансов, характерных для оказания помощи в условиях поликлиники.

Во-первых, следует отметить, что наиболее распространённые симптомы и синдромы, традиционно рассматриваемые в рамках патологии ЖКТ (абдоминальная боль, тошнота, рвота, нарушения аппетита и стула, метеоризм и т.д.), отличаются крайне низкой специфичностью. В связи с этим работу с пациентом необходимо начинать с дифференциальной диагностики, направленной на верификацию хирургических и онкозаболеваний (особенно рака желудка и колоректального рака ввиду их широкой распространённости в национальной популяции).

Второй особенностью патологии ЖКТ является абсолютное доминирование в её структуре функциональных заболеваний (функциональной диспепсии, дискинезий жёлчного пузыря и др.). Поэтому необходимо чётко озвучить дефиниции указанной патологии и акцентировать внимание на её принципиальных отличиях от органических заболеваний ЖКТ.

Обсуждение. Среди дополнительных методов обследования пациентов с патологией ЖКТ особое место занимают инструментальные методики: эндоскопия, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, современная рентгендиагностика (компьютерная и МРТ-томография). Поэтому необходимо активно использовать в учебе рентген-, эндоскопический и сонографический фотовидеоархив, непосредственно знакомить с студентов с сонографическими и эндоскопическими методиками при работе в кабинетах.

Диагностика *Helicobacter pylori* (Hр) и адекватная эрадикационная терапия являются не только обязательными условиями эффективного лечения Hр-зависимых заболеваний, но и абсолютно необходимы в рамках первичной и вторичной профилактики пептических гастродуоденальных язв, гастропатии, ассоциированной с приёмом нестероидных противовоспалительных препаратов, и дистального рака желудка. В эндоскопическом кабинете студентов следует ознакомить с простой и наглядной методикой проведения уреазного теста с гастробиоптатом. Для постановки диагноза целого ряда заболеваний ЖКТ обязательной является морфологическая диагностика. Без неё невозможно верифицировать наличие пищевода Барретта, определить характер эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка, оценить тяжесть и распространённость хронического гастрита и др.

Пациенты с ЖКТ нуждаются не просто в лечении, а в широком комплексе реабилитационных мероприятий. При составлении плана лечения таких больных студенты должны не только ориентироваться в принципах лекарственной терапии, но и иметь представление о немедикаментозных воздействиях, используемых в комплексной реабилитации (модификация образа жизни, рациональный режим питания, фитотерапия, физиотерапевтические методики, лечебная физкультура, психотерапия).

Выводы. Использование указанных аспектов в преподавании позволит студентам не только формулировать предварительный диагноз, но и осознанно составлять план диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, учитывая, как существующие международные и национальные стандарты, так и реальные клинические возможности.

**Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Клецова М.И.,
Данькина И.А., Лыкова Л.А.**

(кафедра акушерства и гинекологии ДонНМУ им. М.Горького,

* кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины,
всё – ДонНМУ им. М.Горького)

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Введение. Практическая подготовка выпускников вузов особенно актуальна и жизненно важна для медицинского образования. Несмотря на

бурное развитие науки и техники, врач любой специальности обязан владеть всем арсеналом накопленных знаний и умений, позволяющих в трудной ситуации поставить правильный диагноз, определить тактику лечения и реабилитации. Помощником студенту в этом является оптимальная программа освоения необходимых профессиональных навыков, опирающаяся на широкое внедрение современных тренажеров нового поколения, создание базовых учебных центров, плавно перекидывающих мостик от имитации в клинику к реальному пациенту.

Обсуждение. Овладение практическими навыками и умениями является обязательной и неотъемлемой частью педагогического процесса в медицинском ВУЗе. Формирование практических умений и навыков осуществляется с применением деятельностного подхода в обучении, при котором студент не только осваивает алгоритм выполнения, но и учиться действовать в конкретной клинической ситуации.

Для значительного повышения качества практической подготовки студентов необходим комплексный подход. Для этого во время практических занятий используются ситуационные задачи, имитирующие ситуации, которые могут возникнуть в реальной действительности. Целью решения ситуационных задач является получение знаний и формирование умений, клинического мышления, готовности студентов к профессиональным видам деятельности: анализировать и систематизировать учебный материал; интерпретировать клинические симптомы и данные дополнительного исследования для постановки диагноза и обоснования тактики лечения и реабилитации.

Большое внимание в обучении студентов уделяется оказанию помощи на догоспитальном, клиническом и поликлиническом этапах. Достаточно интересным и эффективным направлением является разработка задач, которые основаны на имитационном моделировании жизненных ситуаций. Они направлены на формирование и закрепление конкретных умений действовать в четко очерченных реальных условиях и оперативно анализировать ситуацию, вести поиск отсутствующей информации, решать проблемы, которые внезапно возникают, намечать варианты действий и принимать решение.

Хороший эффект в формировании знаний и умений студента дают лечебно-диагностические и лечебно-реабилитационные алгоритмы. Их использование предусматривает разбор конкретной клинической ситуации по схеме: выделение основных симптомов, определение патогенетической взаимосвязи симптомов с выделением синдромов, которые обуславливают тяжесть состояния больной, подбор лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий на основе синдромного подхода.

Выводы. Таким образом, проблема формирования учебно-методического обеспечения как средства совершенствования образовательного процесса в профессиональном образовании остается приоритетной. Однако её практическая реализация в основном осуществляется на основе поэтапного, а не системного подхода к образовательному процессу.

ИГНАТЕНКО Г.А., МУХИН И.В., ГАВРИЛЯК В.Г., ЩЕРБАКОВ К.С., МИЛЬНЕР И.А. Изменение параметров диастолической функции левого желудочка у молодых больных артериальной гипертензией, коморбидной с ишемической болезнью сердца под влиянием интервальной нормобарической гипокситерапии.	233
ИГНАТЕНКО Г.А., МУХИН И.В., КОНТОВСКИЙ Е.А., ГРУШИНА М.В. Динамика теста с 6-ти минутной ходьбой у больных стабильной стенокардией с сопутствующим хозл на фоне интервальной нормобарической гипокситерапии.	237
ИГНАТЕНКО Г.А., МУХИН И.В., КОШЕЛЕВА Е.Н., ДУБОВИК А.В. Применение интервальной нормобарической гипокситерапии у больных артериальной гипертензией.....	241
КАБАНОВА Н.В., ТОМАЧИНСКАЯ Л.П., КНЯЗЕВА Н.В. Преформированные физические факторы в интенсивной терапии беременных с холестатическим гепатозом.....	245
КИШЕНЯ М.С., ЧЕРНОБРИВЦЕВ П.А., ПИЩУЛИНА С.В. Полиморфизм гена рецептора лептина и риск развития метаболического синдрома.	250
МАТИЙЦИВ А.Б., ПИЛЮГИН Г.Г., ГРИНЦОВ Г.А. Коррекция синдрома эндогенной интоксикации хронических воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин с использованием лимфогенных технологий.....	255
МОСКАЛЮК О.Н., ЧАЛАЯ Л.Ф. Содержание электролитов крови у детей с диспластикозависимым торакодиафрагмальным синдромом.	259
ПАВЛЮЧЕНКО К.П., ОЛЕЙНИК Т.В., МУХИНА Е.В. Результаты двухэтапного хирургического лечения больных неоваскулярной глаукомой.	264
СЕРЕДЕНКО Л.П., ДОБРОВОЛЬСКАЯ Н.А., СЕРЕДЕНКО Е.В., ТОМАЧИНСКАЯ Л.П., ЛЫКОВ А.А. Особенности физической реабилитации при психоневротических расстройствах.	272
ТЕРЕЩЕНКО И.В., ШВИРЕНКО И.Р., ПОВАЖНАЯ Е.С., ЗУБЕНКО И.В., ПЕКЛУН И.В. Комплексное физиотерапевтическое лечение больных хроническими обструктивными заболеваниями легких и сопутствующей артериальной гипертензией.	278
ТОМАЧИНСКАЯ Л.П., КАБАНОВА Н.В., ПОВАЖНАЯ Е.С., СЕРЕДЕНКО Л.П. Медицинская реабилитация больных с климактерическими расстройствами. ..	282
ТОМАШ О.В., КОЛОМИЕЦ В.В., ПИВНЕВ Б.А., ТОМАШ Л.А. Комплексная реабилитация пациентов с функциональной диспепсией.....	287

ХАЦКО В.В., ВАКУЛЕНКО И.П., МОМОТ Н.В., ШАТАЛОВ А.Д., ФОМИНОВ В.М. Роль компьютерной и магнитно-резонансной томография в диагностике очаговых образований печени.....	293
ЧУРИЛОВ А.В., МАЦЫНИН А.Н., ЕГОРОВА М.А., ЛИТВИНОВА Е.В. Папилломавирусная инфекция шейки матки у девушек-студенток медицинского вуза.....	298
ВАСИЛЬЕВА Л.В., ВАСИЛЬЕВ В.А. Внутриартериальная баллонная контрпульсация (обзор литературы).....	303

Раздел 2. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ

БАСИЙ Р.В., ДОВГЯЛЛО Ю.В., КРЮКОВ Э.Л. Асимметрии лицевого черепа как медицинская проблема.....	313
БАСИЙ Р.В., КОСТИН Р.А., СЕЛИВАНОВА Е.С. Осложнения у больных с селлярной степенью пневматизации клиновидной пазухи в период реабилитации.....	319
КРЮК Ю.Я., ЕЛЬСКИЙ В.Н., ЛИНЧЕВСКАЯ Л.П., ПИЩУЛИНА С.В., ЕСАУЛОВ А.Д. Состояние гипофизарно-тиреоидной системы при действии экспериментальной ожоговой травмы.....	323
КРЮК Ю.Я., КРИВОБОК Г.К., БОНДАРЕНКО Н.Н., СТРЕЛЬЧЕНКО Ю.И., ФАБЕР А.И. Особенности иммунологической реактивности при экспериментальной ожоговой травме.....	328
ПАВЛЮЧЕНКО К.П., ОЛЕЙНИК Т.В., МИХАЛЬЧЕНКО Е.А. Действие препарата цефуроксима при экспериментальной язве роговицы глаза у кроликов.....	334
СТЕПАНОВ Д.А., ЗЕНИН О.К. Методики отбеливания зубов (обзор литературы).....	339
ЯСЬКО Г.В., АМАТУНИ Н.А., НЕВЕДОМСКИЙ С.Е., ХИЖНЯК В.В. Планирование силовых тренировок различной интенсивности и частоты с учётом влияния на систему простагландинов у студентов.....	342

Раздел 3. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ

БЕЛКИН А.Н., КРЮЧЕНКО О.А. Применение инновационных методов в педагогике как средство повышения эффективности обучения студентов в вузе.....	350
БЫЛЫМ Г.В., ТУТОВ С.Н., ПОДОЛЯКА Д.В., ДРУПП Ю.Г., МИМИНОШВИЛИ Т.В. Качество учебного процесса в медицинском вузе.....	357
ВАКУЛЕНКО И.П., ПЕРВАК М.Б., ОБОРНЕВ А.Л., КОТЛУБЕЙ Е.В., ГУБЕНКО О.В. Управление самостоятельной работой студентов на кафедре лучевой диагностики и лучевой терапии.....	363

ГОРОДНИК Г.А., КАБАНЬКО Т.П., ТЮМЕНЦЕВА С.Г., БИЛОШАПКА В.А., ЕРМИЛОВ Г.И. Методические и клинические рекомендации по реабилитации больных с синдромами, развивающимися после критического состояния.....	367
ГРИНЦОВ А.Г., АНТОНЮК С.М., АХРАМЕЕВ В.Б., АНДРИЕНКО И.Б., ЛУЦЕНКО Ю.Г. Роль дистанционного обучения в подготовке врачей-интернов хирургов.	372
ГРИНЦОВ А.Г., АНТОНЮК С.М., ГОЛОВНЯ А.П., АХРАМЕЕВ В.Б., АНДРИЕНКО И.Б. Особенности специализации в интернатуре для врачей-интернов хирургов....	376
ГРИНЦОВ А.Г., ЛУЦЕНКО Ю.Г., АХРАМЕЕВ В.Б., ПИЛЮГИН Г.Г. Постдипломная подготовка врачей-хирургов и перспективы ее развития.....	380
ГРИНЦОВ А.Г. ПИЛЮГИН Г.Г., Ю.Г. ЛУЦЕНКО, А.Б. МАТИЙЦЕВ Роль тестового контроля в процессе подготовки врачей-хирургов.	385
ДЯДЫК А.И., БАГРИЙ А.Э., ЕФРЕМЕНКО В.А., ХОМЕНКО М.В., ХРИСТУЛЕНКО А.Л. Слово и личность учителя как особое средство обучения.....	389
ДЯДЫК А.И., ГНИЛИЦКАЯ В.Б., МАЛОВИЧКО И.С., СУЛИМАН Ю.В., ЗБОРОВСКИЙ С.Р. Диуретическая резистентность (лекция для врачей).	392
ДЯДЫК А.И., ГНИЛИЦКАЯ В.Б., МАЛОВИЧКО И.С., СУЛИМАН Ю.В., ПРИКОЛОТА О.А. Нефритический и нефротический синдромы (акценты в преподавании).....	398
ДЯДЫК А.И., ХРИСТУЛЕНКО А.Л., СТУЛИКОВА Е.Л., ГНИЛИЦКАЯ В.Б., ЗДИХОВСКАЯ И.И. Актуальные вопросы преподавания терапии чрезвычайных ситуаций (педагогический опыт).....	404
ЖДАНОВА Е.В., ЕРОМЯНЦ И.С., МАРИНЕНКО Л.А. Учебно-педагогическое сотрудничество как современная тенденция развития познавательных интересов обучающихся.	409
КЛЕЦОВА М.И., ЧУРИЛОВ А.В., СВИРИДОВА В.В., ДЖЕЛОМАНОВА С.А. Пути повышения эффективности воспитания в процессе обучения на кафедре акушерства и гинекологии.	416
КОЛКИН Я.Г., ХАЦКО В.В., ДУДИН А.М., МЕЖАКОВ С.В., КУЗЬМЕНКО А.Е. Новые технологии на кафедре хирургии для совершенствования системы подготовки специалистов.....	421
КОСЕНКОВА-ДУДНИК Е.А., ЯКОБЧУК А.В., ПАРАМОНОВА Т.И. К вопросу о формировании учебной мотивации.	425
КРЮК Ю.Я., ЕЛЬСКИЙ В.Н., КРИВОБОК Г.К., ЛИНЧЕВСКАЯ Л.П., БОНДАРЕНКО Н.Н. Новые подходы в преподавании патологической физиологии, пути реформирования.....	429

КРЮК Ю.Я., ЛИНЧЕВСКАЯ Л.П., БОНДАРЕНКО Н.Н., ПИЩУЛИНА С.В., СТРЕЛЬЧЕНКО Ю.И. Совершенствование преподавания патологической физиологии на современном этапе развития высшего медицинского образования: вопросы интеграции и гуманизации.	433
ЛЕСНИЧЕНКО Д.А. Самостоятельная работа студентов медицинского вуза и ее значение в современных условиях.....	438
МАЙЛЯН Э.А. Структура темы "строение и принципы функционирования иммунной системы. Методы иммунодиагностики и иммунотерапии" при обучении студентов на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии.....	442
МОРОЗОВА Н.А., ЖЕЛЕЗНАЯ А.А., МОРОЗОВА Н.И., ШПАТУСЬКО Н.И. Постдипломная подготовка в формировании квалифицированных специалистов.....	447
МУЗЫЧИНА А.А., ТУТОВ С.Н., ДРУПП Ю.Г., МУЗЫЧИНА А.В., ТУТОВА К.С. Современные проблемы воспитания студентов медицинских вузов.....	451
ОМЕЛЬЧЕНКО Е.М. Методика формирования лексических навыков.	455
ОТСТАВНОВ П.П., БЕЛКИН А.Н., СИДОРОВ В.И. Принципы построения учебно занятий по атлетической гимнастике.	459
ПАВЛЮЧЕНКО К.П., ОЛЕЙНИК Т.В., МУХИНА Е.В. Использование проблемного обучения в преподавании офтальмологии.	466
ПАРАМОНОВА Т.И., КОСЕНКОВА-ДУДНИК Е.А., ЯКОБЧУК А.В. Клиническая фразеология: вопросы отбора лексического минимума для латинско-русского деонтологического словаря.	470
ПОВАЖНАЯ Е.С., ШВИРЕНКО И.Р., ЗУБЕНКО И.В., ПЕКЛУН И.В., ТОМАЧИНСКАЯ Л.П. Пути повышения эффективности обучения студентов.	475
ПРИЛУЦКИЙ А.С., ТКАЧЕНКО К.Е. Проблема формирования мотивации самостоятельной работы студентов медицинского факультета.	479
ПУЗИК А.А., АГАФОНОВА Е.И., КОВТУН И.В. Личностно-ориентированное обучение как основа психолого-педагогического процесса.....	482
РОМАНЕНКО К.В., ГРИДАСОВА В.Д., ГУПАЛО Л.А., БЕЛИК И.Е., ИВАНОВА И.П. Роль учебно-методического комплекса дисциплины в обеспечении учебного процесса на кафедре дерматовенерологии.....	487
СИРОИД Д.В., АНТИПОВ Н.В., ЖИЛЯЕВ Р.А. Значение исходного уровня знаний-умений для изучения «топографической анатомии и оперативной хирургии».	491

ТАЛАЛАЕНКО И.А., БОЕНКО Д.С., БОЕНКО С.К., ГИНЫКУТ В.Н., АНДРЕЕВ В.Н. Особенности организации преподавания в ординатуре по оториноларингологии.	496
ТЕРЕЩЕНКО И.В., ШВИРЕНКО И.Р., ЗУБЕНКО И.В. Особенности обучения студентов педиатрического факультета основам медицинской реабилитации у детей и подростков.	500
ТОМАЧИНСКАЯ Л.П., ПОВАЖНАЯ Е.С., КАБАНОВА Н.В. Основы преподавания медицинской реабилитации студентам.	505
ТОМАШ О.В., КОЛОМИЕЦ В.В., ПИВНЕВ Б.А., ТОМАШ Л.А. Особенности амбулаторного ведения пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта в программе обучения студентов 6 курса.	508
ФЁДОРОВА Г.В., ПЛЕСКАЧ Е.А., ЯСЬКО Г.В. Роль физического воспитания в ориентации студентов на здоровый образ жизни.	512
ЧУРИЛОВ А.В., ДЖЕЛОМАНОВА С.А., КЛЕЦОВА М.И., ДАНЬКИНА И.А., ЛЫКОВА Л.А. Организация обеспечения и повышения качества обучения на кафедре акушерства и гинекологии.	517
ЧУРИЛОВ А.В., ЕГОРОВА М.А., ПЕТРЕНКО С.А., МИРОВИЧ Е.Д., МАЦЫНИН А.Н. Сравнительная характеристика систем обучения иностранных студентов в Донецком медицинском университете.	522
ЧУРИЛОВ А.В., НОСКОВА О.В., ЛИТВИНОВА Е.В. Психолого-педагогические особенности организации управления самостоятельной работой и формирование познавательного интереса у студентов.	525
ЩЕРБИНIN А.В., АНАСТАСОВ А.Г., МОСКАЛЕНКО С.В., СУШКОВ Н.Т., ФОМЕНКО С.А. Результаты и пути улучшения качества прохождения студентами летней производственной практики.	529
ЩУКИНА Е.В., ПРИКОЛОТА О.А., ГНИЛИЦКАЯ В.Б., МАЛОВИЧКО И.С., РАКИТСКАЯ И.В. Некоторые вопросы преподавания заболеваний щитовидной железы врачам терапевтического профиля.	533
ЯКОБЧУК А.В., КОСЕНКОВА-ДУДНИК Е.А., ПАРАМОНОВА Т.И. Зооморфная метафора в клинической терминологии.	540

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ
заочно-очной научно-практической конференции
**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ, АКТИВНОГО СОХРАНЕНИЯ,
ВОССТАНОВЛЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»**
(18.01.16-30.05.16, Донецк, ДонНМУ им.М.Горького)

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ»

АВСЯНКИНА Е.В., КОЦЕНКО Ю.И., СОХИНА В.С., НИКИТЕНКО Д.В. Ранняя реабилитация больных ишемическим инсультом.	546
АВСЯНКИНА Е.В., СТАТИНОВА Е.А., СОХИНА В.С., МАКСИМЕНКО О.Л. Госпитализация больных ишемическим инсультом в рамках "терапевтического окна" как один из основных факторов снижения риска летального исхода и инвалидности.	547
БУБЛИКОВА А.М., КОЦЕНКО Ю.И., АНТОНОВА Л.Н., МАКСИМЕНКО О.Л. «Качество жизни» пациентов с болезнью паркинсона и вторичным паркинсонизмом.	548
ЗУБЕНКО И.В., ШВИРЕНКО И.Р., ТРЕЩЕНКО И.В., ПОВАЖНАЯ Е.С. Использование нордической ходьбы как формы лечебной физкультуры в комплексном лечении студентов с нарушениями осанки.	549
ЛОБАНОВ Г.В., АГАРКОВ А.В. Боевая травма в Донецке.	550
СЕРЕДЕНКО Л.П., ДОБРОВОЛЬСКАЯ Н.А., СЕРЕДЕНКО Е.В., ТОМАЧИНСКАЯ Л.П., ЛЫКОВ А.А. Особенности физической реабилитации при психоневротических расстройствах.	552
СТАТИНОВА Е.А., КОЦЕНКО Ю.И., КОЦЕНКО П.И., СОХИНА В.С. Особенности реабилитации больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта на фоне сахарного диабета 1 типа.	553
ТЕРЕЩЕНКО И.В., ШВИРЕНКО И.Р., ПОВАЖНАЯ Е.С., ЗУБЕНКО И.В., ПЕКЛУН И.В. Комплексное физиотерапевтическое лечение больных хроническими обструктивными заболеваниями легких и сопутствующей артериальной гипертензией.	554
ТОМАЧИНСКАЯ Л.П., КАБАНОВА Н.В., ПОВАЖНАЯ Е.С., СЕРЕДЕНКО Л.П. Медицинская реабилитация больных с климактерическими расстройствами. ...	556
<u>Секция «МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ»</u>	
НИКИТЕНКО Д.В., АНТОНОВА Л.Н., БУБЛИКОВА А.М., НИКИТЕНКО С.Н. Влияние ароматерапии на память, внимание и психофизиологическое состояние обучающихся.	557

СМЕРИЧЕВСКИЙ Э.Ф., ОГОРОДНИК И.С., КОРЖОВА Д.А. Здоровый образ жизни: информационное поле образовательных учреждений.	558
---	-----

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ»

МАКСИМЕНКО О.Л., КОЦЕНКО Ю.И., АВСЯНКИНА Е.В. Двойка – стимул к обучению!	559
ПОВАЖНАЯ Е.С., ШВИРЕНКО И.Р., ЗУБЕНКО И.В., ПЕКЛУН И.В., ТОМАЧИНСКАЯ Л.П. Пути повышения эффективности обучения студентов на кафедре медицинской реабилитации.	560
СМИРНОВА Н.Н., АГАФОНОВА Г.Ю., АНДРОНОВА И.А. Дистанционная форма обучения интернов и курсантов анестезиологов в условиях военного времени.	561
СТАТИНОВА Е.А., КОЦЕНКО Ю.И., КОЦЕНКО П.И., СОХИНА В.С., СОХИН С.А. Дистанционное образование на примере клинической дисциплины: недостатки и преимущества.	562
ТЕРЕЩЕНКО И.В., ШВИРЕНКО И.Р., ЗУБЕНКО И.В. Особенности обучения студентов педиатрического факультета основам медицинской реабилитации у детей и подростков.	563
ТОМАЧИНСКАЯ Л.П., ПОВАЖНАЯ Е.С., КАБАНОВА Н.В. Основы преподавания медицинской реабилитации студентам.	565
ТОМАШ О.В., КОЛОМИЕЦ В.В., ПИВНЕВ Б.А., ТОМАШ Л.А. Особенности амбулаторного ведения пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта в программе обучения студентов 6 курса.	566
ЧУРИЛОВ А.В., ДЖЕЛОМАНОВА С.А., КЛЕЦОВА М.И., ДАНЬКИНА И.А., ЛЫКОВА Л.А. Организация обеспечения и повышения качества обучения на кафедре акушерства и гинекологии.	567

ПРОГРАММА КРУГЛОГО СТОЛА на тему:

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ И НАСЕЛЕНИЮ, ПОСТРАДАВШЕМУ В РЕЗУЛЬТАТЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ».....	569
--	-----