

Министерство здравоохранения Донецкой народной республики
Министерство образования Донецкой народной республики
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра педиатрии и неонатологии



ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ И МЕДИЦИНЫ

Сборник научных трудов
памяти профессора Е.М.Витебского

XI ВЫПУСК



Донецк, 2017

УДК 616-053.2(082.2)

ББК 57.3

П 24

Проблемные вопросы педагогики и медицины // сборник научных трудов памяти профессора Е.М.Витебского: (XI выпуск). -Донецк: Норд-Пресс, 2017.– 463 с.

Общая редакция – профессор Прохоров Е.В.

Техническая редакция – доцент Островский И.М.

Сборник рекомендовано к изданию Ученым Советом ДонНМУ,
протокол № 1 от 27 .02.17

Смысловая правка присланных материалов не проводилась.
С вопросами обращаться к авторам работ.

Ольховик И.А. ПЕРВЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ОПЫТ	150
Павлюченко К.П., Мухина Е.В., Олейник Т., Михальченко Е.А. ЗНАЧЕНИЕ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИИ.....	153
Павлюченко К.П., Мухина Е.В., Олейник Т.В., Михальченко Е.А. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ОФТАЛЬМОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ.....	157
Подольяка Д.В., Друпп Ю.Г., Тутов С.Н., Миминошвили Т.В., Подольяка В.Л. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ В АКТИВИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ В ИХ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ	160
Прилуцкий А.С., Дегонский А.И., Воронин С.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРЕПОДАВАНИИ НА КАФЕДРЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ ТЕМЫ ЗАНЯТИЯ «ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ».....	162
Прилуцкий А.С., Дегонский А.И., Белькова В.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШИШКОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ЭПИФИЗА) В ПРЕПОДАВАНИИ НА КАФЕДРЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ ТЕМЫ ЗАНЯТИЯ «АДЕНОМА ЭПИФИЗА».....	165
Прилуцкий А.С., Дегонский А.И., Павлюченко Е.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРЕПОДАВАНИИ ТЕМЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ «ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ».....	167
Проценко Т.В., Проценко О.А., Черновол А.С., Кузнецова В.Г. ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ "ПИЛОТНОГО" ДИСТАНЦИОННОГО ЦИКЛА ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НА КАФЕДРЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ДонНМУ им М. ГОРЬКОГО.....	171
Селезнев К.Г., Долженко С.А., Климов З.Т., Андреев П.В. ЭЛЕКТРОННЫЕ УЧЕБНЫЕ ИЗДАНИЯ В СОВРЕМЕННОМ ВЫСШЕМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ	173
Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Котлубей Г.В., Зорина М.Б., Евтушенко В.А. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ВОПРОСОВ ТРАВМЫ ОРГАНА ЗРЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	176
Томачинская Л.П., Кабанова Н.В., Поважная Е.С. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	179
Талалаенко Ю.А., Мацынин А.Н., Егорова М.А., Гребельная Н.В., Князева Н.В. МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ВЫПУСКНОГО ЭКЗАМЕНА НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ.....	181
Тутов С.Н., Друпп Ю.Г., Музычина А.А., Музычина А.В., Тутова К.С. ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА.....	185
Тутов С.Н., Друпп Ю.Г., Музычина А.А., Музычина А.В., Тутова К.С. РАБОТА С УЧЕБНЫМ ТЕКСТОМ.....	186
Шаганов П.Ф., Егорова М.А., Гребельная Н.В. КУРАТОРСТВО КАК ФАКТОР УСПЕШНОЙ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА.....	188
Шумляева Т. М., Шестопалов Д.Л. ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ	192
Щербинин А.В., Анастасов А.Г., Фоменко С.А., Москаленко С.В., Сушков Н.Т., Музалев А.А., Черкун А.В., Щербинин А.А., Вакуленко М.В., Стрионова В.С. РАЦИОНАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА КАФЕДРЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИИ.....	194
Щербинин А.В., Вакуленко М.В., Фоменко С.А., Москаленко С.В., Анастасов А.Г., Сушков Н.Т., Музалев А.А., Черкун А.В., Щербинин А.А., Москаленко А.С., Литовка В.К. СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ ВРАЧА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ".....	196
Щербинин А.В., Фоменко С.А., Москаленко С.В., Анастасов А.Г., Сушков Н.Т., Музалев А.А., Черкун А.В., Щербинин А.А., Вакуленко М.В. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОФОРМЛЕНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИИ ДЛЯ ДОКЛАДА.....	199
Щербинин А.В., Москаленко С.В., Анастасов А.Г., Музалев А.А., Сушков Н.Т., Фоменко С.А., Вакуленко М.В., Черкун А.В., Щербинин А.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ СТУДЕНТАМИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ»	203
Челпан Л.Л., Прохоров Е.В., Островский И.М. ВИДЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИИ НА ВЫПУСКНОМ КУРСЕ.....	208
Ярошенко С.Я. ДИСЦИПЛИНА "ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ" - НОВЫЙ ЭТАП ФОРМИРОВАНИЯ ЗНАНИЙ У СТУДЕНТА-ПЕДИАТРА.....	211

Литовка В.К., Черкун А.В., Иноземцев И.Н., Литовка Е.В., Абдуллин Р.Ф. АТИПИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ НЕЙРОБЛАСТОМЫ У РЕБЕНКА 11 ЛЕТ.....	279
Литовка В.К., Черкун А.В., Пошехонов А.С., Анастасов А.Г., Лепихов П.А. СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ У РЕБЕНКА.....	282
Литовка В.К., Щербинин А.В., Вакуленко М.В., Литовка Е.В., Черкун А.В., Лепихов П.А., Старичков А.Г. ЭПИДЕРМОИДНЫЕ И ДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ ВНУТРЕННЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ.....	285
Мальцев В.Н., Щербинин А.В., Фоменко С.А., Щербинин А.А., Харагезов А.М. АНОМАЛИИ КОЛИЧЕСТВА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.....	288
Селезнев К.Г., Климов З.Т., Долженко С.А., Андреев П.В., Окунь О.С., Кузьменко Е.Я., Омась В.Я. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЭКССУДАТИВНЫХ ФРОНТИТОВ.....	291
Хацко В.В., Вакуленко И.П., Шаталов А.Д., Войтюк В.Н., Фоминов В.М., Пархоменко А. В. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ.....	294
Черкун А.В., Литовка В.К., Лепихов П.А., Литовка Е.В. ГРЫЖА СПИГЕЛЕВОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ.....	298
Щербинин А.В., Литовка В.К., Иноземцев И.Н., Черкун А.В., Литовка Е.В., Музалев А.А., Абдуллин Р.Ф. К ВОПРОСУ О ГЕМАНГИОМАХ ВНУТРЕННЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	302
Щербинин А.В., Мальцев В.Н., Фоменко С.А., Щербинин А.А., Харагезов А.М. КИСТОЗНЫЕ АНОМАЛИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.....	306
Щербинин А.В., Москаленко А.С., Фоменко С.А., Москаленко С.В., Лепихов П.А., Мальцев В.Н. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АКУСТИЧЕСКОЙ ПЛОТНОСТИ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ.....	309
ТЕРАПИЯ	
Беседина Е.И., Мельник В.А., Демкович О.О., Скрипка Л.В., Бабуркина А.И., Каленчук Н.Л., Антипова Е.В. К ВОПРОСУ ОБ ЭПИЗОТИЧЕСКОЙ И ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БЕШЕНСТВУ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ.....	312
Вакуленко И.П., Винников С.Ю., Москаленко Е.В., Виник Е.И. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ УТОЛЩЕНИЯ КОМПЛЕКСА ИНТИМА МЕДИА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.....	315
Ванханен Н.В., Волкова И.Н., Жукова Е.Б. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	320
Дядык А.И., Багрий А.Э., Зборовский С.Р., Гнилицкая В.Б., Маловичко И.С., Сулиман Ю.В., Куглер Т.Е. СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА И БЕРЕМЕННОСТЬ (лекция для врачей).....	326
Дядык А.И., Багрий А.Э., Зборовский С.Р., Гнилицкая В.Б., Христуленко А.Л., Сулиман Ю.В., Куглер Т.Е. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ (ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НПВП) (лекция для врачей).....	330
Дядык А.И., Багрий А.Э., Маловичко И.С., Гнилицкая В.Б., Яровая Н.Ф., Сулиман Ю.В., Зборовский С.Р. ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ (лекция для врачей).....	334
Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Гавриляк В.Г., Щербаков К.С., Грушина М.В., Субботина Е.А. АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У МОЛОДЫХ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ.....	339
Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Швыренко И.Р., Поважная Е.С., Терещенко И.В., Зубенко И.В., Юсубов Т.С., Кошелева Е.Н., Евтушенко И.С. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС.....	343
Кабанова Н.В., Томачинская Л.П. ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СОРЕВНОВАНИЙ В СПОРТИВНОМ ВУЗЕ.....	349
Мухин И.В., Дзюбан А.С., Колычева О.В., Контовский Е.А., Гончаров А.Н. МИОКАРДИАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА.....	353
Терещенко И.В., Зубенко И.В., Швиренко И.Р., Поважная Е.С. РОЛЬ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ.....	358
Томаш О.В., Коломиец В.В., Пивнев Б.А., Томаш Л.А., Сибилёв А.В. ПОКАЗАНИЯ К ИДЕНТИФИКАЦИИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ И АССОЦИИРОВАННЫЕ С НЕЙ	

СОСТОЯНИЯ: ЧТО НОВОГО?.....	362
Швиренко И.Р., Поважная Е.С., Зубенко И.В., Пеклун И.В., Терещенко И.В., Томачинская Л.П.	
КОМПЛЕКСНОЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	369
СТОМАТОЛОГИЯ	
Авсянкин В.И., Яворская Л. В., Авсянкин А.В. КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СЪЕМНЫХ ШИНИРУЮЩИХ АППАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТА.....	372
Глинкин В.В., Клемин В.А. ОСТРЫЙ КАРИЕС ЗУБОВ КАК РЕЗУЛЬТАТ СТРЕССОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНИЗМА.....	376
Губанова О.И., Демченко С.С. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ РЕТЕНЦИИ ЗУБОВ ПРИ ЧЕРЕПНО-КЛЮЧИЧНОМ ДИЗОСТОЗЕ.....	379
Дегтяренко Е.В., Ермакова И.Д., Забышный А.А., Демченко Е.В. ИРРИГАТОРЫ КАК ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	385
Долгополов А.М., Долгополов М.А., Редько А.А. ОРТОДОНТИЯ – ОТ РЕБЕНКА ДО ВЗРОСЛОГО.....	389
Ивашенко А.Л., Тарануха С.В. Музыкачина А.В., Каминский А.Г. ГЕМОСТАЗ В РАНЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ОПЕРАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА "ТЕМОБЛОК".....	392
Калиновский Д.К., Ушич А.Г., Каминский А.Г., Золотаренко Е.О., Калиновская Я.Д. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СВАРОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	395
Музыкачина А.А., Музыкачина А.В., Тутова К.С., Агеев А.А. ВАРИАНТЫ ПРОВЕДЕНИЯ УРАНОПЛАСТИКИ.....	397
Настоящая В.А., Василенко Н.В., Настоящий В.И. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «ОКСИКОРТ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ У ДЕТЕЙ... ..	400
Сажина О.С., Колосова О.В., Ларичева Т.С., Авсянкин А.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ СТАБИЛИЗАЦИИ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.....	403
Чижевский И.В., Зенько Н.А., Иванова В.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ АМПУТАЦИОННЫМ МЕТОДОМ.....	405
Яворская Л.В., Озерова Т.Л., Бутук Д.В., Кашанский И. В. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.....	408
МОРФОЛОГИЯ	
Вакуленко И.П., Мурейси К.А., Лепихов П.А., Басий Р.В., Виник Е.И.	
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА И СОСУДОВ ЕГО ОСНОВАНИЯ ПО ДАННЫМ УЗИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ.....	411
Медведева В.В., Кучеренко Н.П. МОРФОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ВНЕЗАПНО УМЕРШИХ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.....	414
Пискунова Н. В., Поляков К. В., Колесникова И. А., Соколова А. А. УЗЕЛКОВЫЙ ПЕРИАРТЕРИИТ У ДЕТЕЙ (собственное наблюдение).....	418
Юрченко О.О. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО МЕГАКАРИОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА (случай из практики).....	423
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ	
Друпп Ю.Г., Подоляка Д.В., Подоляка В.Л., Тутов С.Н., Былым Г.В. К ПАТОГЕНЕЗУ ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	425
Друпп Ю.Г., Подоляка Д.В., Тутов С.Н., Подоляка В.Л., Клецова М.И. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АЛЬГОДИСМЕНОРЕИ.....	428
Егорова М.А., Талалаенко Ю.А., Петренко С.А., Мацынин А.Н., Карандей Ж.В. ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	430
Литвинова Е.В., Мацынин А.Н., Носкова О.В. ГОРМОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	434
Миминошвили Т.В., Подоляка Д.В., Друпп Ю.Г., Тутов С.Н., Подоляка В.Л.	
МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ И БИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У КУРЯЩИХ РОДИЛЬНИЦ.....	438
Подоляка Д.В., Друпп Ю.Г., Тутов С.Н., Миминошвили Т.В., Подоляка В.Л. ВЕДЕНИЯ ПРЕД-	

И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ПОДВЕРГШИХСЯ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НА ПРИДАТКАХ МАТКИ.....	439
Томачинская Л.П., Кабанова Н.В., Поважная Е.С. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.....	440
Тутов С.Н., Друпп Ю.Г., Подоляка В.Л., Подоляка Д.В., Былым Г.В. ВАРИАНТЫ НЕГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	446
Тутов С.Н., Друпп Ю.Г., Подоляка В.Л., Подоляка В.В., Миминошвили Т.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА СРОКОВ И МЕТОДОВ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	449
Чурилов А.В., Носкова О.В., Литвинова Е.В. ОСОБЕННОСТИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ В ЮВЕНИЛЬНОМ АКУШЕРСТВЕ.....	452
Чурилов А.В., Носкова О.В., Петренко С.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ.....	455
Чурилов А.В., Свиридова В.В., Клецова М.И., Джеломанова С.А., Друпп Ю.Г., Гончарова О.Г. ЛЕЧЕНИЕ АЛЬГОДИСМЕНОРЕИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	461

УДК 616-08-039.34:378.146/.147

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Томачинская Л.П., Кабанова Н.В., Поважная Е.С.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.

Резюме. В данной работе рассмотрена возможность преподавания медицинской реабилитации с позиции функциональных систем. При таком подходе больной выступает не как объект лечения, а как личность.

Предлагаемая методика может быть использована на других клинических кафедрах.

Ключевые слова: физические факторы, механизм действия, функциональные системы, управляющие устройства, объект управления.

Важнейшей задачей 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.

В свете этих задач целесообразно проанализировать существующее настоящее время, методические аспекты изучения основ медицинской реабилитации и наметить перспективы совершенствования подготовки врачей по вопросам данного раздела медицинских знаний.

Специфика предмета требует от обучающихся интеграции знаний теоретических и клинических дисциплин. В большей степени, чем другие клинические дисциплины, физиотерапия основывается на знании закона физики и биофизики. В то же время, являясь прикладной дисциплиной, она не может быть усвоена без прочных знаний по всем клиническим дисциплинам терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля, а также педиатрии.

Достижение 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, приходится констатировать что в имеющейся учебной литературе по

физиотерапии объяснение механизма действия физических факторов дается с устаревших теоретических позиций. В то же время при обучении на младших курсах на кафедрах медико-биологического профиля студенты получают фундаментальную теоретическую подготовку, неиспользуемую в дальнейшем при изучении физиотерапии студентами старших курсов.

Опираясь на основные положения фундаментальных дисциплин, можно построить поэтапную учебно-методическую схему разъяснения механизмов лечебного действия физических факторов. Построение предлагаемой схемы преследует следующие цели:

- На основе базовых знаний, полученных на медико-биологических кафедрах, теоретически объяснить механизмы действия физических факторов;
- Обучить рациональному сочетанию физиотерапии и фармакотерапии;
- Раскрыть возможности потенцирования физическими методами лекарственной терапии, применения их с целью ликвидации отрицательного побочного действия фармакологических препаратов.

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 являются закон силы и закон времени с их фазностью действия, а для постоянных токов (гальванического и импульсных) – еще и полярные законы раздражения. Действие любого физического агента (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 в живых тканях и тесно связана с дозой применяемых лечебных факторов. Каждый «этаж» предполагаемой схемы является промежуточной частью механизма действия физических факторов и зависит от нижележащего, оказывая влияние и на вышележащий «этаж».

Рассмотрение всей схемы целиком позволяет учитывать морфофункциональные изменения, интеграцию их в различных областях центральной нервной системы, а также ответные реакции организма. При этом особое внимание следует уделять обратным связям (положительным и отрицательным).

Метод системного подхода (с позиции теории функциональных систем) знаком студентам по программе младших курсов. Мы предлагаем в учебных целях использовать более простую и адаптированную преподаванию

физиотерапии общую схему функциональных систем, суть которой состоит в следующем. Внешнее воздействие (физические факторы) через афферентные рецепторы посредством нервной регуляции и обратной афферентации воздействуют на нервный центр, который настраивает поведенческую, а также гормональную и вегетативную регуляцию, что определяет результат воздействия, который влияет на метаболизм (прямые и обратные связи) и в итоге – влияет на рецепторы результата.

Методы немедикаментозной терапии в настоящее время пользуются большой популярностью. В некоторых случаях они имеют бесспорное преимущество 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. В то же время предлагаемая методика позволяет наглядно иллюстрировать место, роль и тактику врача в терапии, реабилитации и профилактики. При этом на всех этапах врач активно включается, как компонент, в контур общей функциональной 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.

MODERN ASPECTS OF TEACHING OF MEDICAL REHABILITATION

Tomachinskaya LP, Kabanova NV, Povazhnaya ES

M.Gorky Donetsk National Medical University

Summary. Possibility of medical rehabilitation education from the side of functional system is examined in this job. Given this approach, patient is examined not as the subject of treatment but as personality. The technique offered within other clinical departments

Key words: physical factors, mechanism of action, functional systems, control devices, control object.

УДК 618.1/.5:378.244.1/.4

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ВЫПУСКНОГО ЭКЗАМЕНА НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Талалаенко Ю.А., Мацынин А.Н., Егорова М.А., Гребельная Н.В., Князева Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье освещены особенности проведения государственного выпускного экзамена по акушерству и гинекологии. Он проводится в форме двухэтапного государственного экзамена (комплексного тестового и практически ориентированного) и направлен на оценку усвоения обучающимися конкретных видов профессиональной деятельности.

Ключевые слова: акушерство и гинекология, государственный экзамен, профессиональные навыки.

В соответствии с государственными стандартами высшего профессионального образования укрупненной группы специальностей «Здравоохранение» нормативными формами государственной итоговой

УДК 616.611-002-036.12+616.24-007.271]- 08-035-092

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Швыренко И.Р., Поважная Е.С.,
Терещенко И.В., Зубенко И.В., Юсубов Т.С., Кошелева Е.Н., Евтушенко И.С.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме: У гипертензивных ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС установлены разные типы нейрогуморальной регуляции сердечного ритма, требующие проведения дифференцированной кардиореабилитационной программы, включающей как лекарственные средства, так и преформированные факторы.

Ключевые слова: вариабельность сердечного ритма, гипертензивные ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС.

Артериальная гипертензия (АГ) и ее осложнения остаются главной причиной смерти ликвидаторов аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) [5].

Вегетативная дисфункция у такой категории больных является важной составляющей патофизиологического общего процесса, определяет варианты дебюта заболевания и последующего прогрессирования АГ [11]. При этом нарушения нейрогуморальной регуляции сосудистого тонуса и сердечного ритма во многом отражает тяжесть и негативизм прогноза.

Несмотря на то, что кардиореабилитация получает все большее признание в качестве неотъемлемой составляющей немедикаментозной помощи гипертензивным пациентам, методы природной и аппаратной преформированной коррекции используются в практической работе явно недостаточно, а порой не по назначению [1, 2, 8, 9].

Цель работы заключалась в разработке дифференцированного подхода применения аппаратной преформированной коррекции и оценке ее эффективности на реабилитационном этапе лечения у гипертензивных ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС.

Материал и методы. В исследование включены 38 гипертензивных пациентов АГ 1-2 стадии 1-3 степени (основная группа) и 30 практически здоровых людей (группа контроля) аналогичного пола и возраста, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиологии для ликвидаторов аварии на ЧАЭС в 2008-2016 гг.

Исследование проводили в несколько этапов. На первом этапе на основании разработанных критериев выполняли отбор пациентов. На втором этапе осуществляли мониторинг параметров состояния нейрогуморальной регуляции и вариабельности сердечного ритма (ВСР) посредством суточного кардиомониторирования (аппараты SDM-23 и MD+, Украина) [3]. Анализ основных параметров ВСР проводили в соответствии с рекомендациями Европейского кардиологического общества и Североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии [4, 7].

В дополнении к стандартным параметрам ВСР оценивали вегетативный показатель (ВП) по А. М. Вейну (2007) при регистрации ЭКГ на протяжении 5

минут с последующей оценкой интервалов R-R:

$$ВП=f \cdot М \% : М \cdot \Delta X, \text{ где}$$

$f \times М$ – величина наиболее частого R-R, в % от числа анализируемых интервалов; $М$ - величина наиболее частого показателя R-R, с.; ΔX – разброс показателей (минимально - максимально) за 1 с.

Для оценки состояния периферического артериального кровотока рассчитывали общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) по формуле:

$$ОПСС= АД \text{ среднее} \cdot 79,92 : МОК, (\text{дин} \cdot \text{с} \cdot \text{см}^{-5} / \text{м}^2)$$

где МОК – минутный объем крови.

Величину МОК для мужчин получали по формуле:

$$МОК (\text{л/минуту}) = 26,9 - 0,19 \cdot \text{возраст (лет)}.$$

МОК для женщин получали по формуле:

$$МОК (\text{л/минуту}) = 16,0 - 0,09 \cdot \text{возраст (лет)}.$$

На основании полученных результатов на третьем этапе исследования проводили рандомизацию в группы наблюдения. В 1-ю группу включены больные с признаками симпатической активности, а во 2-ю – пациенты с преобладанием активности вагуса. Больным-симпатикотоникам (1-я группа), назначали бета-адреноблокатор и/или ритмоурежающие антагонисты кальция группы верапамила/дилтиазема и кардиореабилитационный комплекс, включающий: хромотерапию холодными тонами; вакуум-массаж шеи и воротниковой зоны 0,30 бар, 30 имп/минуту, 10 минут, №15 ежедневно; гальванизацию воротниковой зоны по Щербак по схеме №15 ежедневно; озокеритовые носки 42°C, 20 минут, № 10, ч/день; хвойные ванны, 34-36°C, 15 минут, №10, ч/день; гипервентиляционную кислородотерапию 3-5 минут, №10, ежедневно; массаж головы и шеи (релаксационный) №10 ежедневно.

Представителям 2-ой группы применяли ингибитор АПФ/сартан, а так же лимфопресс (брюки) №10, ежедневно; дарсонвализацию шеи и воротниковой зоны 5-7 минут, №12 ежедневно; циркулярный душ, 32°C, 5 минут, №10, через день; вихревую ванну, 34-36°C, 15-20 минут, №10, через день; гипоксическую ингаляционную терапию (аппарат Фролова и др.), 3-5 минут, №10, ежедневно; массаж поясничной области (отточный) №10 ежедневно.

Тиазидные/тиазидоподобные диуретики назначали всем пациентам независимо от варианта реабилитационной программы.

Параметры ВСР, ВП и ОПСС определяли дважды – до и после окончания курса реабилитации.

Статистическую обработку проводили при помощи компьютерной программы «Statistica 6» с подсчетом параметрических и непараметрических критериев. Исследуемые параметры в тесте Холмогорова-Смирнова имели нормальное распределение, поэтому в расчетах применяли критерий t для зависимых и независимых выборок. За уровень достоверности принимали величину $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

По результатам исходного анализа параметров ВСР оказалось, что величина RR в 1-ой группе была на 84,7 мс меньше, чем во 2-ой. Исходные

величины SDNN во 2-ой группе были больше, чем в 1-ой – на 20,2 мс; SDANN – на 28,1 мс; RMSSD – на 22,3 мс; pNN50 – на 9,6 %; tr.ind на 24,2 (табл. 1). Напротив, индекс Баевского в 1-ой группе на 96,2 превосходил 2-ю; АМо – на 17,0%; VLF – на 553 мс²; LF - на 577,5 мс². HF был выше во 2-ой группе на 258,6 мс².

Таблица 1

Показатели ВСП у гипертензивных ликвидаторов аварии на ЧАЭС
до и после лечения, а так же у здоровых, М±m

Показатели ВСП	Здоровые (n=30)	Больные (n=38)	
		1-я группа (n=20)	2-я группа (n=18)
RR, мс	758,8±35,45	724,6±5,16 ¹ 743,2±6,58 ¹²	809,3±4,12 ¹ 788,3±8,20 ¹²
SDNN, мс	60,2±3,06	49,3±2,20 ¹ 57,1±2,08 ²	69,5±3,81 64,1±4,27 ²³
SDANN, мс	87,3±5,70	70,6±2,53 ¹ 81,8±2,58 ²	98,7±3,24 ¹ 97,5±3,56 ¹³
RMSSD, мс	31,4±2,66	15,5±3,32 ¹ 26,8±3,46 ²	37,8±3,50 ¹ 36,1±2,87 ¹³
pNN50, %	9,7±2,41	5,2±0,98 ¹ 7,9±0,81	14,8±0,18 ¹ 12,1±0,27 ³
tr.ind	26,0±3,40	10,6±0,19 ¹ 21,8±0,30 ²	34,8±0,33 ¹ 32,2±0,24 ¹³
ИБ	102,4±11,46	170,8±6,51 ¹ 122,5±5,85 ²	78,2±7,57 ¹ 85,6±6,28 ¹²³
АМо %	31,5±1,19	42,4±2,35 ¹ 34,2±1,25 ²	25,4±2,01 ¹ 27,1±1,25 ¹³
VLF, мс ²	1674,6±136,46	1978,1±7,65 ¹ 1820,3±9,25 ¹²	1425,1±5,50 ¹ 1533,1±4,88 ¹²³
LF, мс ²	811,9±92,78	1193,3±17,65 ¹ 981,7±20,41 ²	615,8±15,39 ¹ 688,9±20,07 ¹²³
HF, мс ²	542,2±98,10	366,2±13,30 ¹ 503,3±12,45 ²	624,8±14,57 ¹ 596,2±17,24 ¹²³
LF/HF	1,4±0,09	4,5±0,08 ¹ 3,0±0,02 ¹²	0,7±0,06 ¹ 0,8±0,03 ³
LFn, %	57,3±2,19	86,2±2,21 ¹ 62,7±1,10 ²	44,2±1,90 ¹ 46,7±2,60 ¹³
HFn, %	42,5±2,16	22,8±1,66 ¹ 34,1±2,19 ¹²	57,8±1,24 ¹ 51,3±1,44 ¹²³

Примечание: ¹ – различия аналогичных показателей у больных и здоровых статистически достоверны; ² – различия аналогичных показателей до и после лечения статистически достоверны; ³ – различия между аналогичными показателями у больных 1-ой и 2-ой групп статистически достоверны.

LF/HF, напротив, оказался выше в 10-ой группе на 3,8; LFn – на 42,0%. HFn был выше во 2-ой группе на 35,0%. Представленные результаты подтверждают наличие разных типов нейрогуморальной регуляции ритма сердца с преобладанием симпатических влияний и вагальных. Следует отметить, что все без исключения показатели в обеих группах больных статистически достоверно отличались от группы здоровых людей. Полученные

данные свидетельствуют о том, что в 1-ой группе имела место гиперактивность симпатической составляющей сердечного ритма на фоне торможения парасимпатической вегетативной нервной системы, в то время, как во 2-ой, напротив, преобладали вагальные влияния на симпатическими, что является доказательством правильности рандомизации больных в группы наблюдения.

Под влиянием кардиореабилитационного лечения статистически достоверные различия показателей были получены в 1-ой группе для RR, SDNN, SDANN, RMSSD, tr.ind, ИБ, AMo, VLF, LF, LF/HF, LFn и HFn. Во 2-ой группе статистически достоверные различия показателей в сравнении с исходными получены для RR, SDNN, ИБ, VLF, LF, HF и HFn. Относительно полученных результатов лечения в 1-ой группе можно полагать, что изменения большинства параметров ВСП с одной стороны свидетельствуют о снижении гиперактивности симпатической иннервации сердца, а, с другой, появлению тенденции к относительному (за счет снижения симпатической) увеличению парасимпатического влияния на сердечный ритм. У представителей 2-ой группы, напротив, на фоне лечения имела место тенденция симпатической активации и снижения вагальной.

Результативность реабилитации, оцененная в среднем через 25 дней от ее начала показала, что в 1-ой группе величина ОПСС статистически значимо превосходит аналогичный показатель во 2-ой, что свидетельствует о сохраняющемся, хотя и в меньшей степени, симпатической активности и, как следствие, наличие периферического сосудистого спазма [12].

Частота достижения оптимальных (целевых) цифр АД в обеих группах одинакова, хотя скорость достижения в 1-ой группе была на 21 час быстрее. Так же, статистически значимо выше как среднее значение суточного систолического, так и диастолического АД (на 14,2 и 14,0 мм рт.ст. соответственно) (Табл. 2). Суммарным отражением последнего и является более высокая частота потребности в понижении дозировок антигипертензивных средств (разница между группами 11,7%) [13].

Основным пусковым механизмом на ранних стадиях артериальной гипертонии является симпатическая нервная система [14]. Гиперсимпатикотония отражает дезадаптацию самой системы кровообращения к повышенным нагрузкам. Она инициирует целый каскад регуляторных нарушений, влияющих на уровень АД [15, 16, 17]. На фоне гиперактивации симпатoadреналовой системы повышается активность целого ряда прессорных механизмов, регулирующих АД: увеличиваются минутный объем, ОПСС, объем циркулирующей крови. Кроме того, сегодня известно, что симпатическая гиперактивность вносит свой вклад в формирование ряда осложнений АГ, включая структурное ремоделирование сердечно-сосудистой системы, и имеет решающее значение в развитии сопутствующих метаболических нарушений, таких как инсулинорезистентность и гиперлипидемия.

Направленное воздействие физических факторов реабилитации способствует целесообразному перераспределению крови по органам и тканям организма за счет изменения тонуса не только мышц, но и сосудов (артериол и венул) [2, 8]. В зависимости от интенсивности нагрузки возрастает

кровообращение работающих мышц; усиливается кровообращение сердца при сохранении кровообращения почек и головного мозга [17].

Таблица 2

Некоторые показатели результативности 25-ти дневного дифференцированного лечения

Показатели	Больные (n=38)	
	1-я группа (n=20)	2-я группа (n=18)
ОПСС, дин·сек·см ⁻⁵	1055,1±11,33	1003,1±10,50 ¹
Частота достижения оптимального/целевого АД	11(55,0%)	10(55,5%)
Средние сроки достижения оптимальных цифр АД, час	69,5±0,12	48,5±0,18 ¹
Средние суточные значения систолического АД через 25 дней от начала лечения, мм рт. ст.	135,4±0,07	121,2±0,09 ¹
Средние суточные значения диастолического АД через 25 дней от начала лечения, мм рт. ст.	100,5±0,13	86,4±0,10 ¹
Потребность в понижении дозировок антигипертензивных средств	1(5,0%)	3(16,7%) ¹

Примечание. ¹ – различия между аналогичными показателями у больных 1-ой и 2-ой групп статистически достоверны.

Выводы

1. Всем гипертензивным ликвидаторам аварии на ЧАЭС перед назначением медикаментозной и немедикаментозной кардиореабилитационной программы целесообразно определение исходного нейровегетативного статуса посредством исследования параметров ВСР, ВП и ОПСС.

2. Соотношение гиперсимпатикотонической АГ и вагального варианта составляет 1,1.

3. Комплексная дифференцированная кардиореабилитационная программа позволяет более активно влиять на большинство показателей активности симпатической составляющей сердечного ритма, в то время, как у больных с преобладанием вагусной активности интенсивность изменений вагальных параметров сердечного ритма менее интенсивна.

4. Частота достижения целевых цифр АД независимо от преобладания вегетативной регуляции ритма сердца является однотипной (по 55%), хотя у больных 1-ой группы сохраняются признаки симпатической активности в виде периферического сосудистого спазма (относительно ваготоников), значимо более высокого среднего систолического и диастолического АД и значимо меньшей потребности в сокращении дозировок антигипертензивных средств.

Литература

1. Абрамович, С. Г. Основы физиотерапии в гериатрии / С. Г. Абрамович // Иркутск: РИО ИГИУВа. - 2008. - 190 с.
2. Абрамович, С.Г. Физиотерапия артериальной гипертензии: проблемы и пути решения / С. Г. Абрамович // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2014. - № 2 (56). - С. 73-76.

3. Аксельрод, А. С. Холтеровское мониторирование ЭКГ: возможности, трудности, ошибки / А. С. Аксельрод, П. Ш. Чомахидзе, А. Л. Сыркин. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 192 с.
4. Анализ variability сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем: Методические рекомендации / Р. М. Баевский, Г. Г. Иванов, Л. В. Чирейкин и др. // Москва, 2002. - 50 с.
5. Беленков, Ю. Н. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний / Ю. Н. Беленков, С. К. Терновой // М.: ГЭОТАР-Медиа – 2007. – 512 с.
6. Домбьялова, Э. С. Синдром вегетативных дисфункций как маркер артериальной гипертензии у детей / Э. С. Домбьялова, Л. Г. Иванова, Г. К. // Вестник ВГМУ. - 2013, Т.12. - №3. – С. 91-94.
7. Variability of heart rate. Standards of measurement, physiological interpretation and clinical use. Working group of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology // Вестник аритмологии. – 1999. - №11. – С. 53-78.
8. Медична реабілітація: сучасні стандарти, тести, шкали та критерії ефективності. Низькоінтенсивна резонансна фізіотерапія і її застосування в реабілітаційній медицині. Посібник / За редакцією І. З. Самосюка, В. П. Лисенюка, Л. І. Фісенко, І. С. Зозулі. – Київ, 2007. - 264 с.
9. Аспекты медико-социальной реабилитации больных при гипертонической болезни / С. Н. Пузин и др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2014. - №1. - С. 10-15.
10. Мухарлямов, Ф. Ю. Новые подходы к использованию методов физической реабилитации у больных артериальной гипертензией / Ф. Ю. Мухарлямов, Е. С. Иванова // Физиотерапевт. - 2014. - № 2. - С. 58-62.
11. Напалков, Д. А. Комбинированная терапия артериальной гипертензии / Д. А. Напалков // Российские медицинские вести. - 2014. - № 3. - С. 16-21.
12. Показатели variability сердечного ритма и психофизиологического состояния организма подростков с нормальным и повышенным артериальным давлением / Е. М. Спивак, Н. В. Печникова, А. Г. Гуцин, Н. Л. Головин // Ярославский педагогический вестник. – 2012. – № 3, Т. III (Естественные науки). – С. 159-161.
13. Филиппова, Ю.М. Пути повышения комплаентности больных артериальной гипертонией в практике семейного врача / Ю. М. Филиппова, Г. А. Никитин, Т. Е. Афанасенкова // Справочник врача общей практики. - 2014. - № 1. - С. 20-21.
14. Физическая реабилитация пациентов с артериальной гипертензией / Л. Л. Шебеко, С. В. Власова, Л. В. Германович, Н. В. Беляковская // Вестник ЗабГУ. – 2013. - №2 (93). – С. 80-87.
15. Сафроненко, В.А. Физиотерапия и физиопрофилактика / В. А. Сафроненко, М. З. Гасанов // Ростов - на - Дону. – 2015. – 107 с.
16. Князева, Т.А. Физиобальнеотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. Т. А. Князева, В. А. Бадтиева // Москва. - «МЕДпресс-информ», 2008. – 272 с.
17. Методы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Л.Э. Смирнова, А.А. Котляров, А.А. Александровский, А. Н. Грибанов, Л. В. Ванькова // Саранск, 2007. - 82 с.

DIFFERENT REABILITATION PROGRAM ON HYPERTENSIVE EMERGENCY
LIQUIDATOR CONSEQUENCES ON CHERNOBIL NUCLEAR POWER PLANT

Ignatenko G.A., Mukhin I.V., Shvirenko I.R., Povagnaya E.S., Tereshenko I.V., Zybenko I.V.,
Usubov T.S., Kosheleva E.N., Evtushenko I.S.
M.Gorky Donetsk National Medical University
Donetsk Region Clinic Territorial Association

Summary. On hypertension liquidators of consequences of Chernobyl nuclear power plant be fixed different types of neuro-humoral regulation heart rhythm and demand different cardio rehabilitation programs, consist medicament drugs and preforming factors.

Key words: variability of cardiac rate, hypertension liquidators of consequences of Chernobyl nuclear power plant.

УДК 613.72:796.093]:378.6.796

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СОРЕВНОВАНИЙ В СПОРТИВНОМ ВУЗЕ

Кабанова Н.В., Томачинская Л.П.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий институт физической культуры и спорта»

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье рассмотрены особенности медицинского сопровождения соревновательного процесса по бегу с целью создания условий максимальной безопасности спортсменов. На основании обследования 105 спортсменов выявлены три основных варианта реакции кровообращения спортсменов на физическую нагрузку. Выявлены факторы, ограничивающие спортивный результат. Доказана важность врачебно – педагогического контроля и последующей коррекции в повышении эффективности соревновательного процесса по бегу, прогнозировании роста спортивных результатов, профилактике развития патологических состояний у спортсменов.

Ключевые слова: медицинское сопровождение, соревнования, врачебно–педагогический контроль

Актуальность. Сохранение здоровья спортсменов, предупреждение травм и заболеваний, создание наиболее благоприятных условий для достижения высокого спортивного результата во время соревнований любого уровня - цель медицинского сопровождения [1]. Соревнования, являясь эмоциональной кульминацией спортивной тренировки, предъявляют к организму спортсменов определенные требования и, в связи с разной возможностью адаптации к нагрузкам спортсменов, могут быть опасными для их здоровья [2, 4]. Поэтому проблема медицинского сопровождения соревнований является актуальной, так как в процессе их проведения реальна возможность возникновения ситуаций, требующих оказания спортсменам медицинской помощи.

Будущий прогресс спортсмена в спорте, зависящий от его физической работоспособности, нуждается в оптимизации учебно-тренировочного и соревновательного процессов путем управления и контроля за адекватностью физической нагрузки на основе динамичной оценки показателей кровообращения [3, 6].

Реакции кровообращения на тренировочные нагрузки разного объема и интенсивности являются одним из основных вопросов адаптации, поскольку изменение параметров гемодинамики могут, как расширять, так и ограничивать приспособительные возможности организма спортсмена [5]. Задача врача – определить один из важнейших компонентов тренированности – функциональное состояние спортсмена, уровень его функциональной подготовленности [4, 6].

Цель - исследование особенностей медицинского сопровождения соревновательного процесса в спортивном вузе для создания условий максимальной безопасности спортсменов.

Материал и методы. Мы располагаем опытом медицинского сопровождения внутри - и межвузовских спортивных соревнований по бегу, которые обеспечивались врачом высшей категории по предварительной заявке администрации вуза. Врач располагал необходимыми знаниями, умениями и средствами для оказания первой и неотложной помощи, транспортировки пострадавших в медицинские учреждения города.

На предварительном этапе медицинского сопровождения соревнований, еще до их начала, врач подробно ознакомился с санитарно-гигиеническими условиями мест проведения соревнований и их освещением, размещения участников, эпидемиологической обстановкой, санитарно-техническим состоянием спортивного инвентаря, наличием предусмотренных правилами соревнований защитных приспособлений, медицинского пункта, соответствием одежды и обуви участников существующим метеорологическим условиям. Проверялась обеспеченность питьевой водой.

С целью профилактики физического утомления, простудных и инфекционных заболеваний, на основном этапе медицинского сопровождения, непосредственно перед соревнованиями, врач проверял правильность допуска участников (качество оформления заявки, соответствие возраста и квалификации установленным требованиям) в форме опроса и дополнительных выборочных обследований. Спортсмены с жалобами на неудовлетворительное состояние здоровья, признаками заболеваний, физического или умственного утомления к соревнованию не допускались, им оказывалась консультативная и медицинская (при необходимости) помощь.

Путем врачебно – педагогического наблюдения и контроля врач оценивал влияние, особенности адаптации и степень соответствия физических нагрузок спортсмена во время соревновательного процесса. Для этого врачу необходимо знать содержание, организацию, методику и условия проведения соревнований.

В исследовании приняли участие 105 человек мужского пола в возрасте от 18 до 30 лет. Ориентировочное представление о характере реакции кровообращения организма спортсмена на тренировочную нагрузку получали путем подсчета частоты периферического пульса (частоты сердечных сокращений (ЧСС)) до и после соревнований (до и после выполнения физической нагрузки).

Результаты и их обсуждение. Задачей врачебно-педагогического контроля медицинского сопровождения являлась оценка адекватности физических нагрузок состоянию здоровья спортсменов, определение уровня адаптации к физическим нагрузкам в условиях соревнования и разработка индивидуализированных планов по восстановлению или повышению работоспособности на основе текущих наблюдений.

По величине исходной частоты пульса студенты распределились на группы следующим образом:

Таблица 1

Динамика показателей частоты сердечных сокращений
в группах спортсменов до и после соревнования

Показатель ЧСС уд/мин	Частота сердечных сокращений		
	1 группа, n =18 17%	2 группа, n =36 34%	3 группа, n = 51 49%
Исходное состояние	78,53 ± 2,27	68,69 ± 1,38 а	62,24 ± 1,36 б
После выполнения нагрузки	147,14 ± 2,92	136,06 ± 2,59 а	128,16 ± 1,56 б с

Примечания: а – достоверное отличие между показателями 1 и 2 групп спортсменов, $p < 0,05$, б - достоверное отличие между показателями 1 и 3 групп спортсменов, $p < 0,01$; с – достоверное отличие между показателями 2 и 3 групп спортсменов, $p < 0,05$.

Прирост пульса в первой группе спортсменов составил 88%, свидетельствуя о благоприятном механизме адаптации при нормальном периоде восстановления и хорошем функциональном состоянии кровообращения.

Прирост пульса во второй группе спортсменов составил 97%, свидетельствуя о напряженном механизме адаптации, так как увеличение ЧСС является предпосылкой для перенапряжения кровообращения.

Прирост пульса в третьей группе спортсменов составил 106%, также свидетельствуя о неблагоприятном механизме адаптации так как стимуляция кровообращения достигается за счет повышения ЧСС.

Таким образом, проведенные исследования выявили три основных варианта реакции кровообращения спортсменов на физическую нагрузку. Так, у спортсменов первой группы прирост пульса составил 88%, свидетельствуя о хорошем функциональном состоянии кровообращения спортсменов, обеспечивающем выполнение тренировочных нагрузок высокой интенсивности.

У спортсменов второй группы прирост пульса составил 97%, свидетельствуя об ухудшении адаптационных возможностей кровообращения, которое, возможно, могло быть связано с недостаточной подготовленностью или чрезмерной для них интенсивностью физической нагрузки.

У спортсменов третьей группы прирост пульса составил 106%, также свидетельствуя о неблагоприятном механизме адаптации кровообращения спортсменов к физической нагрузке, так как усиление функции кровообращения достигалось за счет повышения ЧСС.

Разнонаправленность полученных результатов мониторинга частоты сердечных сокращений у спортсменов до и после соревнований, могла свидетельствовать о реакциях разных типов кровообращения (нормодинамический, гиподинамический, гипердинамический) в ответ на одинаковую физическую нагрузку.

Так как врач наряду с тренером несет прямую ответственность за сохранение здоровья спортсменов в условиях соревнований, он должен быть профессионалом: быть подготовленным в теории и практике вида спорта, хорошо знать вопросы организации и содержание медицинского обеспечения

соревнований, немедленно принимать меры в тех ситуациях, когда нарушения правил и условий грозят здоровью спортсменов, при заболевании или травме немедленно оказать неотложную и первую врачебную помощь и в случае необходимости госпитализировать в стационар.

Важнейшей особенностью медицинского сопровождения спортивных соревнований является врачебно – педагогический контроль с последующей коррекцией, позволяющий контролировать адекватность физической нагрузки для каждого спортсмена, а, значит, предупреждать у них развитие патологических состояний кровообращения.

Выводы

1. Профилактикой развития патологических состояний у спортсменов во время соревнований по бегу является врачебно – педагогический контроль адекватности физической нагрузки спортсменов, их физическая подготовленность, достаточный уровень тренированности, дисциплина и организованность.

2. Врач медицинского сопровождения соревнований должен знать закономерности и особенности адаптации спортсменов к физическим нагрузкам во время соревновательного процесса и оптимизировать ее путем врачебно – педагогической коррекции.

Литература

1. Граевская, Н.Д. Спортивная медицина. Курс лекций и практических занятий : учебное пособие / Н. Д. Граевская, Т.И. Долматова. - М.: Изд-во «Советский спорт», 2004.- Часть 1. - 195с.
2. Граевская, Н.Д., Спортивная медицина. Курс лекций и практических занятий : учебное пособие / Н. Д. Граевская, Т.И. Долматова. – М. : Изд-во Советский спорт, 2004. – Часть 2.- 360 с.
3. Земцовский, Э.В. Спортивная кардиология / Э. В. Земцовский. - СПб.,1995.-448с.
4. Круглова, И. Медицинское обеспечение спортивных соревнований: методические рекомендации / И. Круглова, А. Шлейфер, О. Ромашин. - М.: Изд – во Советский спорт, 2009. - 52с.
5. Макарова, Г.А. Медицинский справочник тренера / Г.А. Макарова, С.А. Локтев. - М. : Советский спорт, 2006.- 588с.
6. Таминова, И. Ф. Особенности сердечно - сосудистой системы и физической работоспособности у спортсменов высокой квалификации с разной спецификой видов спорта / И. Ф. Таминова // Сибирское медицинское обозрение . - 2009. - Т. 55, № 1.- С. 73-77.

FEATURES OF MEDICAL SUPPORT OF COMPETITIONS IN SPORTS UNIVERSITY

Kabanova N.V., Tomachinskaya L.P.

State educational organization of higher professional education

«Donetsk Institute of physical culture and sport»

M.Gorky Donetsk National Medical University

Summary. In the article describes the features of medical support competitive process to run in order to create the conditions of maximum safety of athletes. Based on a survey of 105 athletes identified three main types for circulatory responses of athletes on physical activity. Identified constraints to athletic performance. Proved the importance of the medical - pedagogical monitoring and subsequent correction in improving the competitive process on the run, predicting growth of sports results and prevention of pathological conditions in athletes.

Keywords: medical support , competition, medical - pedagogical control/

УДК: 616.24–036.12-007.271+615.825.1

РОЛЬ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Терещенко И.В., Зубенко И.В., Швиренко И.Р., Поважная Е.С.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В работе описаны возможности различных методик дыхательной гимнастики, которые применялись у 78 мужчин, страдающих хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), находящихся на стационарном этапе реабилитации. Наиболее эффективной явилась методика диафрагмально-релаксационной дыхательной гимнастики на фоне комплексного лечения.

Ключевые слова: диафрагмально-релаксационная дыхательная гимнастика, хроническое обструктивное заболевание легкого, лечебная физкультура.

Повышение эффективности ранней реабилитации и лечения больных ХОЗЛ приобретает с каждым годом все большее медико-социальное значение [1,2]. Каждые десять лет количество умерших от этой болезни людей увеличивается примерно в 2 раза. Через 10 лет прогрессирования заболевания пациент становится инвалидом и живет не более 7 лет [3].

Классическая терапия ХОЗЛ в настоящее время не располагает методами и средствами, влияющими на долгосрочное снижение легочной функции, что является отличительной чертой данной болезни [4, 5]. Побочные эффекты, осложнения, обострения сопутствующих заболеваний, нарастающая сенсibilизация от приема фармакологических средств, увеличение стоимости лечения повышает интерес к немедикаментозным методам лечения, способствует поиску и разработке новых нетрадиционных подходов функциональной, физической терапии у больных ХОЗЛ [6, 7]. В основе реабилитации больных с ХОЗЛ лежат, прежде всего, физические тренировки. Роль кинезиотерапии в восстановительном лечении и реабилитации таких больных известна достаточно давно. Арсенал методов, средств, методик лечебной физкультуры огромен, разнообразен и продолжает расширяться с каждым годом, сочетая традиционные и нетрадиционные формы воздействия. Особое место занимает дыхательная гимнастика (ДГ), специальные дыхательные упражнения (СДУ) (не реже 2-3х раз в день) [8].

При электромиографии дыхательных мышц был установлен параллелизм между степенью обструкции бронхов и активностью дыхательной мускулатуры [9]. Дисфункция дыхательных и скелетных мышц является частым событием ХОЗЛ, особенно у больных с эмфизематозным вариантом, когда одышка является основным ограничителем подвижности. Патогенетические механизмы, лежащие в основе дисфункции мышц при ХОЗЛ, изучены недостаточно, но важными факторами, влияющими на степень и скорость ее развития, признаются: малоподвижный образ жизни, системное воспаление, оксидативный стресс, дисфункция регуляторных систем, гипоксемия и гиперкапния, изменение метаболического статуса, лекарственная терапия. Важным моментом является то, что системный оксидантный стресс при обструктивных состояниях индуцирует апоптоз миоцитов (в том числе и

гладкую мускулатуру), уменьшает количество капилляров в скелетных мышцах, что коррелирует с такими системными эффектами, как потеря мышечной массы, усугубляя дисфункцию скелетной мускулатуры [10].

Дисфункция мускулатуры проявляется снижением силы и выносливости мышц, ранним развитием утомления, изменением активности ферментативных систем, и др. Отличительной чертой дисфункции мускулатуры у больных ХОЗЛ является уменьшение доли медленных, оксидативных миофибрилл в мышцах, и повышение доли быстрых, гликолитических, что говорит о снижении оксидативной способности мышц. Снижение сократительной силы компенсируется повышением частоты дыхания, что усугубляет вентиляционные нарушения и ухудшение газообмена. Причем, необходимо помнить, что наступление истинного утомления респираторных мышц может предотвращаться адаптивным снижением эфферентной активности дыхательного центра. Потому, у таких больных особое внимание уделяют выработке слаженного реберно-диафрагмального, релаксационного дыхания, что увеличит вентиляцию и будет способствовать меньшей затрате энергии на работу мышц и снижению их напряжения, увеличению подвижности диафрагмы и грудной клетки, формированию правильного стереотипа дыхания. По данным литературы даже однократное проведение комплекса реабилитационных мероприятий в стационаре, или в амбулаторных и домашних условиях, уже приносят ожидаемый эффект [11].

Цель работы: показать эффективность различных методик дыхательной гимнастики в комплексном реабилитационном процессе у пациентов с ХОЗЛ.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Областной клинической больницы профессиональных заболеваний города Донецка. На первом этапе были обследованы 78 мужчин с верифицированным диагнозом ХОЗЛ II степени тяжести, в период обострения, с легочной недостаточностью не выше 2 степени. Критериями включения пациентов в исследование служили: 2 стадия ХОЗЛ, средняя степень тяжести, умеренное течение, легочная недостаточность не выше 2 степени, период обострения, возраст от 40 до 60 лет, мужчины, изменения функции внешнего дыхания (ФВД) со значениями $50\% \leq \text{ОФВ}_1 < 80\%$ от должных значений.

Пациенты в последующем были разделены на три группы в зависимости от лечебных мероприятий. Больные 1-й группы (группа сравнения) получали стандартное базовое лечение (при обострении – бронхолитики, ингаляционные глюкокортикостероиды, муколитики, витамины, при необходимости – антибиотики). У больных 2-й группы дополнительно к медикаментозному лечению добавляли процедуры «стрельниковской» лечебной дыхательной гимнастики 1-2 раза в сутки по 20 минут (традиционная методика), в течение 21 дня. Пациентам 3-ей группы дополнительно к базовому лечению назначалась дыхательная гимнастика с формированием диафрагмально-релаксационного типа дыхания (ДРДГ) 2-3 раза в сутки по 15-20 минут, в течение 21 дня. Обследование пациентов ХОЗЛ проводили в 1–2 сутки госпитализации и на 12-14 день комплексной терапии.

Возраст больных составлял от 40 до 60 лет. Средний возраст

обследованных - $46,19 \pm 1,12$. Средняя длительность ХОЗЛ составила $5,81 \pm 0,40$ года. Средняя частота обострений $1,50 \pm 0,11$ раза за последний год. В группе исследуемых лиц: курильщиков – 66 человека (62,26%), бросивших курить – 27 (25,47%), индекс курильщика – $13,6 \pm 2,0$ пачко-лет, не курящих – 13 (12,27%).

Основные жалобы, по поводу которых пациент ХОЗЛ обращался к врачу – одышка и кашель - оценивались по балльной системе. Кашель: 0 – нет; 1 – слабый кашель (преимущественно по утрам, может быть небольшое покашливание); 2 – умеренный кашель (преимущественно утром и в течение дня); 3 – сильный кашель (в течение дня, но беспокоит и ночью). Оценка субъективной одышки проводилась по шкале MRCDS.

Для постановки диагноза, определения степени тяжести, назначения терапии, уточнения прогноза заболевания проводилась оценка параметров ФВД при поступлении и после окончания лечения. Из лабораторных исследований использовались: показатели клинического анализа крови, цитологического и микробиологического исследования мокроты, конденсат влаги выдыхаемого воздуха (КВВВ).

Результат и их обсуждение. При поступлении все больные предъявляли жалобы преимущественно на кашель, отделение мокроты, одышку разной степени тяжести в течение суток, нарушение общего состояния. В группе 1 одышка составила $2,22 \pm 0,08$ баллов, группе 2 - $2,36 \pm 0,08$ баллов, группе 3 - $2,39 \pm 0,09$ баллов; кашель соответственно - $1,92 \pm 0,06$ баллов, $2,09 \pm 0,07$ баллов, $2,00 \pm 0,09$ баллов; приступы затрудненного дыхания у пациентов 1 группы наблюдались $2,23 \pm 0,10$ раз/сут, больных 2 и 3 групп соответственно - $2,76 \pm 0,12$ и $2,54 \pm 0,12$ раз/сут.

При объективном осмотре - сухие свистящие хрипы выявлены у 87,4%, влажные – у 19,5 %. У всех больных регистрировали изменения ФВД. Наиболее интегральным из них является объем форсированного выдоха за 1-ю с, ему присуща минимальная вариабельность. Значения показателя ОВФ1 в группе сравнения оказались ниже, чем у здоровых людей в 1,74 раза, в группе 2 – в 1,75 раза и в группе 3 – в 1,76 раза. Слизистый характер мокроты определялся у 57,7% больных в группе 1, 54,6% в группе 2 и 46,7% в группе 3. Слизистогнойный характер отделяемого был соответственно у 42,3%, 45,4% и 53,3% пациентов, что свидетельствует о значительной выраженности воспалительного процесса при наличии обострения заболевания. У значительного количества пациентов в мокроте отмечался умеренный и выраженный лейкоцитоз, несмотря на это в анализе периферической крови – лейкоциты и СОЭ были преимущественно в пределах нормы.

Во время пребывания в стационаре улучшилось состояние всех пациентов с ХОЗЛ. Наибольшие позитивные изменения были получены при применении комплексной, патогенетически обоснованной терапии, когда на фоне медикаментозного лечения у пациентов (группа 3) применяли ДРДГ: значительно улучшились регуляторные функции, стабилизировались параметры функции внешнего дыхания, снизилась частота клинических проявлений болезни, измененных лабораторных показателей. Менее значительные результаты выявлены у больных, получавших исключительно

лекарственные препараты и применявшие лечебную стрельниковскую гимнастику. Отмечалось достоверное уменьшение интенсивности кашля, количества и тяжести приступов одышки при всех видах лечения, но преимущественно в большей степени в группе 3 и в меньшей степени в группе сравнения. Так, интенсивность одышки изменилось с $2,39 \pm 0,09$ баллов до $1,05 \pm 0,14$ баллов в 3-й группе, с $2,56 \pm 0,08$ до $1,40 \pm 0,14$ во 2-й группе, с $2,25 \pm 0,08$ баллов до $1,94 \pm 0,11$ баллов в 1-й группе; кашель – с $1,92 \pm 0,06$ баллов до $1,61 \pm 0,09$ в 1-й группе, с $2,09 \pm 0,07$ баллов до $0,93 \pm 0,15$ во 2-й группе, с $2,00 \pm 0,09$ баллов до $0,68 \pm 0,15$ в 3-й группе. Частота приступов затрудненного дыхания снизилась в 1,16 раза в 1-й группе, в 2,1 раза во 2-й группе, в 2,4 раза в 3-й группе. Во всех группах больные ХОЗЛ отметили улучшение общего состояния и пульмонологического статуса: улучшился сон и процесс засыпания, повысилась дневная активность, снизился процент лиц с колебаниями АД. Во всех группах обследуемых выявилась тенденция к улучшению показателей ФВД, изменения носили достоверный характер ($p < 0,05$). Но необходимо отметить, что статистически значимая разница со здоровыми лицами сохранилась, полной нормализации параметров не произошло.

Вывод. Таким образом, при комплексном анализе клинико-инструментальных показателей лечебные мероприятия имели максимальную эффективность при комплексном комбинированном лечении у пациентов, получавших комплексное лечение с использованием медикаментозной терапии и ДРДГ. Вероятно, это связано, прежде всего, с перестройкой функциональных систем гомеостаза на новый уровень регулирования, оптимизацию реактивности, изменение баланса функций систем саморегуляции (психо-эмоциональная сфера, вегетативная нервная система и др.) и пр.

Литература

1. Авдеев С. Н. Возможность уменьшения числа обострений у больных ХОБЛ при длительном приеме N-ацетилцистеина / С. Н. Авдеев // Пульмонология. – 2007. – № 2. – С. 89 - 94.
2. Гноевых, В.В. ХОБЛ. Издание для практикующих врачей и исслед.: монография / В.В. Гноевых.- Ульяновск: УлГУ.- 2007.- 174с.
3. Фещенко Ю.И. Хроническое обструктивное заболевание легких – актуальная медико-социальная проблема / Ю. И. Фещенко // Український пульмонологічний журнал. - 2011. – N 2. - С. 6.
4. Швайко Л. И. Эволюция взглядов на проблему лечения ХОЗЛ / Л. И. Швайко // Український пульмонологічний журнал. – 2010. – № 1. – С. 16 - 17.
5. IGE Guideline № 12. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. National clinical guideline on management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. Developed by the National Collaborating Centre for Chronic Conditions // Thorax. – 2004. – Vol. 59, (Suppl. 1). – P. 1 - 232.
6. Казанбеков Д. Г. Реабилитация больных хроническими обструктивными заболеваниями легких / Д. Г. Казанбеков, К. М. Алиева, К. А. Масуев // Реабилитология : сборник научных трудов. – М.: Изд-во РГМУ, 2004. – № 2. – 456 с.
7. Малявин А. Г. Респираторная медицинская реабилитация: практическое руководство для врачей / А. Г. Малявин. – М.: Практическая медицина, 2006. – 416 с.
8. Белевский А. С. Реабилитация в пульмонологии / А. С. Белявский // Справочник практического врача. – 2008. – № 2. – С. 48 - 49.

9. Зонис Я. М. Немедикаментозная реабилитация больных обструктивными заболеваниями легких / Я. М. Зонис // Пульмонология. – 2000. – № 4. – С. 83 - 87.
10. Кубышева Н. И. Системное воспаление: перспектива исследований, диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких / Н. И. Кубышева, Л. Б. Постникова // Клиническая геронтология. – 2007. – № 7. – С. 50 – 56.
11. Соловьева Е. В. Эффективность методов биологической обратной связи в оптимизации вегетативной регуляции у больных ХОБ / Е. В. Соловьева // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2003. – № 3. – С. 42 – 43.

THE ROLE OF RESPIRATORY TREATMENT GYMNASTICS IN THE SYSTEM OF COMPLEX PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Tereschenko I., Zubenko I., Shvirenko I., Povazhnaya E.
M. Gorky Donetsk National Medical University

Summary. The possibilities of various methods of respiratory treatment gymnastics, which were used in 78 men with chronic obstructive pulmonary disease, are described in the article. Patients were at the inpatient stage of treatment. The method of diaphragm-relaxation respiratory treatment gymnastics was most effective against the background of complex treatment.

Keywords: diaphragm-relaxation respiratory treatment gymnastics, chronic obstructive pulmonary disease, treatment exercises.

УДК 616.33/.34-02:579.835.12:616-078-08:615.07

Томаш О.В., Коломиец В.В., Пивнев Б.А., Томаш Л.А., Сибилёв А.В. ПОКАЗАНИЯ К ИДЕНТИФИКАЦИИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ И АССОЦИИРОВАННЫЕ С НЕЙ СОСТОЯНИЯ: ЧТО НОВОГО?

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье представлены новые данные относительно показаний к верификации хеликобактерной инфекции и её взаимосвязи с рядом заболеваний в соответствии с рекомендациями Маастрихтского консенсуса V. Подробно изложены все 12 утверждений, сформулированные соответствующей рабочей группой.

Ключевые слова: инфекция *Helicobacter pylori*, Маастрихтский консенсус V, показания, ассоциации.

Хеликобактерная инфекция – это инфекция, вызванная микроорганизмом *Helicobacter pylori* (Hр), который в начале 80-х годов прошлого века открыли австралийские учёные J.R. Warren и B.J. Marshall. Обнаружив эти бактерии на слизистой оболочке желудка (СОЖ) пациентов с хроническим гастритом (ХГ) и эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны, они предположили, что именно Hр играет ведущую этиопатогенетическую роль в данной патологии. В последующие десятилетия были получены неоспоримые доказательства их правоты, и в 2005 году учёным была вручена Нобелевская премия по физиологии и медицине «За открытие бактерии *Helicobacter pylori* и её роли в возникновении гастрита и пептических гастродуоденальных язв».

Наиболее авторитетным документом на тему диагностики и лечения Hр-инфекции является Маастрихтский консенсус – рекомендации по диагностике Hр и лечению ассоциированных с ним заболеваний, разработанные специально созданной в 1987 году Европейской группой по изучению *Helicobacter pylori*. Первая редакция этого соглашения была опубликована в 1997 году. В дальнейшем раз в 4-5 лет рекомендации обновлялись, оперативно реагируя на

появление новых данных относительно методов диагностики, а также целей, задач и принципов лечения хеликобактерной инфекции. Последняя - пятая - «версия» была опубликована в январе 2017 года [2].

Этот документ подготовлен 43 экспертами из 24 стран, которые работали в 5 подгруппах по следующим направлениям: «Показания/Ассоциации», «Диагностика», «Лечение», «Профилактика/Здравоохранение», «*H. pylori* и желудочная микробиота». Результатом этой работы и стали рекомендации относительно менеджмента *Hp*-инфекции в различных клинических ситуациях. Эти рекомендации сформулированы в виде отдельных утверждений (statements). Ниже приведены все утверждения, сформулированные рабочей группой «Показания/Ассоциации» (Working group 1: Indications/Associations).

Утверждение 1. *Hp*-ассоциированный гастрит является инфекционным заболеванием независимо от симптомов и осложнений (уровень доказательности: 1B, степень рекомендации: A).

Hp для человека является патогеном. Он передаётся от человека к человеку и вызывает хронический активный гастрит у всех инфицированных субъектов. Это инфицирование может приводить к возникновению пептической язвы, атрофического гастрита, аденокарциномы желудка или MALT-лимфомы (злокачественной опухоли, ассоциированной с лимфоидной тканью желудка). Эрадикация *Hp*-инфекции излечивает гастрит и может воспрепятствовать долгосрочным осложнениям или рецидивам заболевания. В связи с этим *Hp* считается инфекционным заболеванием независимо от индивидуальных симптомов и стадии болезни [5].

Утверждение 2. Стратегия «test and treat» применима для неисследованной диспепсии. Однако такой подход требует учёта региональной распространённости *Hp* и затратной эффективности. Он не приемлем для пациентов с симптомами тревоги и пожилых (уровень доказательности: высокий, степень рекомендации: сильная).

Стратегия «test and treat» предусматривает диагностику *Hp* при помощи неинвазивных методов у молодых пациентов с неисследованной диспепсией (НД) и последующую эрадикацию в случае выявления инфекции. Такой подход считается предпочтительнее эмпирического назначения ингибиторов протонной помпы (ИПП) или проведения фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС), поскольку позволяет избежать связанных с последними затрат и дискомфорта (Howden C.W., Hunt R.H., 1998; Ford A.C. и соавт., 2005).

Интересно, что 5 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) (Lassen A.T. и соавт., 2000; McColl K.E. и соавт., 2002; Arents N.L. и соавт., 2003; Duggan A.E. и соавт., 2009;), частично включённых в метаанализ (Ford A.C. и соавт., 2005) и в Кокрановский отчёт (Delaney V. и соавт., 2005) продемонстрировали небольшое, но достоверное преимущество подхода «endoscope and treat» (т. е. проведение с диагностической целью именно ФЭГДС), которое выражалось в меньших сроках купирования симптомов и большей удовлетворённости пациентов. Однако это минимальное преимущество нивелировалось большими затратами (389 USD на 1 пациента).

С учётом затратной эффективности некоторые руководства

поддерживают целесообразность стартовой эмпирической терапии ИПП, если распространённость Нр-инфекции в популяции ниже 20%. Этот экономический анализ не может быть применён во всех странах. Так, снижение распространённости Нр в популяции до 10% может сопровождаться значительным количеством ложноположительных тестов на Нр, приводящих к ненужному лечению (Moayyedi P., Axon A.T., 1999). Прежде всего, это касается серологических методов с низкой чувствительностью и специфичностью.

При наличии симптомов тревоги (немотивированное похудение, желудочно-кишечное кровотечение, пальпируемое образование в брюшной полости, железодефицитная анемия) необходима ФЭГДС (Ikenberry S.O. и соавт., 2007). Последняя также предпочтительна при высоком риске рака желудка (РЖ), когда не рекомендована стратегия «test and treat». То же самое касается и пожилых пациентов, у которых неинвазивные методы менее точны (Niv Y. и соавт., 2004)

Утверждение 3. Стратегия, основанная на проведении эндоскопии, должна быть рассмотрена у пациентов с диспептическими симптомами, особенно в популяциях с низкой распространённостью Нр (уровень доказательности: очень низкий; степень рекомендации: слабая).

Эндоскопия включает визуализацию всего верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с целью выявления любой патологии и биопсии любого видимого поражения. Биопсия проводится в соответствии с принятыми стандартизованными протоколами. ЭФГДС должна выполняться с надлежащим качеством. В странах с низкой распространённостью Нр она позволяет исключить клинически значимую пищеводную патологию.

Утверждение 4. Хеликобактерный гастрит может повышать или понижать кислотную секрецию. Лечение может полностью или частично нивелировать эти эффекты (уровень доказательности: высокий; степень рекомендации: высокая).

Лица с преимущественно антральным неатрофическим гастритом имеют высокую стимулированную кислотопродукцию, поскольку у них понижен уровень соматостатина в антральном отделе и повышен уровень гастрина (по сравнению с неинфицированной контрольной группой). Клинически это часто сопровождается дуоденальными язвами и неязвенной (функциональной) диспепсией (Gillen D. и соавт., 1998). У лиц же с атрофическим пангастритом, наоборот, отмечается снижение солянокислой продукции. Этот фенотип ассоциируется с проксимальными язвами желудка, более выраженными предраковыми поражениями и более высоким риском РЖ (de Vries AC и соавт., 2008; Malfertheiner P., 2011). При обоих вариантах ХГ лечение хеликобактерной инфекции, устраняя воспаление СОЖ, приводит к частичной коррекции высокого или низкого кислотного статуса. Эта коррекция не отмечается при выраженных атрофических изменениях СОЖ (Iijima K. и соавт., 2000; Fukuchi T. и соавт., 2005). Повышение кислотной секреции после лечения описывалось как негативный эффект в контексте гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) (Kawanishi M., 2005; Toyoda M. и соавт., 2006). Тем не менее, в большинстве популяций изменение кислотной продукции после

эрадикационной терапии не имеет клинического значения и не должно быть использовано как аргумент в выборе лечения или «нелечения» Нр.

Утверждение 5. Хеликобактерный гастрит является отдельной единицей и вызывает диспептические симптомы у некоторых пациентов. Эрадикация Нр приводит к долгосрочному купированию диспепсии примерно у 10% пациентов (по сравнению с плацебо или кислотосупрессивной терапией) (уровень доказательности: умеренный; степень рекомендации: сильная).

Последняя, находящаяся в стадии разработки, 11-я версия Международной классификации болезней и Киотский консенсус по хеликобактерному гастриту [5] рекомендуют классифицировать гастриты по причинному (этиологическому) фактору, в соответствии с чем выделяют Нр-индуцированные, лекарственно-индуцированные и аутоиммунные гастриты. Хеликобактерный гастрит – отдельная причина диспепсии, и поэтому он является органическим заболеванием (Sugano K., 2011; Suzuki H. и соавт., 2011). Это полностью противоречит Римскому консенсусу, который рассматривает Нр-ассоциированную диспепсию как функциональную (ФД) [6].

Многие Нр-позитивные лица не имеют симптомов, но у части пациентов именно Нр может быть их причиной. Острая ятрогенная хеликобактерная инфекция или самозаражение могут индуцировать острые диспептические симптомы (Marshall B.J. и соавт., 1985; Morris A, Nicholson G., 1987). Однако, в то время как персистирующая колонизация практически всегда приводит к ХГ, у большинства лиц симптомы являются временными.

Эпидемиологические исследования показывают взаимосвязь между Нр-инфекцией и диспептическими симптомами (Bode G. и соавт., 2002; Wildner-Christensen M. и соавт., 2006), хотя некоторые из них указывают на другие факторы как более значимые. Наиболее убедительные доказательства этой взаимосвязи получены в исследованиях по изучению эффектов эрадикационной терапии у Нр-положительных пациентов с ФД и НД (Delaney B. и соавт., 2005; Moayyedi P. и соавт., 2006; Suzuki H., Moayyedi P., 2013). В этих исследованиях эрадикация приводила к небольшому, но статистически достоверному клиническому улучшению по сравнению с контролем, где эрадикационная терапия не проводилась; NNT (estimated number needed to treat) при этом составил 14. Симптоматическое улучшение оценивалось как достоверное, если оно отмечалось на протяжении не менее 6 мес, что является временем, необходимым для излечения гастрита (Moayyedi P. и соавт., 2006; Suzuki H., Moayyedi P., 2013).

Симптоматическое улучшение или стойкое отсутствие симптомов даёт основание рассматривать хеликобактерный гастрит в качестве самостоятельной нозологической единицы, являющейся причиной диспепсии.

Утверждение 6. Прежде чем достоверно диагностировать функциональную диспепсию, необходимо исключить хеликобактерный гастрит (уровень доказательности: высокий; степень рекомендации: высокая).

Диспептические симптомы очень распространены, и могут возникать вследствие целого ряда различных патологических состояний верхнего отдела ЖКТ. Если пациенту с диспепсией не проводится диагностическое

обследование, его состояние классифицируется как «неисследованная диспепсия». После ФЭГДС пациенту могут быть выставлены различные диагнозы, включая пептическую язву или ГЭРБ. Диагноз ФД выставляются пациентам с синдромом диспепсии, но без эндоскопических повреждений.

Хеликобактерный гастрит является инфекционным заболеванием, приводящим к хроническому активному гастриту различной тяжести у всех инфицированных лиц (Sonnenberg A. и соавт., 2010). Эрадикация приводит к нормализации воспалённой СОЖ (Tulassay Z., и соавт., 2010; Hunt R.H. и соавт., 2015). С учётом этих данных диагноз «истинной» ФД может быть поставлен только в отсутствие Нр.

Утверждение 7. Использование аспирина или нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) повышает риск язвенной болезни у Нр-инфицированных лиц. Антикоагулянты повышают риск кровотечения у пациентов с пептической язвой (уровень доказательности: высокий; степень рекомендации: сильная).

НПВП, аспирин (ацетилсалициловая кислота, АСК) и Нр являются независимыми факторами риска (ФР) пептических язв и их осложнений (Huang J.Q. и соавт., 2002; Sostres C. и соавт., 2015). Метаанализ показал, что НПВП повышают риск пептической язвы у Нр-позитивных пациентов (Huang J.Q. и соавт., 2002). Недавнее эпидемиологическое исследование продемонстрировало, что хеликобактерная инфекция и НПВП приводят к дополнительному риску язвенного кровотечения (Sostres C. и соавт., 2015). Другой метаанализ 5 РКИ (Vergara M. и соавт., 2005) и более поздние исследования (de Leest H. и соавт., 2007) позволили сделать вывод, что эрадикация Нр уменьшает частоту язвообразования у «новых пользователей» (new users) НПВП, однако не снижает её у «хронических пользователей» (chronic users). Нет доступных доказательств относительно эффектов эрадикации у пациентов, принимающих коксибы.

Эффект Нр-инфекции на риск возникновения пептической язвы или язвенного кровотечения у лиц, принимающих низкие дозы аспирина оказался спорным. Хотя ранее было продемонстрировано, что эрадикация Нр уменьшает частоту язвенного кровотечения у этой категории пациентов (Lai K.C. и соавт., 2002; Fletcher E.H. и соавт., 2010; Chan F.K. и соавт., 2013), более поздний метаанализ указал на недостаточность доказательств для такого вывода (Lanas Á., 2015). Более того, недавнее эпидемиологическое исследование не обнаружило ни дополнительного, ни потенцирующего эффекта между Нр и АСК, хотя они оба позиционировались как независимые ФР язвенного кровотечения (Sostres C. и соавт., 2015). Имеются новые доказательства того, что «неаспириновые» антитромбоцитарные агенты и антикоагулянты также повышают риск язвенного кровотечения (Holster I.L., 2013).

Утверждение 8. Обследование на *H. pylori* следует проводить пациентам с пептической язвой в анамнезе, принимающим аспирин и НПВП (уровень доказательности: умеренный; степень рекомендации: высокая).

НПВП, АСК и Нр-инфекция являются независимыми ФР пептической язвы и язвенного кровотечения (Huang J.Q. и соавт., 2002; Sostres C. и соавт.,

2015). Пациенты с анамнезом пептической язвы или язвенного кровотечения имеют максимальный риск кровотечения из верхних отделов ЖКТ при лечении НПВП, коксибами или АСК (González-Pérez A. и соавт., 2014; Sostres C. и соавт., 2015). Несколько клинических исследований (Chan F.K. и соавт., 2001; Lai K.C. и соавт., 2002; Chan F.K. и соавт., 2007) и одно обсервационное (Chan F.K. и соавт., 2013), проведенные среди входящих в эту группу риска пациентов китайского происхождения, показали, что эрадикация уменьшает этот риск, но не устраняет его полностью, в связи с чем необходима терапия сопровождения ИПП. Таким образом, лечение ИПП является обязательным для пациентов с язвенным кровотечением в анамнезе и после эрадикационной терапии, если они получают НПВП, коксибы или даже низкие дозы АСК.

Утверждение 9. Длительный приём ИПП изменяет топографию хеликобактерного гастрита. Эрадикация *H. pylori* излечивает гастрит у лиц, длительно принимающих ИПП (уровень доказательности: низкий; степень рекомендации: сильная).

Варианты колонизации *Hp* и ассоциированного гастрита зависят от уровня кислотной продукции. Если она нормальная или повышенная, колонизации *Hp* и гастриту подвержен преимущественно антральный отдел. В условиях пониженной секреции колонизация и гастрит распространяются также на тело желудка (пангастрит). Эта модель зависит исключительно от уровня солянокислой секреции, а не от причин, влияющих на этот уровень (потеря желез, ваготомия или интенсивная кислотосупрессивная терапия). Период, в течение которого происходит трансформация антрального гастрита в пангастрит, составляет от нескольких дней до нескольких недель с начала лечения (Kuipers EJ и соавт., 1995). Эта трансформация сохраняется на всём его протяжении (Kuipers EJ и соавт., 1997; Lundell L. и соавт., 2006). Эрадикация *Hp* излечивает гастрит независимо от продолжения приёма кислотосупрессивных препаратов (Schenk В.Е. и соавт., 2000; Kuipers EJ и соавт., 2004).

На популяционном уровне имеется отрицательная связь между ГЭРБ и *Hp*, особенно *CagA*-положительными штаммами (Warburton-Timms V.J. и соавт., 2001). Обзор 26 исследований показал, что уровень *Hp* у пациентов с ГЭРБ составляет 39% (в группе контроля – 50%) (O'Connor H.J., 1999). Осложнения ГЭРБ (пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода) также встречаются реже у *Hp*-инфицированных лиц (Rokkas T. и соавт., 2007). Однако в целом эрадикация *Hp* не является причиной ни возникновения, ни обострения ГЭРБ (Yaghoobi M. и соавт., 2010; Qian B. и соавт., 2011). Поэтому последняя не должна рассматриваться практическими врачами как причина отказа от эрадикационной терапии. Кроме того, долгосрочная эффективность ИПП как поддерживающей терапии ГЭРБ не зависит от *Hp*-статуса (Klinkenberg-Knol E.C. и соавт., 2000; Kuipers EJ и соавт., 2004).

Утверждение 10. Существуют доказательства связи *H. pylori* с необъяснимой железодефицитной анемией (ЖДА), идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП) и дефицитом витамина В₁₂ (уровень доказательности: очень низкий; степень рекомендации: слабая).

Взаимосвязь *Нр* с необъяснимой ЖДА была убедительно доказана во взрослой и детской популяции (Queiroz D.M. и соавт., 2013). Недавние метаанализы показали, что эрадикация *Нр* повышает уровень гемоглобина, в частности, у пациентов с умеренной и тяжёлой анемией (Yuan W. и соавт., 2010; Qu X.-H. и соавт., 2010). В последнее время национальные руководства по менеджменту ЖДА рекомендуют эрадикационную терапию пациентам с рецидивирующей ЖДА и отсутствием патологии при ФЭГДС и колоноскопии [1]. Что касается взрослых с ИТП, недавние исследования продемонстрировали рост числа тромбоцитов у некоторых пациентов после эрадикационной терапии и повышенный уровень ответа в странах с высокой распространённостью *Нр* в общей популяции (Sato R. и соавт., 2011). В большей степени отвечают на эрадикацию пациенты с ИТП и атрофическим гастритом (Howden C.W., Hunt R.H., 1998). Руководства по ведению ИТП рекомендуют таким пациентам проведение скрининга на выявление *Нр* и последующую эрадикацию *Нр*-положительным лицам [3, 4]. Эти же руководства выступают против проведения рутинных тестов для диагностики *Нр* у детей с ИТП, мотивируя это противоречивыми литературными данными. Однако некоторые исследования позволяют говорить о возможной эффективности эрадикационной терапии и в педиатрической практике (Russo G. и соавт., 2011). Также показана взаимосвязь между хронической хеликобактерной инфекцией и мальабсорбцией витаминов, включая недостаточность всасывания витамина B12 (Stabler S.P., 2013).

Утверждение 11. *H. pylori* положительно и отрицательно связан с рядом других экстрагастроуденальных состояний. Причина этих взаимосвязей не установлена (уровень доказательности: умеренный; степень рекомендации: умеренная).

CagA-положительные штаммы *Нр* ассоциированы с атеросклерозом (Huang B. и соавт., 2011; Ikeda A. и соавт., 2013; Franceschi F. и соавт., 2014; Hughes W.S., 2014). Интересная связь замечена также с некоторыми неврологическими заболеваниями, включая инсульт, болезнь Альцгеймера и идиопатическую болезнь Паркинсона (Roubaud-Baudron C. и соавт., 2012; Dobbs S.M. и соавт., 2013; Vu X.L. и соавт., 2015). Однако эти ассоциации недостаточны для того, чтобы установить причинно-следственные или терапевтические связи. Была описана обратная взаимосвязь между снижающимся уровнем *Нр*-инфекции в некоторых странах и ростом распространённости ожирения и астмы (Engler D.V. и соавт., 2014). В большом популяционном японском исследовании эрадикация *Нр* ассоциировалась с последующим достоверным увеличением индекса массы тела (Lane J.A. и соавт., 2011). Ряд исследований выявил отрицательную связь между *Нр* и астмой и другими atopическими состояниями.

Утверждение 12. Эрадикация *H. pylori* является терапией первой линии в лечении локализованной стадии мальтомы желудка (уровень доказательности: умеренный; степень рекомендации: сильная).

Локализованная стадия мальтомы желудка сильно ассоциирована с *Нр*. На ранней стадии низкодифференцированная мальтома в 60-80% случаев может быть излечена эрадикационной терапией (Nakamura S. и соавт., 2012). В

более поздних стадиях эрадикация обычно неэффективна, в связи с чем требуется адъювантная и альтернативная терапия. Пациенты с мальтомой подвержены повышенному риску развития аденокарциномы, причём у большинства из них имеются предраковые поражения желудка (Capelle L.G. и соавт., 2008; Capelle L.G. и соавт., 2012). Все пациенты после эрадикации нуждаются в интенсивном наблюдении (Fischbach W. и соавт., 2007). В случае, если опухоль не ответила на лечение и/или прогрессирует, необходима альтернативная терапия (химиотерапия, радиотерапия).

Литература

1. Goddard A.F., James M.W., McIntyre A.S., et al. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. // *Gut*. – 2011. – Vol. 60. – P. 1309–1316.
2. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., et al.; on behalf of the European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of Helicobacter pylori infection - the Maastricht V/Florence Consensus Report. // *Gut*. – 2017. – Vol. 66(1). - P. 6-30.
3. Neunert C., Lim W., Crowther M., et al. The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia. // *Blood*. – 2011. – Vol. 117. – P. 4190–4207.
4. Provan D., Stasi R., Newland A.C., et al. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. // *Blood*. – 2010. – Vol. 115. – P. 168–186.
5. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J., et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. // *Gut*. – 2015. – Vol. 64. – P. 1353–1367.
6. Tack J., Talley N.J., Camilleri M., et al. Functional gastroduodenal disorders. // *Gastroenterology*. – 2006. – Vol. 130. – P. 1466–1479.

HELICOBACTER PYLORI INFECTION INDICATIONS AND ASSOCIATIONS: WHAT'S NEW?

Tomash O.V., Kolomiets V.V., Pivnev B.A., Tomash L.A., Sibilyov A.V.
M.Gorky Donetsk National Medical University

Summary. The article presents a new data on indications for H. pylori infection verification and its association with number of disorders according to the Maastricht consensus V recommendations. Statements 1-12 from working group «Indications/Associations» are detailed.

Keywords: Helicobacter pylori infection, Maastricht consensus V, indications, associations.

УДК: 616.248+615.81/83

КОМПЛЕКСНОЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Физиотерапевтические методы широко используются в лечении больных бронхиальной астмой. Воздействие физиотерапией на различные звенья патогенетического процесса (вегетативный баланс, состояние иммунной системы, уровень биологически активных веществ) приводит к высокой эффективности терапии. Нормализация вегетативной регуляции через снижение парасимпатического влияния и гипосенсибилизирующее действие обуславливает выбор физиотерапевтических методов. В то же время показатель вагосимпатического баланса является важным диагностическим критерием отбора больных для физиотерапии и контроля эффективности лечения.

Ключевые слова: Лазеропунктура, галотерапия, бронхиальная астма.

Бронхиальная астма (БА) широко распространенное во всем мире патология дыхательной системы. В последние десятилетия увеличивается заболеваемость БА, утяжеляется ее течение. Растет инвалидность и смертность среди пациентов БА [3,4]. Общепризнанным методом в настоящее время является медикаментозная терапия. Значительно повысить эффективность лекарственной терапии помогает физиотерапевтическое лечение. В реабилитации таких больных часто используются методы физиотерапии. Однако эффективность данных методов лечения не всегда высокая, что, по-видимому, связано с неправильным подбором методов и методик без учета исходного состояния пациентов, которое, как правило, должно определяется балансом отделов вегетативной нервной системы (ВНС) [3]. Правильный выбор методов физиотерапии с учетом сопутствующей патологии будет значительно улучшать результаты лечения больных БА.

Целью исследования явилось изучение эффективности комплексного лечения с использованием лазеропунктуры и аэрозольтерапии хлорида натрия больных БА.

Материалы и методы. Эффективность комплекса физиотерапевтического лечения была изучена у 46 больных БА в возрасте 28-50 лет. 10 больных получали традиционную лекарственную терапию и составили контрольную группу (2-ю). В основную группу (1-ю) были включены 36 больных, которым наряду с медикаментозной терапией назначали лазеротерапию и аэрозольтерапию хлорида натрия. Части больным 2-й группы (20 человек) назначали индивидуальную галотерапию (сухой аэрозоль NaCl) они составили 1-ю подгруппу. Во вторую подгруппу вошли 16 больных, которым наряду с лазеротерапией назначили ингаляции влажного аэрозоля NaCl. Всем больным проводился регулярный контроль АД, ЧСС, ЧД. Отмечались наличие и выраженность таких симптомов, как кашель, приступы удушья, одышки, определялась пиковая объемная скорость выдоха по данным пикфлоуметрии. Оценивалась функция внешнего дыхания. Определялась жизненную емкость легких (ЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1). Легкая степень обструкции расценивалась при $ОФВ1 > 70\%$ от должного, средняя – 50-69%, тяжелая – менее 49%.

Преобладание симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы изучали по опросникам Вейна с определением коэффициента вегетативного равновесия [4]. Значение коэффициента ниже 1,09 трактовалось как парасимпатикотония, а при коэффициенте выше 1,19 - симпатикотония. В основную и контрольную группы были отобраны пациенты БА на фоне преобладания парасимпатического отдела нервной системы. С учетом стресс-индуцирующего эффекта лазерного излучения проводили лазеропунктуру [2,3]. Использовали лазер ВТЛ-2000 инфракрасного диапазона, экспозиция на точку 20-30 сек, 2-4 точки на процедуру. Лазеропунктуру проводили на точки: P2, P5, P7, GI4, E15, E36, V11, V12, V42, R27, VB20. Назначали также ингаляцию сухого аэрозоля NaCl с использованием настольного галогенератора и влажного аэрозоля с применением небулайзера

компрессорного типа [4]. Настольный генератор назначали на 2-4 часа в день, для проведения влажной аэрозольтерапии использовали 0,9% раствор NaCl объемом 5 мл на ингаляцию, 10 процедур на курс.

Результаты и их обсуждение. При нарушении вегетативной регуляции формируется обструктивный синдром с различными клиническими проявлениями. Усиление парасимпатической системы клинически проявлялось хроническим кашлем с большим количеством мокроты, пастозностью, брадикардией, подъемом преимущественно диастолического АД.

В результате применения лазеропунктуры и галотерапии у многих больных уменьшилось ощущение одышки, снижалась потребность в бронхолитиках, улучшалось общее самочувствие. В сравнении со 2-й группой больных, получавших только медикаментозную терапию, улучшение в группе больных с лазеропунктурой наступало в среднем на 3-5 дней раньше.

Положительные изменения параметров функции внешнего дыхания в каждой группе пациентов отражало уменьшение обструктивных нарушений воздухопроводящих путей.

Динамика основных показателей функции внешнего дыхания под влиянием лечения лазерным облучением и галотерапией представлена в таблице 1.

Таблица 1

Показатели		Группы и подгруппы		
		Основная	Подгруппа 1 контрольная	Подгруппа 2 контрольная
ЖЕЛ, % к долж	До лечения	100,1±3,9	100,9±3,4	99,1±2,7
	После лечения	102,1±6,4	113,1±3,0*	106,1±3,3*
ОФВ 1, % к долж	До лечения	64,6±8,9	65,2±5,8	68,2±5,5
	После лечения	68,4±9,4	79,6±3,4*	72,7±8,1
Индекс Тиффно, %	До лечения	66,8±5,4	67,9±2,4	60,1±5,2
	После лечения	74,4±5,8	82,8±3,8*	66,4±5,3

Примечания.* P<0,05 в сравнении до и после лечения

По данным исследования ФВД до лечения легкая степень бронхиальной обструкции отмечалась у 17 человек, средняя – у 9 человек основной группы. При повторном исследовании ФВД через 20 дней после проведенного комплексного лечения нарастания степени бронхиальной обструкции не отмечалось. Более того, увеличилось число пациентов с легкой степенью обструкции. Значительно снизилось число приступов бронхиальной астмы, уменьшилась одышка.

Проведенная дифференцированная, в зависимости от вегетативного баланса, физиотерапия приводила к нормализации коэффициента вагосимпатического равновесия с 4-5 сеанса физиотерапевтического лечения. При этом наблюдалось снижение парасимпатического влияния или повышение симпатического влияния с выравниванием данного коэффициента.

Клинически у пациентов основной группы выявлялось более раннее улучшение общего самочувствия, быстрее нормализовался сон, уменьшалась интенсивность кашля, в сравнении с пациентами контрольной группы в среднем на 5-7 дней, что связано с улучшением показателей вегетативного

баланса у больных, получавших комплексное 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 БА определяется исходным вегетативным тонусом. Адаптационные воздействия физическими факторами патогенетически обоснованы на фоне преобладания парасимпатической нервной системы. Влияние физиотерапевтического лечения направлено на нормализацию вегетативной регуляции через снижение парасимпатического влияния. Использование лазеротерапии и аэрозольтерапии 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. Авдеев С.Н. Использование небулайзеров в клинической практике// Русский мед. журнал- 2011.-№5.- с.189-196.
2. Крючкова, А. В. Изменение клинических и лабораторных показателей под воздействием лазеротерапии у больных ишемической болезнью сердца с сопутствующей бронхиальной астмой / А. В. Крючкова, И. А. Полетаева, Е. С. Грошева. // Вестник новых медицинских технологий. - Тула, 2013г. т.20 N 2 С.243-246
3. Спортивная медицина. Под общ.ред. В.Н.Сокрута, В.Н.Казакова.- Донецк, 2009.- С.137-182
4. Торохин М.Д. Спелеотерапия больных бронхиальной астмой.- Киев, 1987 – 95с.

COMPLEX PHYSIOTHERAPEUTIC TREATMENT OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Shvirenko I., Povazhnaya E., Zubenko I., Peklun I., Tereschenko I., Tomachinskaya L.
M.Gorky Donetsk National Medical University

Summary. Physiotherapeutic treatment increases the efficiency of therapy of patients with bronchial asthma. Physical therapy affects the various links of the disease pathogenesis (the vegetative balance, the state of the immune system, the level of biologically active substances). Normalization of vegetative regulation is due to a decrease of parasympathetic influence and a desensitizing effect. It is determined the choice of physiotherapeutic agents. The index of the vago-sympathetic balance is an important diagnostic criterion for selecting patients for physiotherapy and controlling the effectiveness of treatment.

Keywords: laser puncture, halotherapy, bronchial asthma.

УДК 618.173-08-039.34

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

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

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.

Резюме. 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, аэроонотерапия. 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, аэроонизация.

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 – с. 198/

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 климактерических нарушений 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.

Обменно-эндокринные расстройства у женщины в климактерический период обуславливают возникновение вегето-сосудистых 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.

Многие специалисты по ароматерапии сравнивают роль растительных эфирных масел с ролью гормонов (фитогормоны), и существует много данных, подтверждающих это.

Ароматерапия – метод, ближайший к методам восстановительной медицины, иглофлексотерапии, йоги. Она нормализует психическое состояние пациента, улучшает циркуляцию крови и лимфатической жидкости, гормонизирует 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 капали 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 капали – 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.

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

Литература

1. К.Мак-Гилвери и Д.Рид. Основы ароматерапии // Перевод с англ. Ю.Г.Сандалова – М.Росмэн, 1997, с.96
2. Шимановский Н.А. Заместительная гормонотерапия при менопаузе у женщин // ММЖ, 1999 г., №1, с.93-97.
3. Ванда Селлар, Энциклопедия эфирных масел Издательство: ФАИР-ПРЕСС, 2005г., 400с.

MEDICAL REHABILITATION WITHIN CLIMACTERIC SYNDROME

Tomachinskaya L.P. Kabanova N.V. Povagnaya E.C.

M.Gorky Donetsk National Medical University

Summary. 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, aeroionotherapy. 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 women climacteric disorder treatment may be considered as forward-looking method of impact.

Key words: climacteric disorder, aromatherapy, neck massage, aromatic baths, aeroionization.