



VI Международная научная конференция

МЕДИЦИНА: ВЫЗОВЫ СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ



Санкт-Петербург

УДК 61

ББК 5

М42

Главный редактор: *И. Г. Ахметов*

Редакционная коллегия сборника:

М. Н. Ахметова, Ю. В. Иванова, А. В. Каленский, В. А. Куташов, К. С. Лактионов, Н. М. Сараева, Т. К. Абдрасилов, О. А. Авдеюк, О. Т. Айдаров, Т. И. Алиева, В. В. Ахметова, В. С. Брезгин, О. Е. Данилов, А. В. Дёмин, К. В. Дядюн, К. В. Желнова, Т. П. Жуйкова, Х. О. Жураев, М. А. Игнатова, К. К. Калдыбай, А. А. Кенесов, В. В. Коварда, М. Г. Комогорцев, А. В. Котляров, В. М. Кузьмина, К. И. Курпаяниди, С. А. Кучерявенко, Е. В. Лескова, И. А. Makeева, Т. В. Матроскина, Е. В. Матвиенко, М. С. Матусевич, У. А. Мусаева, М. О. Насимов, Б. Ж. Паридинова, Г. Б. Прончев, А. М. Семахин, А. Э. Сенцов, Н. С. Сенюшкин, Е. И. Титова, И. Г. Ткаченко, С. Ф. Фозилов, А. С. Яхина, С. Н. Ячинова

Международный редакционный совет:

З. Г. Айрян (Армения), П. Л. Арошидзе (Грузия), З. В. Атаев (Россия), К. М. Ахмеденов (Казахстан), Б. Б. Бидова (Россия), В. В. Борисов (Украина), Г. Ц. Велковска (Болгария), Т. Гайич (Сербия), А. Данатаров (Туркменистан), А. М. Данилов (Россия), А. А. Демидов (Россия), З. Р. Досманбетова (Казахстан), А. М. Ешиев (Кыргызстан), С. П. Жолдошев (Кыргызстан), Н. С. Игисинов (Казахстан), К. Б. Кадыров (Узбекистан), И. Б. Кайгородов (Бразилия), А. В. Каленский (Россия), О. А. Козырева (Россия), Е. П. Колпак (Россия), А. Н. Кошербаева (Казахстан) К. И. Курпаяниди (Узбекистан), В. А. Куташов (Россия), Лю Цзюань (Китай), Л. В. Малес (Украина), М. А. Нагервадзе (Грузия), Ф. А. Нурмамедли (Азербайджан), Н. Я. Прокопьев (Россия), М. А. Прокофьева (Казахстан), Р. Ю. Рахматуллин (Россия), М. Б. Ребезов (Россия), Ю. Г. Сорока (Украина), Г. Н. Узаков (Узбекистан), Н. Х. Хоналиев (Таджикистан), А. Хоссейни (Иран), А. К. Шарипов (Казахстан), З. Н. Шуклина (Россия)

Медицина: вызовы сегодняшнего дня : материалы VI Междунар. науч. конф. (г. Санкт-М42 Петербург, ноябрь 2019 г.). — СПб. : Свое издательство, 2019. — iv, 34 с.

ISBN 978-5-4386-1798-3

В сборнике представлены материалы VI Международной научной конференции «Медицина: вызовы сегодняшнего дня».

Предназначен для научных работников, преподавателей, аспирантов и студентов медицинских и фармацевтических специальностей, а также для широкого круга читателей.

УДК 61

ББК 5

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Помогаев К.В.

Пальмовое масло – вопрос жизни и смерти нации. 1

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Конечная Д.И., Костенков А.А.

Фибромиалгия: современные подходы к проблеме 5

Писаренко Е.А., Никитин Д.А., Никитина Е.В., Пересада О.А.

Сравнительная оценка коррекции плацентарных нарушений с применением цитофлавина 7

Шатова Е.А.

Логопедия как часть комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба. Работа медицинской сестры с пациентами. 12

ФАРМАКОЛОГИЯ

Авсиевич В.Н.

Анализ использования запрещенных препаратов спортсменами Казахстана 19

Аминов С.Д., Олимов Ш.Ш., Магруппова С.Р.

Особенности лечения женщин, страдающих хроническим гломерулонефритом 24

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

Соболева М.Е.

Информированное добровольное согласие, оформление для услуг телемедицины и ответственность за дефекты в оформлении 27

ПРОЧИЕ ОТРАСЛИ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Демиденко В.А., Демиденко Е.А.

Методика комплексного медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава 30

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пальмовое масло — вопрос жизни и смерти нации

Помогаев Кирилл Вадимович, студент

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева (г. Саранск)

В статье рассматриваются вопросы применения пальмового масла. Анализируются его польза и вред, оказываемые на организм человека. Приводятся статистические данные по импорту Российской Федерацией пальмового масла с 1995 по 2017 годы, а также статистика роста онкологических заболеваний за этот период.

Ключевые слова: пальмовое масло, глицидиловые эфиры, канцерогенный эффект.

Вопросы использования пальмового масла сейчас активно обсуждаются в нашей стране, поэтому анализ его полезности и вреда очень актуален.

К сожалению, репутация этой продукции сильно запятана производителями фальсифицированных продуктов питания. Есть ли достаточные данные о его безопасности для здоровья, или дальнейшие исследования? Попробуем объективно разобраться в потоке информации.

Это глобально торгуемый сельскохозяйственный товар, который используется на многих различных потребительских товарах. Это настолько жизненно важный товар, что 50% продуктов, которые вы найдете в супермаркете, содержат пальмовое масло.

Производство пальмового масла является очень прибыльной отраслью. Благодаря своей дешевизне и длительному сроку хранения пальмовое масло стало одним из самых востребованных видов растительного масла в мире.

Сегодня невозможно не есть пальмовое масло — оно есть практически везде. В так называемых молочных продуктах, кондитерке, чипсах, фастфуде, соусах. Многие современные рецептуры не обходятся без пальмового масла. Оно также частично заменяет молочный жир. Вообще проще перечислить те продукты, в которых нет пальмового масла, чем те, в которых оно присутствует.

Применение пальмового масла не ограничивается пищевой промышленностью. Его также используют в косметике, где оно входит в составы средств для ухода за сухой и увядающей кожей, чтобы смягчить и увлажнить кожу.

О пользе пальмового масла

Если говорить о его пользе, то, прежде всего, нужно подчеркнуть, что оно содержит большое количество каротиноидов, мощных антиоксидантов, имеющих большое значение

для организма человека. Каротиноиды оказывают положительное влияние на поврежденные волосы и кожу. Так его используют многие известные косметические компании.

Пальмовое масло является лидером по содержанию витамина Е, в состав которого входят токотриенолы и токоферол. Токотриенолы крайне редко встречаются в растениях, они борются со свободными радикалами, которые провоцируют появление рака. [1]

Пальмовое масло богато триглицеринами, которые усваиваются очень быстро в печени, где идут на выработку энергии.

Также в пальмовом масле много ненасыщенных жиров: олеиновой и линолевой кислот, которые способствуют снижению уровня холестерина в крови. Эти кислоты участвуют в структуризации костей, суставов и здоровой кожи.

Провитамин А участвует в выработке зрительного пигмента сетчатки.

18 июля 2019 года внештатный диетолог Минздрава России Виктор Тутельян заявил, что «пальмовое масло само по себе не является вредным продуктом. Однако производители и применяемые ими способы транспортировки и очистки вызывают вопросы. Пальмовое масло так же безопасно, как другие растительные масла, пояснил он. В нем нет полиненасыщенных жирных кислот, поэтому оно хорошо для профилактики развития атеросклероза, нарушений липидного обмена. Но при неправильной перевозке все полезные свойства теряются», — отметил Тутельян.

Вред пальмового масла

Как показывают результаты проверок, пальмовое масло, используемое в пищевой промышленности, часто оказывается «техническим», с превышением в десять раз европейских норм по содержанию опасных канцерогенов,

признанных очень токсичным ядом — так называемых глицидиловых эфиров (GE). Роспотребнадзор не реагирует на это, так как в нашей стране содержание GE в продукции не регулируется вообще никакими нормами.

Глицидол согласно принятым в 2008 году санитарным правилам отнесен к высокоопасным ядам класса А2

и канцерогенам, провоцирующим развитие многих видов рака, а кроме того, способным менять генетический код клетки. Усвоение организмом пальмового масла оценивается в 97%. Канцерогенный эффект сохраняется даже при проникновении через кожные покровы, поэтому косметика на его основе также опасна. [5]

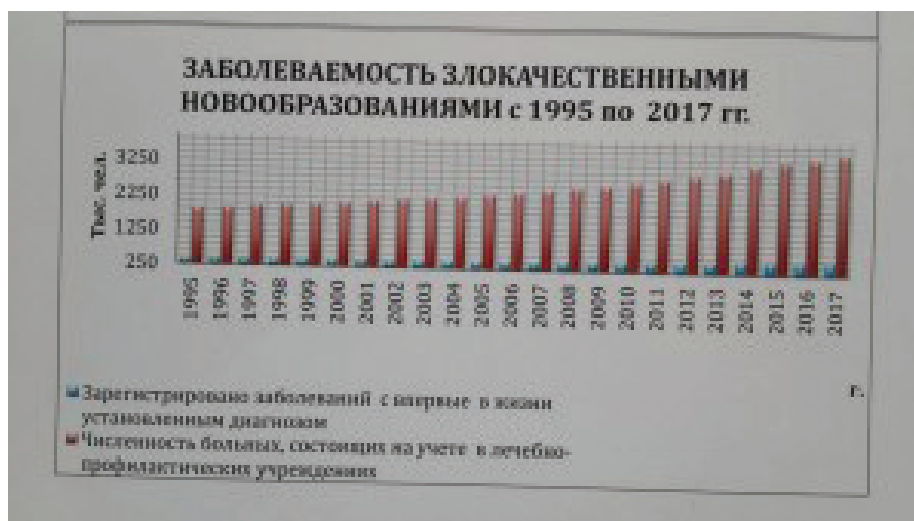


Рис. 1. Заболеваемость злокачественными новообразованиями с 1995 по 2017 гг.

Резкий рост онкологических заболеваний за последние годы (Рис. 1) можно не без основания связать с массовым потреблением пальмового масла, ведь глицидиловые эфиры являются сильнейшими канцерогенами. Опасность усиливается тем, что GE не имеют вкуса, обладают прозрачностью и прекрасной растворимостью в воде. [6]

Пальмовое масло является тугоплавким, из этого следует, что оно перерабатывается и выводится из орга-

низма человека частично, основная часть остается в виде шлаков, закрывающих кровеносные сосуды, кишечник и другие важные органы. [1]

Ввозу технического пальмового масла в нашу страну не препятствует ничего. В 2017 году в Россию было ввезено 892 тысячи тонн пальмового масла (Рис. 2), а в 2018 году — уже более 1 миллиона тонн.

По данным Роспотребнадзора крупнейшим покупателем пальмового масла в России является компания



Рис. 2. Импорт Российской Федерации пальмового масла с 1995 по 2017 гг.

«ЭФКО». За два последних года доля импортируемых ею тропических масел составила 64,5%.

В ведомстве отметили, что «ЭФКО» является крупнейшим в стране производителем жиров специального назначения, а также майонеза, растительного масла и кетчупа. Свою продукцию она выпускает под брендами «Слобода» и «Альтеро».

Хочется обратить внимание на недопустимость пальмового масла в рационе детей, так как организм ребенка не может извлечь питательные вещества, и оно не полностью усваивается. Нельзя включать канцерогены в детский рацион. Организм ребенка еще не готов к таким нагрузкам.

Пальмовое масло вредно или полезно?

Удивительно, но польза и вред от масла сопоставимы. Например, из-за насыщенных жиров потребление масла вызывает проблемы с сердцем, но в то же время оно содержит витамины А и Е, которые делают пальмовое масло полезным для профилактики заболеваний сердца и рака. Однако пальмовое масло является самым сильным канцерогеном и повышает риск развития рака. Пальмовое масло ценится за содержание в нем линолевой кислоты, но в то же время ее значительно меньше, чем в других маслах. Странное сочетание полезных и вредных свойств объясняется тем, что пальмовое масло бывает нескольких сортов. [6]

Виды пальмового масла

Самым полезным и натуральным является красное пальмовое масло. Для получения используют щадящую технику, при которой сохраняется большая часть питательных веществ. Это масло красного цвета из-за высокого содержания каротина (он придает оранжевый цвет моркови и красным помидорам). [5]

Исследователи пришли к выводу, что в процессе переработки пальмового масла из него выводятся питательные вещества. А в необработанном красном пальмовом масле содержится питательных веществ огромное количество.

Рафинированное и дезодорированное пальмовое масло является еще одним продуктом. Оно не имеет никакого запаха и цвета. Это сделано специально для использования в пищевой промышленности. Существует стандарт, который оговаривает требования к пищевому пальмовому маслу. Это масло обладает теми же полезными свойствами, что и красное пальмовое масло, но в гораздо меньших количествах. [5]

Существует еще один вид пальмового масла — техническое, которое используется для производства косметики, мыла и многого другого. Это масло в пять раз дешевле, чем другие виды пальмового масла. Он отличается от пищевого масла кислотнo-жировым составом. Благодаря низкой степени очистки техническое пальмовое масло содержит много вредных окисленных жиров. Бы-

вает, что недобросовестные производители добавляют это масло в другие продукты, в которых при употреблении в организме человека происходит накопление свободных радикалов, вызывающих рак. Использование технического пальмового масла приводит к образованию холестериновых бляшек. [5]

Говоря о вреде пальмового масла, в основном речь идет о техническом масле. И надо понимать, что при покупке продукции, в которой указано наличие пальмового масла, вполне вероятно получение продукта, содержащего техническое масло. Но при использовании особых методик фальсификаторами выявить пальмовое масло в продукции крайне тяжело.

Заключение

В 17-м веке жил святой Косма Этолийский, который сказал: «Тарелки ваши будут наполнены до краев, но еду невозможно будет есть».

Вот такая история. Неужели греческий пророк прав?

Евгений Федоров, Депутат Государственной Думы Российской Федерации, член комитета по бюджету и налогам, о пищевом геноциде в России, о том как решить эту проблему, 23 сентября 2019 г. заявил на пресс-конференции на тему «Пальмовое масло с глицидиловыми эфирами: меры госконтроля в РФ». Массовое использование технического пальмового масла в продуктах питания Федоров называет «пищевым терроризмом» и «геноцидом русского народа». «Мы питаемся с помойки. Сегодня техническое пальмовое масло беспрепятственно ввозится в нашу страну. Чешские специалисты, проверившие российскую молочную продукцию, вынесли вердикт «особо опасно» и сказали, что у них ее бы тут же изъяли из оборота. Наш Роспотребнадзор по фактам этой проверки заявил, что повода для беспокойства нет», — говорит депутат. [4]

В Совете Федерации предложили выявлять пальмовое масло в молочных продуктах с помощью электронной системы ветсертификации в молочной отрасли «Меркурий». Соответствующую инициативу изложил глава комитета Совфеда по экономической политике Андрей Кутепов в послании, адресованном министру экономического развития России Максиму Орешкину. Система «Меркурий» заработала в России с 1 июля 2018 года, согласно ей сопроводяться электронными ветеринарными сертификатами должны сельскохозяйственное сырье, некоторые готовые продукты животного происхождения и некоторые злаки. [2]

«В 2019 году вводится автоматизированная система «Меркурий» в молочной промышленности (контроль сырья и продуктов при их производстве, обороте и перемещении). Предложение заключается в том, чтобы система «Меркурий» контролировала не только молоко, но и пальмовое масло», — указано в законодательных предложениях.

Остается надеяться, что эту актуальнейшую проблему жизни и смерти нации наши органы государственной власти все-таки попытаются решить в ближайшее время.

Литература:

1. Высокогорский В. Е. Биохимия: учеб. пособие. Ч. 1 / В. Е. Высокогорский, Т. Д. Воронова, В. Г. Купор, 2008. — 113 с.
2. Газета «Известия». «В СФ предложили способ выявления пальмового масла в молочных продуктах». 30.09.2019.
3. Мамонтов С. Г. Биология: учеб. для вузов / С. Г. Мамонтов, В. Б. Захаров, Т. А. Козлова. — 3-е изд., стер. — М.: Академия, 2008. — 567 с.
4. Материалы пресс-конференции на тему: «Пальмовое масло с глицидиловыми эфирами: меры госконтроля в РФ». 23.09.2019.
5. А. Рыбаков. «Крестьянские ведомости». 26.09.2019.
6. Степанов В. М. Молекулярная биология. Структура и функции белков [Электронный ресурс]: учебник / В. М. Степанов. — 3-е изд. — М.: Изд-во МГУ: Наука, 2005. — 336 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Фибромиалгия: современные подходы к проблеме

Конечная Дарья Ильинична, студент;
Костенков Антон Андреевич, студент
Северный государственный медицинский университет (г. Архангельск)

Ключевые слова: фибромиалгия, болевой синдром, нарушение сна.

Фибромиалгия является достаточно частым заболеванием, при этом диагностируют его далеко не во всех случаях. Распознать пациента с фибромиалгией достаточно сложно, поскольку в большинстве случаев кроме анамнеза и жалоб самого больного у врача нет никаких данных за эту патологию. Пациенты с данным синдромом могут встретиться в практике врача любой специальности, поэтому изучение патогенеза, диагностики и терапии фибромиалгии не теряет актуальности.

Фибромиалгия — это распространенный хронический болевой синдром, для которого характерны наличие болевых точек и генерализованные боли, что является основной причиной обращения пациентов. Так же фибромиалгии сопутствуют различные по своим проявлениям соматические симптомы, что делает постановку этого диагноза достаточно затруднительной. Источником болевых ощущений является фиброзно-мышечная ткань различной локализации, но чаще всего поражаются область затылка, шея, нижняя часть спины, область плечевых суставов.

В России диагноз фибромиалгии ставится редко, так как часто не распознается ввиду отсутствия достоверных признаков заболевания. Довольно часто пациенты наблюдаются у психиатров, поскольку для больных данной патологией характерны психолого-психиатрические проблемы: тревога, депрессия, нарушение сна. При этом болевой синдром рассматривается как вторичное проявление основного заболевания и такие пациенты в поле зрения неврологов не попадают. По данным мировой статистики заболевание у женщин встречается в 7 раз чаще, преимущественно в возрасте 55–65 лет. Для мужчин возрастной диапазон достаточно широкий 35–65 лет.

В патогенезе играют роль совокупность факторов: физиология мышц, нервов, гормональный фон, воспалительные маркеры, генетическая предрасположенность. Развитию данного заболевания могут способствовать также системные инфекции. На данный момент считают, что фибромиалгия является расстройством болевой чувствительности центрального генеза, которая обусловлена слабостью антиноцицептивной системы. Болевой

порог у пациентов значительно снижается, и они становятся чувствительны к любой болевой стимуляции из-за наличия сенсебилизации центральной и периферической нервной системы. Слабые ноцицептивные (болевые) сигналы с периферии, не несущие информации о значимых повреждениях тканей, на уровне со значимыми доходят до уровня коры головного мозга. В норме слабые сигналы подавляются на уровне заднего рога спинного мозга. При фибромиалгии такого подавления не происходит, подтверждением чему является эффект препаратов, активирующих антиноцицептивную систему (ГАМК — эргические, опиоиды, серотонинергические, блокаторы натриевых каналов), и немедикаментозных средств воздействия, имеющих ту же точку приложения (фитнес-программа, когнитивно-поведенческая терапия, мышечно-релаксационные техники) [3].

Как уже было сказано ранее, основной признак фибромиалгии — разлитая костно-мышечная боль. Боль считается разлитой, если она присутствует в различных анатомических участках правой и левой половины тела выше и ниже пояса, а также — в проекции позвоночника. [2] Диагноз фибромиалгии следует предполагать у пациентов, которые имели генерализованную боль в течение более 3 месяцев, особенно если она сопровождалась различными соматическими симптомами.

Из проводимых исследований известно, что у 96% от общего числа больных помимо болевого синдрома имеются жалобы на нарушение сна: трудности засыпания, частые ночные пробуждения, отсутствие чувства восстановления после сна, поверхностный сон. Из жалоб неврологического характера наиболее часто встречаются нарушение концентрации внимания, потеря ориентации, атаксия и нарушение зрительного восприятия, а у 30% пациентов развивается «синдром беспокойных ног» (присутствие непреодолимого желание изменить положение ног) [1]. Головные боли по типу мигрени отмечает более половины всех пациентов. Жалобы на быструю утомляемость предъявляют 87% больных.

При гистологических исследованиях биоптата икроножной мышцы пациента с фибромиалгией выявляют

изменения: в периферической нервной системе имеется вакуолизация швановских клеток, отмечают меньший диаметр аксонов, складчатые структуры в немиелинизованных нервных волокнах, увеличение количества NR2D рецепторов к глутамату. При проведении глобальной ЭМГ наблюдают усиление содружественного сокращения мышц на 30% по сравнению с нормой. По лабораторным данным определяют дефицит гормона роста и инсулиноподобного фактора роста, повышается уровень ИЛ1, ИЛ2, ИЛ6, ИЛ8, при этом медикаментозное снижение уровня ИЛ8 коррелирует со снижением интенсивности боли [1].

До 2010 года для диагностики фибромиалгии активно использовались критерии, разработанные Американским колледжем ревматологов 1990 года. В основе критериев были 18 болезненных точек в скелетных мышцах, диагноз фибромиалгии ставился при наличии 11 из них. На сегодняшний день доказано, что для фибромиалгии характерно не только наличие болезненных точек, но и присутствие иных церебральных симптомов, подтверждающих ведущую роль дисфункциональной патологии ЦНС. В связи с этим в 2010 году были сформулированы новые диагностические критерии, которые на данный момент являются предварительными и в широкой клинической практике не используются) [3].

На сегодняшний день для лечения активно используют антидепрессанты, которые согласно рекомендациям по лечению фибромиалгии 2010 года являются препаратом выбора. Чаще всего назначают Милнаципран (Иксел) 100–200 мг в сутки или Дулоксетин (Симбалта) 60–120 мг на ночь 1 раз в сутки. В России наравне с антидепрессантами для лечения фибромиалгии назначают атипичные нейролептики. Масштабных испытаний препаратов этой группы в аспекте данной патологии не проводилось, но использование препарата Сераквель предварительно имеет положительный эффект, особенно для больных с тревожным синдромом.

В клинических испытаниях, проводимых США была доказана эффективность препарата Гептрал в дозе 800 мг для лечения фибромиалгии, поскольку он обладает не только гепатопротекторным действием, но и антидепрессивным. При нарушении сна назначают мелатонин в дозе 3 мг за 30 мин до сна.

Неопиоидные анальгетики (трамадол, пропоксифен, ацетаминофен, НПВП) могут быть полезны отдельным пациентам, однако в целом они малоэффективны, так как их применение снижает болевой синдром всего лишь на 30%.

Литература:

1. Телесеминар «Фибромиалгия». к.м.н., врач-невролог, врач функциональной диагностики Левицкий Глеб Николаевич. 01.02.2017 г.
2. Статья «Синдром первичной фибромиалгии: диагностика и лечение». Журнал «В мире лекарств» № 1 1999 А.Б. Зборовский, директор НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН (Волгоград), академик РАМН А.Р. Бабаева, д.м.н.

Доказано, что применение витаминов группы В не эффективно для больных данной патологией, в отличие от витамина С, применение которого в дозе 500 мг в день заметно снижает симптомы заболевания.

При фибромиалгии возможно использование Хлореллы в дозе 10 мг (таблетированная форма) и 100 мг жидкости в день. Были проведены клинические испытания данного средства, которые регистрируют улучшение состояния пациентов после его приема. Наблюдается положительная динамика по шкале оценки общего состояния, по шкале выраженности утомления, по шкале оценки левого синдрома. Также регистрируется уменьшение количества болевых точек при приеме Хлореллы.

Основную роль в лечении фибромиалгии играют когнитивно-поведенческая терапия, оперативно-поведенческая терапия, силовые упражнения, упражнения, упражнения на растяжение 30 мин в день. Рекомендуется нормализация сна, а также мероприятия, направленные на борьбу со стрессом (упражнения с глубоким дыханием, медитация).

Для лечения фибромиалгии в РФ в 1999 году были рекомендованы активаторы фосфорилэз, препараты янтарной кислоты (цитофлавин), половые гормоны (для женщин прогестерон, для мужчин андростерон) Клинические испытания данных препаратов не проводились, эффективность не доказана.

Массаж и иглорефлексотерапия не улучшают состояние пациентов. Новокаиновые блокады не купируют болевой синдром.

Закключение: Фибромиалгия — это состояние, которое диагностировать достаточно трудно, что связано с отсутствием у данной патологии специфических маркеров. Можно сказать, что в большинстве случаев это диагноз исключения и тщательный сбор анамнеза играет ведущую роль в его постановке. Если пациент обращается с жалобами на выраженные генерализованные боли в теле, нарушение сна, тревогу причиной данных симптомов не всегда являются психо-психиатрические проблемы, об этом важно помнить. Лечение фибромиалгии заключается в применении лекарственных средств, доказавших свою эффективность в клинических испытаниях. Группа препаратов, дающих значимую положительную динамику в лечении по сравнению с другими — это антидепрессанты. Лечение фибромиалгии основано на коллективной работе нескольких специалистов одновременно: невролога, психиатра, психолога, врача по лечебной физкультуре, а также консультации врачей-специалистов по сопутствующей патологии, имеющейся у пациента.

3. Статья «Фибромиалгия» Журнал LiveJournal Jan. 9th, 2017
4. Фибромиалгии (миофасциальный болевой синдром, фиброзит, фибромиозит) Joseph J. Biundo, MD, Clinical Professor of Medicine, Tulane Medical Center. Последний полный Февраль 2017.
5. статья «Синдром хронической распространенной боли — новая междисциплинарная проблема или компетенция врача общей практики?» О. В. Колоколов, И. В. Ситкали, С. Ж. Шахпазов, А. М. Колоколова Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия (журнал «Фарматека» № 5, 2018).

Сравнительная оценка коррекции плацентарных нарушений с применением цитофлавина

Писаренко Елена Анатольевна, кандидат медицинских наук, заведующий акушерским наблюдательным отделением; Никитин Дмитрий Анатольевич, кандидат медицинских наук, заведующий отделением патологии беременных Учреждение здравоохранения «6-я городская клиническая больница» г. Минска (Беларусь)

Никитина Елена Валентиновна, кандидат медицинских наук, доцент
Белорусский государственный медицинский университет (г. Минск)

Пересада Ольга Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор
Белорусская медицинская академия последипломного образования (г. Минск)

Установлено, что для коррекции плацентарных нарушений эффективно применение комплексного препарата — цитофлавин, назначение которого приводит к нормализации доплерометрических показателей, к достоверному снижению скорости и степени агрегации эритроцитов; вязкости крови в сосудах микроциркуляторного русла; повышению коэффициента доставки кислорода; индекса деформируемости эритроцитов; снижению проокислительного потенциала эритроцитов.

Ключевые слова: беременность, плацентарная недостаточность, доплерометрия, агрегация эритроцитов, вязкость крови, перекисное окисление липидов (ПОЛ), цитофлавин.

It was established that for the correction of placental disorders effectively an cytoflavin, the purpose of which leads to the normalization doppler indicators to a significant reduction in the rate and extent of platelet aggregation; the viscosity of the blood; improve the ratio of oxygen delivery; the index of deformability of red blood cells; down oxidation potential of red blood cells.

Развитию плацентарных нарушений имеют место сочетанное действие патогенетических факторов: расстройство микроциркуляции в сосудах фетоплацентарного комплекса, связанное с активацией коагуляционного гемостаза; активизация процессов ПОЛ на фоне снижения антиоксидантной защиты сыворотки крови, приводящая к повреждающему действию на клеточные мембраны и повышению их проницаемости; изменение реологических свойств крови, связанное с повышением агрегационной активности эритроцитов, снижением деформируемости и повышением вязкости эритроцитарных мембран, повышением вязкости крови; развитие эндотелиальной дисфункции, с преобладанием маркеров вазоконстриктивного действия [1,5,8,9,10]. Анализ факторов патогенеза плацентарной недостаточности определяет необходимость назначения в терапии плацентарной дисфункции препаратов, снижающих тромбогенный риск, улучшающих реологические характеристики крови, процессы тканевого дыхания, нормализующих функцию эндотелия, обладающих мембраностабилизирующим и ан-

тигипоксическим действием. В связи с чем для коррекции плацентарных нарушений использована схема лечения, включающая препарат комплексного действия — цитофлавин [7,11].

Цитофлавин — комбинированный препарат, имеющий в своем составе янтарную кислоту (300 мг), рибоксин (50 мг), никотинамид (25 мг), рибофлавин (5 мг). Янтарная кислота является универсальным энергосинтезирующим метаболитом цикла Кребса, участвует в синтезе АТФ в клетке, активизирует процессы тканевого дыхания, аэробный гликолиз, транспорт электронов в митохондриях. Рибоксин (ионозин) является предшественником АТФ, активизирует ферменты цикла Кребса, участвующих в метаболизме янтарной кислоты. В условиях гипоксии активизирует обменные процессы, нормализует тканевое дыхание. Снижает агрегацию тромбоцитов, активизирует регенерацию тканей. Никотинамид (витамин РР) принимает участие в окислительно-восстановительных процессах клетки, тканевом дыхании, стимуляции синтеза АТФ, является компонентом био-

химических реакций метаболизма жиров, протеинов, аминокислот, пуринов. Рибофлавин (витамин В2) активно участвует в процессах обмена белка, углеводов, жиров. Рибофлавин принимает участие в образовании эритроцитов, активирует синтез флавиновых коферментов, взаимодействует с АТФ, способен регулировать окислительно-восстановительные процессы, в том числе и в клеточных мембранах. Таким образом, комплексный препарат цитофлавин обладает метаболическим, антигипоксантичным, антиоксидантным, мембраностабилизирующим действием [2,12].

Цель работы — оценка возможности использования цитофлавина в комплексном лечении плацентарных нарушений.

Материалы и методы исследования

Проведено клиническое, инструментальное, лабораторно-биофизическое обследование беременных, в рамках финансируемого научного проекта БР ФФИ. Для оценки эффективности проводимой терапии плацентарных нарушений, были выделены 2 группы беременных в третьем триместре гестации (по 20 человек в каждой), проходивших лечение на базе акушерского стационара УЗ «6-я городская клиническая больница» г. Минска. Диагноз устанавливался на основании данных ультразвукового исследования, доплерометрии [3,4,8]. Группы различались по схемам лечения ПН: Гр-Ст (стандартное лечение) и Гр-Ц (лечение цитофлавином).

С целью коррекции ПН беременные Гр-Ст получали стандартизированную комплексную терапию (улучшение микроциркуляции, спазмолитики, актовегин). Беременные из Гр-Ц получали терапию — инфузии раствора цитофлавина 10 мл в 200 мл физиологического раствора хлорида натрия, в/венно капельно со скоростью 2 мл/мин, 2 раза в сутки [7,11]; спазмолитики, терапию по улучшению микроциркуляции. Нужно также отметить, что пациентки двух исследуемых групп получали индивидуально, по показаниям, симптоматическую терапию (препараты железа, гипотензивную, седативную терапию, антибактериальную терапию).

В работе были использованы клиничко-инструментальные и лабораторно-биофизические методы исследования. УЗИ и доплерометрия проводились на диагностическом сканере «АЛОКА SSD-3500» (Япония); показатели свертывающей системы крови исследовались с помощью коагулометра

«Минилаб-701» (АО «Юнимед», Россия); показатели агрегационной активности эритроцитов — скорости СКАЭ, %/мин и степени агрегации СтАЭ, % эритроцитов определяли турбидиметрическим методом с помощью анализатора клеток AP 2110 (ОАО «Солар», Беларусь); исследование вязкости крови проводилось на ротационном вискозиметре АКР-2 (разработка МП «Космед», Россия) при скоростях сдвига 198 и 26,4 с-1; содержание продуктов перекисного окисления липидов оценивалось по

уровню спектрофотометрического накопления ТБК-активных веществ в условиях спонтанного и индуцированного (в Fe^{2+} + аскорбатной системе) [3,4,6].

Обе группы наблюдения были исследованы на предмет выявления статистически достоверных различий до и после проведенного лечения по клиническим и лабораторным данным. Исследования проводились в 1-е сутки поступления пациентки в акушерский стационар и на 7-е сутки после проведения инфузионной терапии.

Контингент пациенток обеих групп не имел достоверного различия по возрасту, перенесенным гинекологическим и экстрагенитальным заболеваниям. Возраст пациенток Гр-Ст составил 28,5 лет (медиана), возраст пациенток Гр-Ц составил 28 лет (медиана). Медиана срока беременности, в котором проводилось лечение ПН в Гр-Ст, составила 35 недель, а в Гр-Ц 34,5 недели. У беременных обеих групп были выявлены факторы риска развития плацентарных нарушений — социально-бытовые (возраст более 35 лет, вредные привычки, условия труда), анамнестические (отягощенный акушерско-гинекологический и соматический анамнез), осложненное течение беременности. Возраст старше 35 лет отмечен у 4 (20%) пациенток из Гр-Ст и у 5 (25%) пациенток из Гр-Ц; хроническая никотиновая интоксикация выявлена у 3 (15%) пациенток из Гр-Ст и 2 (10%) из Гр-Ц; вредные условия труда имели 4 (20%) пациентки из Гр-Ст и 6 (30%) из Гр-Ц; репродуктивные потери в анамнезе имели 7 (35%) пациенток из Гр-Ст и 9 (45%) из Гр-Ц. Анализ гинекологического анамнеза выявил нарушения менструальной функции у 6 (30%) пациенток из Гр-Ст и 4 (20%) из Гр-Ц, воспалительные заболевания женских половых органов у 9 (45%) пациенток из Гр-Ст и 8 (40%) из Гр-Ц, миома матки была диагностирована у 2 пациенток (10%) в каждой группе, бесплодие в анамнезе имели 3 (15%) из Гр-Ст и 2 (10%) из Гр-Ц. Экстрагенитальная патология сопровождала беременность у пациенток обеих групп: заболевания сердечно-сосудистой системы отмечены у 6 (30%) пациенток из Гр-Ст и 8 (4%) из Гр-Ц, хронический пиелонефрит — у 3 (15%) пациенток из Гр-Ст и 4 (20%) из Гр-Ц, варикозное расширение вен нижних конечностей — у 2 (10%) пациенток из Гр-Ст и 4 (20%) из Гр-Ц, заболевания щитовидной железы — у 5 (25%) пациенток из Гр-Ст и 7 (35%) из Гр-Ц, ХНЗЛ-ту 2 (10%) пациенток из Гр-Ст и 1 (5%) из Гр-Ц. В течении настоящей беременности была установлена частота позднего гестоза — у 4 пациенток (20%) из Гр-Ст и 5 (25%) из Гр-Ц, угрозы самопроизвольного выкидыша — у 9 (45%) и у 7 (35%) из Гр-Ц и преждевременных родов — у 11 (55%) из Гр-Ст и у 13 (65%) из Гр-Ц, гестационного пиелонефрита — у 2 (10%) из Гр-Ст и у 3 (15%) из Гр-Ц, анемии беременных — у 9 (45%) из Гр-Ст и 12 (60%) из Гр-Ц.

До проведения терапии обе группы сравнивались по степени клинического проявления плацентарных нарушений на основании данных УЗИ и доплерометрии (данные сравнения представлены в таблице 1 и 2).

Таблица 1

Проявление степени плацентарных нарушений (по данным УЗИ и доплерометрии) у беременных групп стандартного лечения (Гр-Ст) и лечения цитофлавином (Гр-Ц) до начала вазоактивной терапии

Клинические проявления ПН	Гр-Ст, n=20		Гр-Ц, n=20		Уровень значимости P<0,05
	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	
СЗРП 1 степени	13	65	11	55	P>0,05
СЗРП 2 степени	7	35	9	45	P>0,05
Нарушение МППК1а степени	10	50	9	45	P>0,05
Нарушение МППК1б степени	8	40	8	40	P>0,05
Нарушение МППК 2 степени	2	10	3	15	P>0,05

Значимых различий между группами выявлено не было, следовательно, уровень плацентарной дисфункции до начала вазоактивной терапии в обеих группах был идентичным.

Данные доплерометрических показателей до начала лечения и после проведения инфузионной терапии плацентарных нарушений у пациенток сравниваемых групп представлены в таблице 2.

Таблица 2

Динамика доплерометрических показателей в исследуемых группах до и после проведенного лечения, (X±Sx)

Показатель	Гр-Ст, n=20		Гр-Ц, n=20	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ИР правой маточн. артерии	0,656±0,091	0,577±0,061*	0,640±0,086	0,516±0,037*,**
ИР левой маточн. артерии	0,608±0,077	0,55±0,039*	0,576±0,051	0,503±0,032*
ИР артерии пуповины	0,729±0,084	0,688±0,062*	0,761±0,091	0,642±0,056*,**
ПИ в СМА	1,831±0,091	1,987±0,112*	1,894±0,113	2,099±0,098*

Примечание: * — P<0,05 по отношению к показателю до лечения; ** — P<0,05 по отношению к группе сравнения, ИР — индекс резистентности, ПИ в СМА — пульсовый индекс в средней мозговой артерии плода.

До проведения лечения плацентарных нарушений показатели индексов резистентности в маточных артериях, артерии пуповины и пульсового индекса в средней мозговой артерии плода статистически не отличались в двух сравниваемых группах (P>0,05). После проведенного лечения ПН по стандартной схеме и схеме, включающей цитофлавин выявлена положительная динамика в обеих группах сравнения по показателям доплерометрического исследования (P<0,05).

Показатели доплерометрии значимо улучшились после курсов проведенного лечения в обеих группах и составили: ИР правой маточной артерии — 0,577±0,061 в Гр-Ст и 0,516±0,037 в Гр-Ц; ИР левой маточной артерии — 0,55±0,039 в Гр-Ст и 0,503±0,032 в Гр-Ц; ИР артерии пуповины — 0,688±0,062 в Гр-Ст и 0,642±0,056

в Гр-Ц; ПИ в СМА 1,987±0,112 в Гр-Ст и 2,099±0,098 в Гр-Ц.

Для оценки эффективности терапии с применением цитофлавина проведено сравнение показателей доплерометрического исследования пациенток после лечения в двух исследуемых группах. Анализ выявил значимое снижение показателей ИР правой маточной артерии и ИР артерии пуповины в группе лечения цитофлавином: 0,577±0,061 в Гр-Ст и 0,516±0,037 в Гр-Ц; 0,688±0,062 в Гр-Ст и 0,642±0,056 в Гр-Ц (P<0,05). Показатель ИР левой маточной артерии в Гр-Ц составил 0,503±0,032 и имел тенденцию к снижению в сравнении с показателем Гр-Ст 0,55±0,039, а показатель ПИ в средней мозговой артерии плода имел тенденцию к росту в группе проведения лечения цитофлавином и составил 2,099±0,098 в сравнении

с данным группы стандартного лечения $1,987 \pm 0,112$. Анализ показал большую эффективность лечения с применением цитофлавина в сравнении со стандартной схемой.

Проведен анализ данных лабораторно-биофизических показателей в двух сравниваемых группах до и после проведенного лечения (данные представлены в таблице 3).

Таблица 3

Динамика лабораторно-биофизических показателей в исследуемых группах до и после лечения, ($\bar{X} \pm S_x$)

Показатель	Гр-Ст, n=20		Гр-Ц, n=20	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Фибриноген, г/л	$5,46 \pm 0,66$	$4,93 \pm 0,46$	$5,61 \pm 0,71$	$5,03 \pm 0,65$
ТВ, с	$13,28 \pm 0,93$	$13,55 \pm 0,66$	$12,81 \pm 0,99$	$14,17 \pm 0,62^*$
АЧТВ, с	$23,95 \pm 1,7$	$25,07 \pm 1,37$	$24,07 \pm 1,33$	$25,94 \pm 1,49$
ГЦ, мкмоль/л	$12,18 \pm 4,76$	$10,13 \pm 4,07$	$11,12 \pm 3,4$	$8,27 \pm 2,39$
ЭТ, нг/л	$8,67 \pm 2,02$	$6,96 \pm 1,97$	$8,21 \pm 2,58$	$5,25 \pm 2,72$
ТХВ2, мкг/л	$9,61 \pm 4,28$	$7,72 \pm 4,21$	$9,23 \pm 3,87$	$6,36 \pm 2,63^*, **$
NO, мкмоль/л	$14,58 \pm 3,59$	$17,89 \pm 14,03$	$15,62 \pm 2,75$	$18,75 \pm 4,42$
СтАэ; %	$81,54 \pm 2,48$	$78,23 \pm 3,13$	$81,75 \pm 2,31$	$76,13 \pm 2,77^*$
СкАэ; %/мин	$20,87 \pm 2,78$	$19,23 \pm 2,11$	$20,45 \pm 2,67$	$17,88 \pm 1,65^*$
Вязкость, сдв. V 198 с ⁻¹ ; сПз	$4,237 \pm 0,142$	$4,242 \pm 0,093$	$4,337 \pm 0,145$	$4,179 \pm 0,09^*$
Вязкость, сдв. V 26,4 с ⁻¹ ; сПз	$4,381 \pm 0,146$	$4,230 \pm 0,091^*$	$4,436 \pm 0,145$	$4,268 \pm 0,094^*$
ЭДК; г/л × сПз	$8,14 \pm 0,3$	$8,21 \pm 0,21$	$8,09 \pm 0,23$	$8,22 \pm 0,14^*$
ИД; усл.ед.	$1,066 \pm 0,023$	$1,075 \pm 0,025$	$1,061 \pm 0,016$	$1,086 \pm 0,027^*$
ПОЛ; нмоль/мл	$0,489 \pm 0,061$	$0,421 \pm 0,038^*$	$0,482 \pm 0,076$	$0,412 \pm 0,039^*$
К паб	$3,65 \pm 0,58$	$3,47 \pm 0,43$	$3,54 \pm 0,49$	$3,27 \pm 0,31^*, **$

Примечание: * — $P < 0,05$ по отношению к показателю до лечения; ** — $P < 0,05$ по отношению к группе сравнения.

Гц — гомоцистеин; ЭТ — эндотелин; ТХВ2 — тромбоксан В2; NO — оксид азота; СкАэ — скорость агрегации эритроцитов, СтАэ — степень агрегации эритроцитов; скорость сдвига — сдв. V; ПОЛ — перекисное окисление липидов;

ИД — индекс деформируемости эритроцитов, отношение вязкости крови при скорости сдвига 26,4 с⁻¹ к вязкости крови при скорости сдвига 198 с⁻¹; ЭДК — коэффициент эффективности доставки кислорода, отношение гематокрита к показателю вязкости крови при скорости 198 с⁻¹; К паб — коэффициент прооксидантно-антиоксидантного баланса, отношение ПОЛ спонтанного к разнице показателей ПОЛ спонтанного и ПОЛ индуцированного.

Исходные показатели, до начала терапии в двух сравниваемых группах статистически достоверно не различались ($P > 0,05$). После проведенного лечения ПН по стандартной схеме и схеме, включающей цитофлавин, выявлена положительная динамика в обеих группах сравнения по показателям лабораторно-биофизических тестов.

При анализе показателей системы гемостаза выявлено исходное преобладание прокоагулянтной активности у всех беременных с плацентарными нарушениями. Применение цитофлавина привело к достоверному удлинению тромбинового времени с $12,81 \pm 0,99$ секунд до $14,17 \pm 0,62$ секунд ($P < 0,05$), снижению концентрации фибриногена с $5,61 \pm 0,71$ г/л до $5,03 \pm 0,65$ г/л, а также выявлена тенденцию к росту АЧТВ с $24,07 \pm 1,33$ с до $25,94 \pm 1,49$ с, что свидетельствует о снижении прокоагулянтной активности крови на фоне проводимого лечения. После курса стандартной терапии отмечено также снижение свертывающего потенциала крови беременных, но сдвиги показателей имели меньший диапазон, чем в группе лечения цитофлавином.

Проведено сравнение показателей ЭД в исследуемых группах до и после лечения. У пациенток с плацентарными нарушениями оба способа лечения позволили достичь положительных изменений уровней факторов ЭД. После лечения цитофлавином отмечено достоверное снижение концентраций тромбосана в сыворотке крови пациенток с $9,23 \pm 3,87$ мкг/л до $6,36 \pm 2,63$ мкг/л ($P < 0,05$), что может быть связано с нормализацией окислительно-восстановительного статуса и стабилизацией мембран тромбоцитов на фоне проводимого лечения. Интересен тот факт, что уровень тромбосана после лечения цитофлавином составил $6,36 \pm 2,63$ мкг/л и был статистически достоверно ниже, чем после лечения, проведенного по стандартной схеме $7,72 \pm 4,21$ ($P < 0,05$). Курс лечения с применением цитофлавина привел к снижению концентраций эндотелина с $8,21 \pm 2,58$ нг/л до $5,25 \pm 2,72$ нг/л, гомоцистеина с $11,12 \pm 3,4$ до $8,27 \pm 2,39$ мкмоль/л и повышению концентрации общего оксида азота в сыворотке крови с $15,62 \pm 2,75$ мкмоль/л до $18,75 \pm 4,42$ мкмоль/л (тенденция), аналогичные изменения отмечены и в группе

пациентов, получавших стандартное лечение, но сдвиги показателей имели меньший диапазон.

Анализ гемореологических показателей выявил, что на фоне терапии цитофлавином имело место достоверное снижение скорости и степени агрегации эритроцитов. До начала терапии цитофлавином показатель степени агрегации эритроцитов составил $81,75 \pm 2,31\%$, после лечения — $76,13 \pm 2,77\%$; показатель скорости агрегации эритроцитов составил $20,45 \pm 2,67\%/мин$, после лечения — $17,88 \pm 1,65$ ($P < 0,05$). Вязкость крови при высоких скоростях сдвига, характеризующих микроциркуляторное русло, достоверно снижалась на фоне лечения цитофлавином и имела тенденцию к снижению после проведения лечения по стандартной схеме. При низких скоростях сдвига, характеризующих реологические свойства крови в сосудах большего калибра, отмечено достоверное снижение вязкости крови в двух исследуемых группах ($P < 0,05$). Коэффициент эффективности доставки кислорода (отношение гематокрита к показателю вязкости крови при скорости сдвига 198 с^{-1}) вырос после лечения с применением цитофлавина с $8,09 \pm 0,23$ до $8,22 \pm 0,14 \text{ г} \times \text{л} \times \text{сПз}$ ($P < 0,05$), после проведения курса стандартной терапии рост данного показателя отмечен в меньшей степени с $8,14 \pm 0,3$ до $8,21 \pm 0,21 \text{ г} \times \text{л} \times \text{сПз}$ ($P > 0,05$).

Индекс деформируемости эритроцитов (отношение вязкости крови при скорости сдвига $26,4 \text{ с}^{-1}$ к вязкости крови при 198 с^{-1}) также вырос после лечения цитофлавином с $1,061 \pm 0,016$ до $1,086 \pm 0,027$ ($P < 0,05$), после лечения по стандартной схеме значимого роста данного показателя не произошло.

Показатель спонтанного перекисного окисления липидов в эритроцитарных мембранах (накопление ТБК-РП, нмоль/л) значительно снижался после лечения цитофлавином и актовегином ($P < 0,05$), что связано с восстановлением аэробного метаболизма и снижением активности анаэробного окисления после проведенного лечения. Коэффициент прооксидантно-антиоксидантного баланса (ПОЛ спонтанное / (ПОЛ индуцированное — ПОЛ спонтанное) значительно снижался после курса лечения цитофлавином с $3,54 \pm 0,49$ до $3,27 \pm 0,31$ ($P < 0,05$), что характеризует активацию антиоксидантной системы. После курса стандартной терапии данный показатель также снижался, но не имел статистически значимого подтверждения. Показатель коэффици-

ента прооксидантно-антиоксидантного баланса после лечения цитофлавином был значимо ниже $3,27 \pm 0,31$, чем после лечения актовегином $3,47 \pm 0,43$ ($P < 0,05$).

Лечение ПН с применением цитофлавина дало достоверно более результативный эффект, по сравнению со стандартным лечением. Лечение по предложенной схеме привело к достоверному снижению уровней тромбксана; скорости и степени агрегации эритроцитов, вязкости крови в сосудах микроциркуляторного русла, повышению коэффициента доставки кислорода, индекса деформируемости эритроцитов, повышению текучести и пластичности эритроцитарных мембран, что привело к значительному улучшению реологических свойств крови и активизации фетоплацентарного кровообращения. Результатом проведенного лечения явилась более выраженная положительная динамика доплерометрических показателей у пациенток, прошедших терапию ПН по предложенной схеме. Имело место статистически значимое снижение ИР в маточных и пуповинной артерии, повышение ПИ в средней мозговой артерии. Таким образом, лечение ПН с применением метаболического комплексного препарата «Цитофлавин» эффективно и может быть предложено к применению в практическом акушерстве.

Выводы

— Оба описанных способа лечения были эффективными и позволили достичь нормализации показателей плодово-материнской гемодинамики ($P < 0,05$), проявляющейся в снижении ИР маточных артерий, артерии пуповины, повышении ПИ в средней мозговой артерии плода. Анализ эффективности лечения выявил более значимое снижение ИР правой маточной артерии и артерии пуповины после курса лечения цитофлавином в сравнении со стандартной схемой лечения ПН ($P < 0,05$).

— Лечение цитофлавином привело к достоверному снижению уровней тромбксана; скорости и степени агрегации эритроцитов; вязкости крови в сосудах микроциркуляторноно русла; повышению коэффициента доставки кислорода; индекса деформируемости эритроцитов; снижению проокислительного потенциала эритроцитов, что привело к значительному улучшению реологических свойств крови и активизации фетоплацентарного кровообращения.

Литература:

1. Абрамченко, В.В. Антиоксиданты и антигипоксанты в акушерстве. (Оксидативный стресс в акушерстве и его терапия антиоксидантами и антигипоксантами) / В.В. Абрамченко. — СПб.: Изд-во ДЕАН, 2001. — 400 с.
2. Афанасьев, В.В. Цитофлавин в интенсивной терапии: пособие для врачей / В.В. Афанасьев. — СПб.: Изд-во Тактик-Студио, 2005. — 36 с.
3. Волчегорский, И.А. Сопоставление различных подходов к определению продуктов перекисного окисления липидов в гептран-изопропанольных экстрактах крови / И.А. Волчегорский и др. // Вопросы мед. химии. — 1989. — Т. 24. — № 1. — С. 127–131.
4. Давыдовский, А.Г., Шпак Г.А., Устинович Ю.В. Характеристика прооксидантно-антиоксидантного статуса эритроцитов при экспериментальных гестозах // Медицинский журнал: научно-практический рецензируемый журнал. — 2008. — № 4. — С. 24–25.

5. Зарубина, Е. Н. Современные подходы к лечению хронической фетоплацентарной недостаточности / Е. Н. Зарубина, О. А. Бермишева, А. А. Смирнова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 2000. — № 4. — С. 61–64.
6. Камышников, В. С. Лабораторная диагностика внутренних и хирургических болезней: учеб. пособие / В. С. Камышников. — Минск: Адукацыя і выхаванне, 2012. — 584 с.
7. Качалина, Т. С. Метаболический антигипоксикант Цитофлавин в комплексном лечении плацентарной недостаточности при гестозе / Т. С. Качалина, Н. В. Лебедева, Л. Н. Ильина // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова. — 2007. — № 1. — С. 116–118.
8. Коколина, В. Ф. Фетоплацентарная недостаточность (патогенез, диагностика, терапия, профилактика): рук. для врачей / В. Ф. Коколина, А. В. Картелишев, О. А. Васильева. — М.: ИД МЕДПРАКТИКА, 2006. — 224 с.
9. Писаренко, Е. А. Комплексное исследование метаболического состояния эндотелия, структурно-функциональных свойств эритроцитов и липидного спектра сыворотки крови как потенциальных факторов формирования ангиогемических фетоплацентарных нарушений у беременных с ожирением / Е. А. Писаренко, Е. И. Слобожанина, В. С. Камышников // Лабораторная диагностика. Восточная Европа. — 2014. — № 2. — С. 46–61.
10. Радзинский, В. Е. Акушерский риск. Максимум информации — минимум опасности для матери и младенца / В. Е. Радзинский, С. А. Князев, И. Н. Костин. — М.: Эксмо, 2009. — 288 с.
11. Тюрина, Е. П. Метаболический компонент в патогенетической терапии гестоза / Е. П. Тюрина и др. // Медицинские науки. Клиническая медицина. — 2013. — № 2. — С. 115–120.
12. Шмаков, А. Н. Предварительная оценка влияния цитофлавина на эффективность интенсивной терапии новорожденных / А. Н. Шмаков, К. В. Бударова, С. И. Сирота // Сетевое издание «Медицина и образование в Сибири». — 2012. — № 6.

Логопедия как часть комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба. Работа медицинской сестры с пациентами

Шатова Евгения Александровна, аспирант

Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова

Хотя улучшение речи и кормления ожидается сразу после операции, занятия с логопедом помогут ребенку с развитием речи и произношением звуков.

Франческо Гаргано, пластический хирург из Нью-Джерси

В настоящее время количество аномалий зубочелюстной системы возрастает. На основании эпидемиологического стоматологического обследования населения РФ установлены зубочелюстные аномалии у 60% обследованных до 14 лет [4].

Хирургическое восстановление врожденной расщелины неба значительно снизит вероятность возникновения проблем с речью в будущем. Однако примерно половина всех детей с оперированной расщелиной неба все еще нуждается в какой-либо форме логопедии.

Данные проведенных статистических исследований по всему миру говорят о том, что количество речевых расстройств с каждым годом увеличивается. Один из факторов, влияющий на формирование зубочелюстной системы у ребенка является нарушения внутриутробного развития (ведет к раннему органическому поражению ЦНС, врожденным расщелинам твердого и мягкого неба), что приводит в будущем к возникновению

проблем с речью. А также, на произносительную сторону речи ребенка влияют челюстно-лицевые аномалии. В большинстве случаев, если у ребенка появляется миофункциональная проблема, то родители сразу же обращаются к логопеду. В настоящее время существуют современные эффективные средства, которые позволяют эффективно бороться с проблемами миофункциональных нарушений.

Проведя анализ общения родителей на Портале детской челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, Улыбки наших детей и Особый ребенок, можно сделать вывод о том, что одной из многих проблем родителей детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН) является организация занятий с логопедом.

Согласно Приказа Министерства здравоохранения РФ от 13 ноября 2012 г. № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» (С изменениями и дополне-

ниями от: 17 июля 2013 г., 19 августа 2014 г., 3 августа 2015 г., 28 сентября 2016 г.), медицинская помощь детям оказывается в виде: первичной медико-санитарной помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинская помощь детям может оказываться в следующих условиях: амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно. По данному приказу рекомендовано предусматривать кабинет логопеда в структуре детской стоматологической поликлиники, однако, в рекомендуемых штатных нормативах детской стоматологической поликлиники (отделения) и рекомендуемых штатных нормативах детского отделения челюстно-лицевой хирургии (30 коек) должность логопеда не предусмотрена.

Хирургическое воссоздание нёба или устранение анатомического врожденного дефекта нёба обязательно сочетается с дооперационным и послеоперационным логопедическим обучением.

Основной задачей логопедической работы с детьми с врожденной расщелиной нёба в до- и послеоперационном периодах является обучение нормальному звукопроизношению без носового оттенка. Тесная взаимосвязь в лечении детей с врожденной расщелиной губы и неба хирурга, врача-ортодонта и логопеда позволяет своевременно устранить анатомические и функциональные дефекты, восстановить психоэмоциональное состояние ребенка. Все это позволяет провести полноценную реабилитацию таких пациентов с возвращением их в общество.

Логопед и лингвист (SLT) проведут первоначальную оценку проблем с речью после операции, а затем последующую оценку, когда ребенку исполнится три года. В случае, если в ходе оценки выявляются проблемы с произношением ребенка, лингвист научит родителей упражнениям речи, чтобы помочь развитию ребенка с данной патологией. Специалисты также могут выполнять ряд индивидуальных упражнений с ребенком. Дети, рожденные только с врожденной расщелиной губы, обычно не нуждаются в дальнейшей логопедической терапии. Логопед и лингвист будут работать с ребенком до тех пор, пока ему нужна помощь. Логопедическая терапия, как правило, не требуется после семи лет, хотя могут потребоваться специальные исследования.

Примерный план работы логопеда с ребенком с ВРГН: логопедическое лечение до и после уранопластики, тренировка мышечного каркаса мягкого неба, стенки глотки, развитие речевого дыхания, пред- и послеоперационное логопедическое лечение, развитие фонематического слуха, формирование связной речи. Периоды активного наблюдения: 1–2 года, 4–5 лет, 7–13 лет [3].

В периоде комплексной реабилитации, а именно, в периоде грудного возраста, который длится от 1 месяца до 1 года, акцент реабилитационных мероприятий направлен на подготовку и проведение первичного оперативного вмешательства для устранения анатомических

нарушений и восстановления эстетики лица. В центре реабилитации детей с врожденными патологиями накоплен большой опыт оказания системной и этапной помощи детям с ВРГН [12]. Активным участником педагогического процесса становятся родители.

Появляется триада общения: ребенок — родители — логопед, в которой родители выступают то со стороны ребенка, то со стороны логопеда. Родители должны понимать, что оперативное лечение само по себе не обеспечит нормальной речи, а только создаст анатомо-физиологические условия для восстановления правильной речи [14].

Большая и интенсивная работа проводится в дооперационный период. Это способствует лучшему исходу операции и сокращает сроки послеоперационной логопедической работы.

В дооперационный период обязательно проводят массаж артикуляционной области, логопедическую гимнастику, упражнения для формирования ротового и носового дыхания, протягивания гласных звуков и развития слухового восприятия. После операции коррекционные задачи усложняются.

Проведенные наблюдения свидетельствуют, что своевременно оказанная ранняя, необходимая и достаточная логопедическая помощь дает положительные результаты уже к трехлетнему возрасту. Дети способны посещать дошкольное общеобразовательное учреждение, общаться со сверстниками и взрослыми.

Далее следует период — ясельная группа (1–3 года). В этом периоде продолжается предоперационное и послеоперационное ортодонтическое лечение, направленное на коррекцию твердого неба, предупреждение сужения и уплощения верхнего зубного ряда. Проводятся мероприятия по нормализации функции речи и носового дыхания. Логопедическая терапия направлена на развитие подвижности оперированного неба [12].

В возрасте 1–2 лет ребенок с ВРГН наблюдается в специализированном центре или детской стоматологической поликлинике с периодичностью 1 раз в 6 месяцев, после чего по показаниям производят госпитализацию для оперативного лечения. В этот период времени педиатр продолжает курировать пациента, контролирует его физическое и психо-эмоциональное развитие. Логопед осуществляет логопедическое обучение. В возрасте 2–4 лет и 5–7 лет диспансерный учет осуществляют с той же частотой и объемом. Параллельно адаптируют ребенка к поступлению в детский сад, а затем в школу. Проводят циклические стационарные логопедические обучения пациента, по показаниям — госпитализацию для оперативного лечения. В 7–15 лет текущую консультацию в специализированном центре или детской стоматологической поликлинике производят 1 раз в 1–2 года. На данном этапе диспансеризации по показаниям выполняют хирургическое устранение вторичных деформаций и хирургическую коррекцию прикуса наряду с общеоздоровительными, профилактическими мероприятиями, ортодонтическим лечением. Обеспечивают максимально

полную социальную и педагогическую реабилитацию, после чего снимают с диспансерного учета. Сроки и методы лечения больных с ВРГН зависят от состояния здоровья ребенка, его физического и психомоторного развития, наличия сопутствующих заболеваний или других врожденных пороков развития, а также организационных причин. Лишь своевременно начатое лечение, проводимое с действенной помощью родителей, при участии должного спектра смежных специалистов делает возможным практическое выздоровление 80% детей. Контроль за успехом закрепления знаний родителями и эффективностью проведения разного рода занятий (логопедических, физических) и лечебно-оздоровительных мероприятий в первую очередь осуществляется участковым педиатром и специалистом центра [3].

Период — дошкольная группа (3–6 лет). Этот период необходимо максимально использовать для подготовки ребенка к важному социальному событию — поступлению в школу [12].

При врожденных расщелинах губы и неба развивается тяжелое речевое расстройство — ринолалия. При которой страдают все стороны речи: дыхание, голос, наблюдаются изменения в мышцах глотки, ротовой полости и лица, развивается патологическая артикуляция, нарушается фонематический слух, искажается слуховое восприятие [11].

Открытая ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами верхней губы и неба, представляет собой проблему, как для логопедии, так и для целого ряда наук медицинского цикла [10].

Логопедические занятия по коррекции открытой органической ринолалии проводят как в дооперационном, так и в послеоперационном периоде. До операции проводятся такие мероприятия, как: артикуляционная гимнастика; дыхательная гимнастика; логопедический массаж (пальцевой массаж фрагментов твердого нёба и вибрационный массаж мягкого нёба).

В настоящее время в практику работы учителя-логопеда активно внедряются информационно-коммуникационные технологии, и они находят широкое применение в работе с родителями воспитанников с тяжелыми нарушениями речи. Одной из таких технологий являются виртуальные стены и доски — инструменты, которые позволяют объединять текст, изображение, видео, аудио в интерактивный формат. Использование виртуальной стены позволяет решить, по крайней мере, две важных проблемы: нехватка времени и отсутствие необходимых знаний у родителей. В своей практике они используют веб-сайт Padlet — замечательно интуитивный, удобный и многофункциональный сервис для хранения, организации и совместной работы с различными материалами [5].

На сайте Speech and Language kids представлена Универсальная программа артикуляции и комплект материалов eBook, а также экран артикуляции, полный набор артикуляционных карт, создание программы домашних

заданий. Все страницы и инструкции написаны так, чтобы родители могли их понять и работать с ними.

Кроме того, говорится о том, первое, что должен сделать логопед, когда начинает работать с ребенком с ВРГН, — это убедиться, что ребенок состоит на диспансерном учете в специализированном центре или детской стоматологической поликлинике, что соблюдает примерный план хирургического лечения. В зарубежной практике за ребенком должна наблюдать междисциплинарная бригада по организации ухода за детьми с врожденными расщелинами губы и неба на всех этапах комплексной реабилитации. В помощь для родителей на данном сайте дана ссылка, по которой они смогут найти ближайшую междисциплинарную бригаду. Далее логопед при работе с ребенком с данной патологией проверяет наличие слуха. Дети с этими заболеваниями более склонны к кондуктивной потере слуха в более позднем возрасте, поэтому их слух должен регулярно проверяться в течение всего детства.

Логопедом определяются общие цели терапии. Существуют определенные аспекты терапии, которые логопед должен рассмотреть для всех детей с расщелиной губы и неба как часть их состояния.

Младший школьный возраст. В этом периоде дети с ВРГН должны наблюдаться и лечиться у психоневролога, и обязательно состоять на диспансерном учете по месту жительства в детской стоматологической поликлинике или специализированном центре, соблюдать примерный план диспансерного наблюдения при данной патологии [12].

В зависимости от уровня психического и речевого недоразвития и по согласованию с другими специалистами ребенку рекомендуется обучение в соответствующих профильных дошкольных и школьных учреждениях. В случаях умственной отсталости такие дети после хирургического лечения направляются в специализированные детские сады, а для обучения в речевую, вспомогательную школы, классы компенсирующего обучения.

Старший школьный возраст. В этом периоде все проводимые реабилитационные мероприятия направлены на оптимизацию психологического статуса подростка, что обеспечивает его лучшую социальную адаптацию. Хирургическое лечение на данном этапе относится к эстетическим операциям, при этом допустимо прибегать к использованию дополнительных пластических материалов [12].

Решение организационных, методических, медико-технических, социальных вопросов в комплексном подходе к реабилитации детей с ВРГН позволяет добиться стабильного результата в 80–85% случаев, снизить сроки инвалидности детей с ВРГН в дошкольном возрасте [12].

В проведенном исследовании Степановой Ю.В., Цыплаковой М.С. продемонстрирована логопедическая помощь детям с данной патологией в Санкт-Петербурге. Начиная с первых месяцев рождения детям с врожденной расщелиной верхней губы, логопед проводил лого-педагогическое сопровождение семей по профилактике и ис-

правлению речевых нарушений. Занятия с логопедом дети с врожденными расщелинами неба начинали уже в стационаре с первых дней после уранопластики.

В данной статье говорится о том, что раннее ортопедическое лечение, а именно плавающий obturator, является профилактикой речевых нарушений.

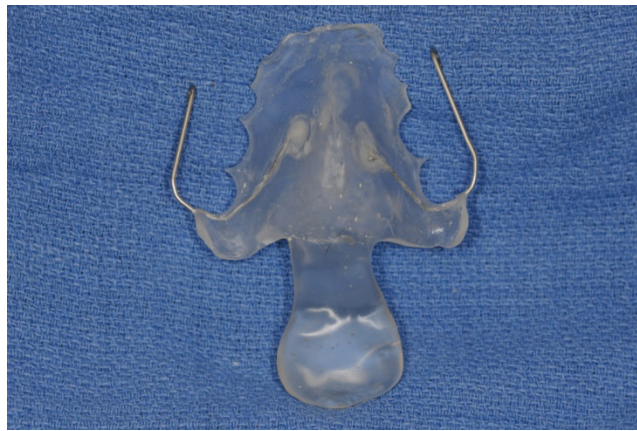


Рис. 1. Плавающий obturator Кеза

Пользование плавающим obturatorом позволяет уменьшить влияние отрицательных факторов на образование речи, препятствует образованию патологической позиции языка в полости рта и искаженному компенсаторному звукообразованию. А также способствует нормализации нарушенной функции дыхания и аэродинамических условий звукообразования, и, что самое главное, позволяет проводить логопедическую работу в дооперационном периоде. Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба (ВРГН), пользующиеся плавающим obturatorом, гуляют, отмечается лепет у 76% детей, у 69% речь развивается до 3 лет без назального оттенка. Чем лучше проведено раннее ортодонтическое лечение, тем эффективнее результаты последующей речевой коррекции, а значит и социальной реабилитации [11].

Большое значение для развития правильной речевой функции имеет тесная связь с хирургом. Отсутствие единого методологического подхода к комплексной оценке социального и речевого статуса детей с ВРГН у логопеда и хирурга отодвигают сроки при постановке звуков и улучшения качества речи [11].

Несвоевременность лечебных мероприятий приводит к неоднократным хирургическим вмешательствам, к вынужденной отсрочке проводимой адекватной речевой терапии. Большие трудности в работе над речью возникают у логопеда, когда операцию уранопластики выполняют в два этапа: сначала велоластика, а затем уранопластика. При велоластике восстанавливается мягкое небо, но в области твердого неба остается изъян, который способствует искаженному, компенсаторному способу дыхания, нарушаются аэродинамические условия звукообразования. Патологическая позиция языка в полости рта всё равно формируется, так как мягкое небо недостаточно активно при глотании и требует помощи от корня языка [11].

Эффективность восстановительного лечения на различных этапах коррекции врожденного порока краниофациальной области находится в прямой зависимости от совместной работы и согласованности в действиях хирурга, невропатолога и логопеда [11].

Ортодонтическое лечение, логопедическое обучение, санационные мероприятия вместе с массажем тканей проводятся на протяжении всего периода роста и развития верхней губы и неба, являются стержневыми на основных этапах хирургического лечения. Постоянное сотрудничество врача и родителей ребенка является неотъемлемым фактором [11].

Патологические особенности строения и функции речевого аппарата при расщелине неба обуславливают специфические нарушения звукопроизношения. Выявлены следующие особенности фонетической стороны речи. Гласные звуки произносятся при оттянутом назад языке, при этом наблюдается их смещение по ряду и подъему. Губная артикуляция отличается вялостью и пассивностью. Большинство согласных звуков заменяется ларингеально-фарингеальными (гортанно-глоточными) образованиями. Переднеязычные, а иногда и губногубные заменяются заднеязычными. В ряде случаев у детей было отмечено наличие бокового и межзубного сигматизмов, а также участие боковых краев языка в произнесении переднеязычных звуков. Страдают просодические средства высказывания. При пении стихотворений отмечено нарушение интонационной выразительности, несоблюдение темпо-ритмической организации речи, слабая выраженность эмоциональных оттенков. Коррекционно-педагогическое воздействие должно строиться традиционно, с учетом: комплексного (медико-психолого-педагогического) подхода к устранению речевого дефекта; этиопатогенетических механизмов, симптома-

тики нарушения; выделения ведущих расстройств и вторичных нарушений в структуре дефекта; поэтапности коррекционного процесса; индивидуальной реакции на обучение; ведущей деятельности возраста; опоры на сохранные функции. Все логопедические занятия проводятся индивидуально. Должны учитываться особенности физического развития каждого ребенка, в зависимости от которых подбирается индивидуальное количество упражнений [10].

Результаты исследования качества речи детей, прооперированных по поводу врожденной нёбной патологии в возрасте до и после 3 лет, позволяют сделать вывод о целесообразности раннего комплексного сопровождения детей рассматриваемой категории. В современных условиях, согласно разработанной в России Концепции развития ранней помощи, этот процесс должен осуществляться в Службах ранней помощи, организованных в учреждениях здравоохранения, образования и социальной защиты. Совместная работа врачей и специалистов психолого-педагогического сопровождения создаст благоприятные условия для оптимизации сроков и качества медицинского и социального аспекта реабилитации ребенка с ВРГН [7].

Решение миофункциональных проблем ребенка — это задача целой команды специалистов. Потребуется кроме консультации логопеда, еще и консультация ортодонта, ЛОР доктора, невролога.

Большое число сложных нарушений произносительной стороны речи определяет потребность в поиске оптимизирующих логопедическую работу средств [4].

Техническое средство миофункциональной коррекции — трейнер «INFANT» разработано для нормализации функции глотания, жевания, носового дыхания и предупреждения формирования аномалий зубочелюстной системы и прикуса у детей 3–5 лет с факторами риска. Таким образом, трейнер подготавливает кинестетическую базу для профилактики или успешной коррекционной работы, направленной на нормализацию звукопроизношения, развитие фонематического слуха и просодики [4].

В результате проведенного исследования Архиповой Е.Ф. и анализа данных катамнеза можно говорить об эффективности применения трейнера «INFANT» в логопедической практике с целью профилактики и коррекции нарушений речи, в связи с тем, что при использовании трейнера «INFANT» вырабатывается стереотип смыкания губ и восстанавливается носовая тип дыхания, нормализуется форма неба и носовых ходов, и восстановление носового дыхания повышает эффективность логопедической работы по развитию фонематического слуха.

Ортодонтический трейнер «INFANT» (инфант) — разработка Центра Миофункциональных исследований (MRC, Австралия) для детей 2–5 лет (Рис. 2) предназначен для предупреждения формирования аномалий зубочелюстной системы у детей с факторами риска, вредными привычками и неправильно сформированными функциями дыхания, глотания и речи. Трейнер имеет в верхней своей части специальный маркерный язычок, который стимулирует ребёнка поднимать язык вверх — в физиологически правильное нёбное положение. Модель трейнера «INFANT» снабжена упругими воздушными подушечками в области жевательных зубов, стимулирующих ребенка слегка накусывать аппарат, благодаря чему обеспечивается эффективная тренировка всего комплекса жевательных структур, а также мышечных и костных лицевых структур.

Применение трейнера «INFANT» у детей рекомендовано для перевода и нормализации ротового типа дыхания в носовую, формирования правильной формы неба и носовых ходов. Следовательно, с логопедической точки зрения это воздействие трейнера «INFANT» можно рассматривать как воздействие, способствующее профилактике таких речевых расстройств, как ринофония, дислалия. Использование трейнера «INFANT» у детей 2–5 лет способствует восстановлению носового дыхания путём стимуляции смыкательного рефлекса губ. Следовательно, с логопедической точки зрения использование трейнера «INFANT» будет способствовать лучшей лабиализации согласных и гласных звуков, и способствовать формированию четкой дикции [4].

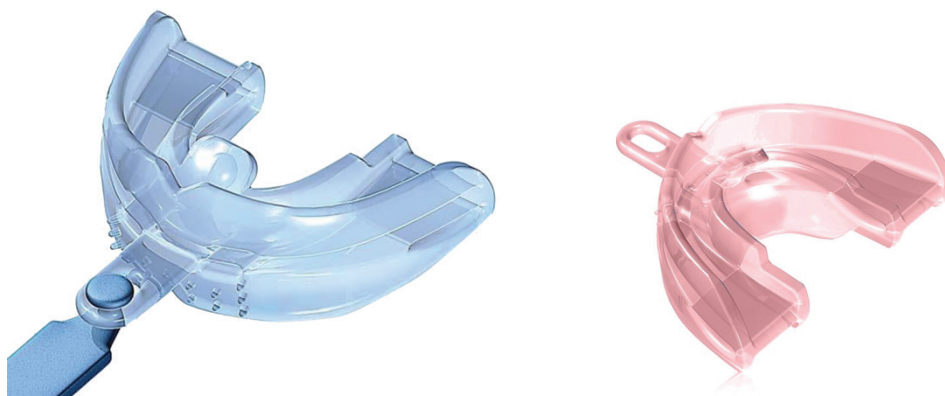


Рис. 2. Трейнер INFANT (вид сбоку и сверху)

Жевательная и височная мышцы при ротовом дыхании находятся в растянутом состоянии. Постоянно открытый рот приводит к вялости круговой мышцы рта. Модель трейнера «INFANT» снабжена упругими воздушными подушечками в области жевательных зубов, стимулирующих ребенка слегка накусывать аппарат, благодаря чему обеспечивается эффективная тренировка всего комплекса жевательных и лицевых структур — костных и мягких тканей. Следовательно, с логопедической точки зрения использование трейнера «INFANT» будет способствовать укреплению всего комплекса артикуляционных мышц, отвечающих за артикуляцию звуков и введение их в речь [4].

При ротовом дыхании отмечается сужение носовых ходов и недоразвитие гайморовых пазух. Нижнее положение языка и отсутствие поддержки свода верхней челюсти языком ведет к замедлению роста костных структур верхней челюсти. Использование трейнера «INFANT» способствует формированию правильной формы неба и носовых ходов. Следовательно, с логопедической точки зрения изменение резонаторной полости отражается на недостатках звукопроизношения и интонационной стороне речи. Использование трейнера «INFANT» будет способствовать улучшению качества произносительной стороны речи [4].

Выше представлено обоснование применения трейнера «INFANT» в логопедической практике и целесообразность его применения у детей с ВРГН. Кроме того, в методическом пособии «Трейнер «INFANT» в практике логопедической работы», автором которого является Елена Филипповна Архипова, подробно представлены конспекты занятий с трейнером «INFANT». Методическое пособие рекомендовано студентам дефектологических факультетов педагогических вузов, практикующим логопедам, педагогам, психологам, врачам и родителям, имеющим детей в возрасте 2–5 лет.

Трейнер «INFANT» рекомендован детям от 3 до 7 лет. Цвет трейнера розовый или голубой — на выбор мальчикам и девочкам, но розовый и голубой имеют принципиальное значение. Голубой — это начальный трейнер. Его носят пол года, а потом уместно перейти на более твердый — розовый. И носить еще 6 месяцев.

Показания для использования при миофункциональных проблемах таких, как нарушение глотания, жевания, нарушения прикуса, нарушениях звукопроизношения, укороченной уздечке языка, нарушенном мышечном тоне. Носить трейнер необходимо днем по два часа и обязательно спать с ним. Курс лечения составляет 6 месяцев. Если ребенок старше семи лет, то Инфант ему уже не подойдет. В этом случае при наличии миофункциональных проблем следует использовать трейнер Т4К.

Коррекционная работа с детьми с врожденной небной патологией требует систематического, последовательного

комплексного воздействия специалистов: хирургов, логопедов, педиатров, ортодонтотв, психологов [10].

Организация сестринского ухода в педиатрии имеет ряд особенностей, связанных с тем, что объектом наблюдения и ухода является не взрослый человек, а ребенок. К таким особенностям относятся:

- трудности при субъективном обследовании (дети могут быть пугливы, не знать нудной информации, редко локализируют боль и предъявляют определенные жалобы);
- трудности при объективном обследовании (необходимость учитывать возрастные анатомо-физиологические особенности органов и систем, возрастные особенности течения патологического процесса);
- при планировании и реализации ухода необходимо помнить о возрастной диететике, о возрастной фармакологии, о психологических особенностях ребенка;
- большая роль матери ребенка в эффективности ухода (при грамотной организации медицинской сестрой взаимоотношений с родителями, они могут стать надежным помощником в осуществлении сестринского ухода);
- главное направление сестринского дела в педиатрии — профилактическое, осуществляемое диспансерным методом наблюдения за здоровыми детьми, систематической пропагандой здорового образа жизни [2].

Медицинская сестра педиатрического профиля обязана знать особенности возрастных периодов у ребенка. Медицинской сестре педиатрического профиля необходимо учитывать возрастные особенности ребенка при общении с ним. Соблюдение этики обязательно в отношении с ребенком вне зависимости от его возраста. В этом состоит специфика профессии медицинской сестры — высокий профессионализм, сочетающийся с терпением и любовью к детям. Кроме того, медицинская сестра в отношении с ребенком и родителями должна быть и педагогом [8].

Работа медицинской сестры в детских отделениях челюстно-лицевой хирургии заключается в выборке врачебных назначений и рекомендаций, мотивация родителей на систематические и регулярные занятия с логопедом, как в дооперационном, так и в послеоперационном периодах, в проведении бесед с родителями о том, что занятия логопедом нормализуют речь ребенка, а это важно сделать до поступления в школу, а также это поможет ребенку в социальной адаптации. Также медицинская сестра обеспечивает родителей необходимой литературой, памятками, брошюрами, журналами по данной теме.

Все это дало нам основание углубленно изучить эту проблему и разработать новые подходы к комплексной реабилитации детей с врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области в рамках изучения деятельности среднего медицинского персонала.

Литература:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2012 г. № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями».

2. Ананьева В. А., Первухина Ю. А., Рыбникова Е. В. Учебно-методическое пособие «Сестринское дело в педиатрии». Издательство КМК. Курск, 2000 г.
3. Андреева О. В. Поэтапная реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Вестник Чувашского университета. — 2012. — № 3. — С. 269–275.
4. Архипова Е. Ф. Методическое пособие (монография) — «Трейнер »INFANT« в практике логопедической работы». Здоровьесберегающие технологии. Пособие для логопедов. 2012 год.
5. Балаганская Е. А. Виртуальная стена как площадка для взаимодействия учителя — логопеда с родителями воспитанников с тяжелыми нарушениями речи // Сборник материалов V Всероссийская научно-практическая интернет — конференция «Теория и практика дистанционного обучения учащихся и молодежи с ограниченными возможностями здоровья», Кемерово, 2018. С. 28–30.
6. Касимовская Н. А., Шатова Е. А. Поиск кадрового потенциала челюстно-лицевых отделений в решении проблем пациентов с врожденной расщелиной губы и неба и их семей на этапе реабилитации и ухода. Сборник научных трудов по материалам XVI международной научной конференции «Научный диалог: Вопросы медицины». 15 ноября 2018 г. Санкт-Петербург.
7. Левченко И. Ю., Агаева В. Е. Современные возможности комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и неба. Педиатрия. 2017; 96 (5): 217–221.
8. Матвейчик Т. В., Иванова В. И. Организация сестринского дела. Издательство «Высшая школа», 2006 г.
9. Олейник Т. В., Савин А. Б., Шатова Е. А. Сестринская деятельность на всех этапах комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба [Текст] // Новые задачи современной медицины: материалы VI Междунар. науч. конф. (г. Казань, май 2019 г.). — Казань: Молодой ученый, 2019. — С. 19–28. — URL <https://moluch.ru/conf/med/archive/331/15007/> (дата обращения: 22.07.2019).
10. Соболева Е. А., Волосовец Т. В. Коррекционно-педагогическое воздействие на детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба. г. Москва, 2002 г.
11. Степанова Ю. В., Цыплакова М. С. Основные направления в комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и неба. — Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. — 2013. — Том 1. — Выпуск 1. — С. 36–43.
12. Супиев Т. К., Мамедов Ад. А., Негаметзянов Н. Г. Врожденная расщелина верхней губы и неба (этиология, патогенез, вопросы медико-социальной реабилитации). Алматы, 2013.
13. Логопед. Все для логопеда. Трейнеры ортодонтические Т4К и ИНФАНТ. Электронный ресурс: <https://www.logopedshop.ru/shop/articles/mio-kor/infant-t4k/> (Дата обращения: 11.07.2019).
14. Реабилитация детей с расщелиной верхней губы и неба. Электронный ресурс: <http://medznate.ru/docs/index-70743.html> (Дата обращения: 11.07.2019 г.)
15. Speech and Language kids. Электронный ресурс: <https://www.speechandlanguagekids.com/all-in-one-articulation-program-and-materials-kit/> (Дата обращения: 11.07.2019).
16. Cleft lip and palate. Электронный ресурс: <https://www.your.md/condition/cleft-lip-and-palate/> (Дата обращения: 11.07.2019).

ФАРМАКОЛОГИЯ

Анализ использования запрещенных препаратов спортсменами Казахстана

Авсиевич Виталий Николаевич, PhD, доцент
Казахская академия спорта и туризма (г. Алматы, Казахстан)

В статье представлен подробный анализ использования запрещенных препаратов спортсменами Казахстана, включенными в список дисквалификации в связи выявленными нарушениями антидопинговых правил (с августа 2018 г. по июль 2019 г.). Для решения проблемы применения допинга предложен комплексный подход с участием спортивных функционеров, педагогов, физиологов, биохимиков, психологов, тренеров, врачей и юристов.

Ключевые слова: фармацевтические препараты, запрещенные препараты, допинг, спорт.

Спорт высших достижений в наши дни невозможен без квалифицированного медицинского сопровождения. В связи с чем, в Национальном Олимпийском комитете Республики Казахстан стартует проект по обеспечению всех национальных сборных команд по 67 олимпийским видам спорта комплексным медицинским обслуживанием во время учебно-тренировочных сборов и международных соревнований. Медицинское сопровождение включает в себя комплексную научную группу, состоящую из нескольких видов специалистов: спортивный врач, мануальный терапевт, диетолог, психолог, биохимик, биомеханик и массажист. Основные задачи таких комплексных научных групп: разработка, внедрение и совершенствование методов диагностики, лечения и реабилитации спортсменов, способствующих повышению эффективности и физической работоспособности; обеспечение контроля функционального состояния и здоровья спортсменов, адаптационных возможностей их организма и физической работоспособности; проведение анализа параметров подготовки спортсменов и коррекция параметров; проведение научно-методических и медико-биологических исследований спортсменов в целях усовершенствования методик и технологий подготовки; проведение комплексного и медицинского обследования спортсменов проведение биохимического, биомеханического и других видов контроля. В настоящее время в НОК РК работает более 120 специалистов, которые осуществляют комплексное медицинское обслуживание национальных сборных команд во время учебно-тренировочных сборов и соревнований по таким видам спорта как бокс, таеквондо, художественная и спортивная гимнастика, гребля на байдарках и каноэ, шорт-трек, женская, вольная и греко-римская виды борьбы, тяжелая атлетика, дзюдо и многим другим видам. В НОК Казахстана организацию работы и мониторинг деятельности комплексно-научных групп осуществ-

ляет Департамент по спортивной медицине и антидопингу [1].

Безусловно одним из ключевых вопросов медицинского сопровождения должна стать проблема использования запрещенных препаратов — допинга.

Современная концепция в области борьбы с допингом в спорте высших достижений приведена в Антидопинговом Кодексе WADA (Всемирное антидопинговое агентство, учреждённое по инициативе Международного Олимпийского Комитета — МОК). WADA каждый год издаёт список запрещённых препаратов для спортсменов и новые версии так называемых стандартов: международный стандарт для лабораторий, международный стандарт для тестирований и международный стандарт для оформления терапевтических исключений. Сегодня принято считать, что употребление допинга — сознательный приём вещества, излишнего для нормального функционирующего организма спортсмена, либо чрезмерной дозы лекарства, с единственной целью — искусственно усилить физическую активность и выносливость на время спортивных соревнований. Борьба с употреблением допинга ведётся для обеспечения честности спортивных соревнований и для сохранения здоровья спортсменов [2].

Допинг — это явление, которое занимает особое место в спорте высших достижений. Его применение входит в противоречие с основными принципами спорта, идеалами и ценностями философии олимпизма. Допинг стал сферой серьезного бизнеса, в котором существуют как абсолютно легальные, так и криминальные проявления [3].

Выпуск новых фармакологических средств, рекламируемых в целях получения прибыли, часто приводит к тому, что истинные возможности того или иного препарата значительно преувеличиваются, а это подталкивает спортсменов и некоторых спортивных руководителей к использованию данных препаратов для достижения

побед в соревнованиях. Дело в том, что высокие результаты в международных соревнованиях обеспечивают значимые социальные и экономические выгоды, решают в ряде случаев определённые политические и идеологические задачи. При этом медицинские аспекты обусловлены тем, что использование допингов спортсменами приводит к негативным, а в ряде случаев трагическим последствиям для их здоровья — зарегистрирован ряд случаев инвалидизации и даже смертельных исходов в результате их применения. В связи с этим международные спортивные и медицинские организации на протяжении нескольких десятилетий ведут борьбу с допингом. Однако эта борьба не дала желаемых результатов: использование допинга спортсменами продолжается [4].

Вопросы, касающиеся применения фармацевтических препаратов давно привлекают к себе внимание, как в профессиональном, так и в любительском спорте. Допустимо ли применение фармацевтических препаратов для достижения высоких спортивных результатов? Как это отража-

ется на здоровье спортсменов или можно подобрать безопасные комбинационные схемы приема препаратов?

Сегодня в мировом сообществе бытует мнение, что спортивные соревнования, в том числе и на уровне Чемпионатов Мира и Олимпийских игр, всё больше превращаются в соревнования ученых-фармацевтов: если первые работают в области поиска всевозможных путей обнаружения допинга в организме спортсменов, то вторые соревнуются в создании новых эффективных препаратов и разработке схем их применения, позволяющих показать высокий спортивный результат и при этом скрыть запрещенные средства достижения данного результата.

Нами был проведен анализ использования запрещенных препаратов спортсменами Казахстана.

В таблице 1 и 2 представлена информация Казахского Национального Антидопингового Центра по данным спортсменов Казахстана, включенных в список дисквалификации в связи выявленными нарушениями антидопинговых правил [5].

Таблица 1

Данные спортсменов Казахстана, включенных в список дисквалификации в связи выявленными нарушениями антидопинговых правил (с августа 2018 г. по июль 2019 г.)

Общее количество дисквалифицированных спортсменов	34	Количество выявленных нарушений по видам спорта	Армрестлинг	7	Обнаруженная запрещенная субстанция	Мельдоний	8	
			Бодибилдинг	5		Фуросемид	6	
			Гиревой спорт	3		Оралтуринабол	5	
			Пара-атлетика	2		Оксандролон	3	
			Таеквондо	2		Метандиенон	2	
	Мужчин		20	Дзюдо		2	Тестостерон	2
	Женщин		14	Гимнастика		2	Метилгексанамиин	2
	Внесоревновательная проба		14	Тяжелая атлетика		2	Тамоксифен	2
				Пауэрлифтинг		1	Гептаминол	1
	Соревновательная проба		20	Джу-джитсу		1	Тауминогептан	1
	Количество спортсменов, у которых обнаружена в организме только одна запрещенная субстанция		32	Пара-пауэрлифтинг		1	Станазалол	1
	Количество спортсменов, у которых обнаружено в организме две запрещенных субстанции		1	Легкая атлетика		1	Сибутрамин	1
	Количество спортсменов, у которых обнаружено в организме четыре запрещенных субстанции		1	Биатлон		1	Болденон	1
				Гребля на каноэ		1	Метенолон	2
		ММА	1					
		Велоспорт	1					
		Пара-плавание	1					

Таблица 2

Распределение обнаруженных запрещенных субстанций у спортсменов Казахстана по видам спорта включенных в список дисквалификации в связи выявленными нарушениями антидопинговых правил (с августа 2018 г. по июль 2019 г.)

Обнаруженная запрещенная субстанция	Вид спорта
Мельдоний	Пара-атлетика, биатлон, ММА, велоспорт, гиревой спорт
Фуросемид	Таеквондо, армрестлинг, гимнастика
Оралтуринабол	Бодибилдинг, джу-джитсу, гребля на каное, пауэрлифтинг, армрестлинг
Оксандролон	Бодибилдинг
Метандиенон	Бодибилдинг, легкая атлетика
Тестостерон	Пара-пауэрлифтинг, тяжелая атлетика
Метилгексанамин	Дзюдо, гиревой спорт
Тамоксифен	Дзюдо, гиревой спорт
Гептаминол	Таеквондо
Тауминогептан	Пара-плавание
Станазалол	Армрестлинг
Сибутрамин	Армреслинг
Болденон	Гиревой спорт
Метенолон	Бодибилдинг, тяжелая атлетика

Как видно из таблицы 1, максимальное количество выявленных положительных проб запрещенных субстанций (8) относится к лекарственному препарату мельдоний — метаболическое средство, нормализующее энергетический метаболизм клеток, подвергшихся гипоксии или ишемии. Данный препарат поддерживает энергетический метаболизм сердца и других органов. Применяется для приёма внутрь или внутривенного введения: в составе комплексной терапии ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда), хронической сердечной недостаточности, дисгормональной кардиомиопатии; в составе комплексной терапии острых и хронических нарушений мозгового кровообращения (инсульты и цереброваскулярная недостаточность); пониженная работоспособность, физическое перенапряжение, послеоперационный период для ускорения реабилитации; синдром абстиненции при хроническом алкоголизме (в комбинации со специфической терапией алкоголизма).

Мельдоний был добавлен в список (WADA) 16.09.2015 г., с началом действия с 01.01.2016 г. (для концентраций менее 1 микрограмма — с 01.03.2016 г.). Прежде он находился в списке мониторинга WADA.

Изобретатель препарата, латвийский биохимик Иварс Калвиныш, выразил своё недоумение и несогласие по этому поводу, назвав происходящее абсурдом и заявив, что, с его точки зрения, рассматривать мельдоний как допинг неправомерно, назвал включение препарата в список допингов глупостью, вероятно, мотивированной политически или коммерчески. По мнению разработчика мельдония, запрет его употребления неминуемо приведёт к увеличению смертности среди спортсменов. При этом ученый отмечает, что доказательств, что препарат прямо влияет на работоспособность спортсмена, он не видел [6].

По нашему мнению, милдронат — препарат, занимающий далеко не первое место в списке средств, используемых для восстановления организма. В данном ряде средств есть более эффективные препараты, которые, тем не менее, не включены в список запрещенных, такие как изофосфен, неотон, L-карнитин. При этом L-карнитин обладает относительно схожим действием с милдронатом. Существенная разница в том, что L-карнитин — это аминокислота, а милдронат — синтезированный препарат.

Доктор медицинских наук, профессор Алексей Горбунов со студентами научно доказали негативное влияние мельдония на организм здорового человека. Дело в том, что милдронат сокращает синтез карнитина (именно он в нашем организме отвечает за сжигание жира). В обычных условиях сердечная мышца, а точнее ее клетки, производят энергию из жирных кислот и глюкозы в соотношении семь к трем. Сокращение карнитина меняет эту пропорцию. Клетки сердца начинают вырабатывать энергию в основном за счет глюкозы. Метаболизм клеток перестраивается, и клетки сердца снабжаются энергией в первую очередь. На языке науки это означает, что организм с липолипидического пути метаболизма тканей переходит на гликолитический, который для здорового человека является менее эффективным способом получения энергии. В целом энергетический обмен организма нарушается [7].

Количество выявленных положительных проб по препарату фуросемид составило — 6. Данное лекарственное средство — диуретик; вызывает быстро наступающий, сильный и кратковременный диурез, т.е. имеет мочегонный эффект. Препарат сам по себе не является допингом, он применяется в спортивной медицине для выведения запрещённых веществ и как следствие этого сам приравнен к допинговым препаратам и запрещён к при-

менению у спортсменов Всемирным антидопинговым агентством. Кроме того, в некоторых не силовых видах спорта, таких как художественная гимнастика или синхронное плавание, где принципиален вес спортсмена, фуросемид используется в качестве средства похудения, что тоже расценивается как применение допинга. Спортсмены, занимающиеся бодибилдингом, принимают фуросемид незадолго перед соревнованиями для выведения «излишней» подкожной воды.

Метилгексанамин (выявлено 2 положительных пробы) — стимулятор, который раньше получали из растения герани, но в настоящее время в основном производится синтетически. Первоначально он был разработан в 40-х годах и использовался для лечения заложенности носа, однако, в настоящее время его можно обнаружить в диетических и пищевых добавках под множеством различных наименований. Препарат был включен в список ВАДА в 2010 году. С 1 января 2011 года он принадлежит к классу стимуляторов, относящихся к особым субстанциям, и запрещен только в соревновательный период. Считается, что его стимулирующее воздействие слабее, чем от приема амфетамина или эфедрин, но немного сильнее, чем от приема кофеина.

Тамоксифен (выявлено 2 положительных пробы) — лекарственное вещество, антагонист эстрогена; применяется для лечения рака молочной железы. Препарат действует на рецепторы эстрогена (женского полового гормона) в организме, подавляя его действие. Тамоксифен в спорте широко используется в связке с анаболическими стероидами для профилактики и лечения гинекомастии. Известно, что тамоксифен значительно повышает уровень эндогенного тестостерона в организме мужчины, так как препарат является антиэстрогеном, поэтому как правило применяется в конце курса приема андрогенных и анаболических препаратов.

Гептаминол (выявлено 2 положительных пробы) — лекарственное средство используется в терапии шоковых состояний, острого инфаркта миокарда, коллапса, застойной и острой сердечной недостаточности, астении, артериальной гипотонии, обморочных состояний, сердечнососудистой недостаточности у пациентов пожилого возраста, легочного сердца и нейролептического синдрома, обусловленного приемом нейролептиков. Препарат оказывает выраженное кардиотоническое действие, повышает сердечный выброс, улучшает коронарный кровоток, стимулирует работу периферической системы кровообращения, возвращает депонированную кровь в общее русло и не вызывает при этом выраженного сужения сосудов. В спорте применяется как сердечный стимулятор, повышает выносливость и физическую работоспособность.

Тауминогептан (выявлена 1 положительная проба) — симпатомиметик. Используется как сосудосуживающее средство для местного применения в ЛОР-практике. Уменьшает отек слизистой оболочки, способствует улучшению проходимости носовых ходов и облегчению дыхания. В спорте применяется как препарат оказывающий

стимулирующее действие на сердечно-сосудистую систему. Защищает сердечную мышцу от чрезмерных физических нагрузок.

Сибутрамин (выявлена 1 положительная проба) — анорексигенное лекарственное средство, усиливающее чувство насыщения. Оно относится к группе препаратов для лечения ожирения и применяется при комплексной поддерживающей терапии больных с избыточной массой тела. Подавляет аппетит за счет увеличения концентрации серотонина. Применяется в спорте как средство для снижения массы тела.

Тестостерон (выявлено 2 положительные пробы) — андроген (основной гормон мужских половых желез), увеличивает мышечную массу, ускоряет синтез белка, воздействует на нервную систему, снимая ощущение усталости и поднимая общий тонус.

Для применения в медицинской практике тестостерон в виде пропионата получают синтетическим путем. Тестостерона пропионат обладает биологическими и лечебными свойствами естественного гормона, но медленнее всасывается и более стоек в организме.

Помимо специфического андрогенного действия препараты этой группы обладают другими свойствами, в частности, положительно действуют на азотистый и фосфорный обмен. Они обладают анаболической активностью, но широкому применению этих препаратов в качестве анаболических средств препятствуют их андрогенные эффекты.

Андрогены назначают мужчинам, главным образом при половом недоразвитии, функциональных нарушениях в половой системе, климактерическом синдроме, акромегалии. Введение андрогенов женщинам вызывает торможение гонадотропной функции гипофиза, угнетение функции фолликулярного аппарата и яичников, атрофию эндометрия, подавление лактации. Иногда андрогены назначают женщинам при климактерических сосудистых и нервных расстройствах в случаях, когда противопоказаны эстрогенные препараты, при дисфункциональных маточных кровотечениях, а также при опухолях половых органов и молочных желез. Препараты тестостеронового ряда имеют ряд серьезных противопоказаний и соответственно большое количество побочных эффектов.

При анализе выявлено, что значительную часть обнаруженных запрещенных субстанций составляют анаболические средства — вещества, действие которых направлено на усиление анаболических процессов в организме, то есть вещества, ускоряющие образование и обновление структурных частей клеток, тканей и мышечных структур. Анаболические стероиды являются лекарственными средствами, имитирующими деятельность тестостерона в организме:

1) Оралтуринабол (выявлено 5 положительных проб) — анаболический стероид, который близок по эффектам и химической структуре к метандростенолону (метандиенону). Способствует увеличению мышечной массы.

2) Оксандролон (выявлено 3 положительные пробы) — анаболический стероид, применяется в спорте для повышения выносливости, увеличения мышечной массы, вре-

менного повышения силовых показателей. Способствует выводу излишков воды, обладает быстрым восстановительным эффектом.

3) Метандиенон (выявлено 2 положительные пробы) — анаболический стероид, способствует увеличению мышечной массы. Укрепляет костную систему.

4) Метенолон (примоболан) (выявлено 2 положительных пробы) — анаболический стероид с умеренным анаболическим действием и слабой андрогенной активностью. Способствует увеличению мышечной массы.

5) Станазалол (выявлена 1 положительная проба) — анаболический стероид, значительно увеличивает мышечную силу и общую выносливость, выводит избыточную жидкость из организма, способствует сжиганию жировых отложений.

6) Болденон (выявлена 1 положительная проба) — анаболический стероид, наращивает мышечную массу.

Побочные эффекты анаболических средств:

1. Влияние употребления препаратов на психическое состояние и настроение может варьировать от получения удовольствия до депрессии или признаков агрессивности [8].

2. Нередко возникновение симптомов со стороны кожи: акне, кожные отеки.

3. Употребление приводит к нарушению функции печени.

4. Употребление приводит к повышению артериального давления, утолщению стенки аорты. Кроме того, значительно повышается риск ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда.

5. У мужчин отмечается снижение продукции спермы и увеличение предстательной железы, а также увеличение грудных желез (гинекомастия).

6. Анаболические стероиды действуют подобно мужским половым гормонам. Употребление стероидов приводит к нарушению менструального цикла и снижению размера молочных желез, отмечается огрубение голоса у женщин [9].

Представленная нами информация указывает на особую серьезность проблемы применения допинга в различных видах спорта в Казахстане.

Для решения данной проблемы необходим комплексный подход с участием спортивных функционеров, педагогов, физиологов, биохимиков, психологов, тренеров, врачей и юристов основанный на:

— пересмотре соревновательных (разрядных) нормативов, как на республиканском, так и на международном уровне (с анализом нормативов (от 3-разрядника до мастера спорта международного класса), которые применялись в так называемый «до допинговый период», с их сравнением с нормативами применяемым в настоящее время и изучением функциональных способностей спортсменов которые никогда не применяли запрещенные препараты;

— разработке и внедрении новых тренировочных методик максимально учитывающих физиологические возможности организма спортсменов, особенно в детско-юношеском спорте [10];

— психологической подготовке спортсменов, направленной на исключение практики использования информации о положительном применении запрещенных препаратов спортсменами в прошлом;

— введении в законодательную базу Казахстана мер юридической ответственности за распространение запрещенных в спорте препаратов и привлечение спортсменов к употреблению допинга;

— максимальном снижении оборота запрещенных препаратов на «черном рынке» за счет усиления таможенного контроля, повышения мер юридической ответственности за ввоз и реализацию допинг-препаратов;

— принятии законодательных норм регистрации БАД в Казахстане, которые бы обеспечили надлежащий контроль за их производством, импортом из-за рубежа и, самое главное, соответствием назначения по медицинским показаниям;

— введении соответствующего ветеринарного надзора, обеспечивающего контроль за производством, ввозом и реализацией мясных продуктов, который бы гарантировал полное отсутствие запрещенных препаратов в мясе [10];

— ведении обязательно предмета «Спортивная фармакология» в вузах Казахстана, готовящих специалистов по направлению «Физическая культура и спорт» (тренеры, преподаватели, научные работники);

— специалисты, имеющие высшее образование и работающие в соответствующей отрасли, должны в обязательном порядке на постоянной основе проходить курсы повышения квалификации по спортивной фармакологии.

Степень развития современного спорта высших достижений, те перегрузки, которые испытывают спортсмены, настолько высоки, что попытки вообще отказаться от использования фармацевтических препаратов, просто не реальны. За последние два десятилетия объем, и интенсивность тренировочных и соревновательных нагрузок возросли в 2–3 раза и спортсмены практически всех видов спорта вплотную подошли к предельной черте физиологических возможностей организма. Необходимость применения фармакологической поддержки для обеспечения полноценной спортивной деятельности диктуют множество факторов: 1) витаминная, минеральная и пищевая неполноценность по составу (белки, жиры, углеводы, клетчатка) многих продуктов питания; 2) необходимость применения восстановительных мероприятий; 3) приспособление организма спортсменов не только к тяжелым физическим, но и психоэмоциональным нагрузкам; 4) переездам в иные часовые пояса и климатические условия для участия в тренировочных сборах и соревнованиях.

Но случае применения в спорте фармакологических средств должна работать только одна схема: применение только разрешенных препаратов, при условии разработанной программы рационального фармакологического обеспечения тренировочных и соревновательных нагрузок под строгим медицинским контролем и отсутствием индивидуальных противопоказаний у спортсменов.

Литература:

1. Спортивная медицина и антидопинг // Olympic.kz. URL: <https://olympic.kz/ru/page/155-sportivnaya-medit-sina-i-antidoping> (дата обращения: 04.10.2019).
2. Допинг // Википедия. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/допинг> (дата обращения: 04.10.2019).
3. Платонов В. Н. Борьба с допингом в олимпийском спорте: кризис и пути его преодоления // Наука в олимпийском спорте. — 2016. — № 2. — С. 64–90.
4. Гончарова Е. К. Социально-педагогические и организационные основы борьбы с допингом в спорте: дис... канд. пед. наук. Московская гос. акад. культуры, Малаховка, 1994.
5. Дисквалификации // Казахстанский Национальный антидопинговый центр. URL: <http://kaznadc.kz/documents/disqualifications/> (дата обращения: 04.10.2019).
6. WADA лишает спортсменов возможности сохранить свою жизнь // Коммерсантъ. URL: <https://www.kommer-sant.ru/doc/2933276> (дата обращения: 04.10.2019).
7. Чем опасен мельдоний: главные угрозы // Обозреватель, новости медицины. URL: <https://www.obozrevatel.com/health/chem-opasen-meldonij-glavnyie-ugrozyi.htm> (дата обращения: 06.10.2019).
8. Pat Lenehan. Anabolic Steroids: And Other Performance-enhancing Drugs. — CRC Press, 2003. — P. 23. — ISBN0-415-28030-3.
9. Залесский В. Н., Дынник О. Б. Побочные эффекты действия анаболических андрогенных стероидов // Спортивная медицина. — 2007. — № 1. — С. 77–83.
10. Управление тренировочным процессом в пауэрлифтинге: монография / В. Н. Авсиевич; М-во образования и науки Респ. Казахстан, Казах. акад. спорта и туризма. — Казань: Бук, 2019. — 232 с.
11. Авсиевич В. Н. Применение допинга в силовых видах спорта в Казахстане: состояние проблемы и пути решения // Вестник Национальной академии наук Республики Казахстан. — 2017. — № 2. — С. 39–54.

Особенности лечения женщин, страдающих хроническим гломерулонефритом

Аминов Салахитдин Джураевич, доктор медицинских наук, профессор;
Олимов Шохжахон Шухрат угли, студент;
Магруппова Сабохат Равшан кизи, студент
Ташкентский педиатрический медицинский институт (Узбекистан)

Ключевые слова: время беременности, хронический гломерулонефрит, неблагоприятное влияние медикаментов, физический метод лечения, больной

Актуальность

Хронический гломерулонефрит (ХГН) является наиболее серьезным заболеванием почек у беременных. Влияние беременности на течение ХГН и, напротив, ХГН на течение беременности проблемы, которые остаются недостаточно изученным. Актуальна также разработка методов фармакологического воздействия для профилактики неблагоприятных исходов беременности.

Цель исследования

Уточнить особенности течения гломерулонефрита во время беременности и профилактики неблагоприятных исходов беременности при ХГН (осложнения беременности для матери и плода) на основе изучения их патогенеза.

Задачи исследования

1. Судить течение гломерулонефрита во время беременности по исследовательским данным.

2. Выявить факторы, позволяющие оценить прогноз нефрита во время беременности.

3. Оценить частоту, структуру осложнений для матери и плода у беременных, страдающих хроническим гломерулонефритом, прогностические факторы этих осложнений.

Материал и методы

Анализ и обобщение специальной литературы и публикаций.

Результаты и их обсуждение

Хронические гломерулонефриты — большая группа патогенетически разнородных заболеваний, классификация которых построена на морфологических признаках. В настоящее время выделяют следующие морфологические варианты ХГН:

- болезнь минимальных изменений (БМИ)
- фокальный сегментарный гломерулосклероз (ФСГС)

- мембранозная нефропатия (МН)
- IgA-нефропатия (IgA-Н)
- мембранопрролиферативный гломерулонефрит (МППГН)
- экстракапиллярный гломерулонефрит (ЭКГН)
- диффузный нефросклероз (ДС)

Распространенность ХГН у беременных составляет 0,5–0,8%. Этиологический фактор ХГН в каждом конкретном случае выявить практически невозможно. В 20–30% случаев ХГН является следствием перенесенного острого гломерулонефрита. У большинства больных ХГН течение заболевания не ухудшается во время беременности: обострение и прогрессирование ХГН во время гестации и после родов развивается только в 26%.

Течение хронического гломерулонефрита во время беременности зависит от ведущего клинического синдрома. Наличие или присоединение у больных с нефритом артериальной гипертензии, почечной недостаточности, нефротического синдрома увеличивает риск обострения или прогрессировать заболевания почек во время беременности. У 60% беременных ХГН протекает бессимптомно, а его выявление возможно только при лабораторных исследованиях.

Сообщения на вопрос о безопасности и эффективности активного лечения нефрита во время беременности единичны, что на сегодняшний день не позволяет дать убедительных рекомендаций. Имеется опыт использования глюкокортикоидов, плазмафереза антитромботических и гипотензивных препаратов. При других случаях ГН опасна для больного и ее плода. Не учесть особенности течения гломерулонефрита во время беременности и не применять правильные методы вызывают у плода карликовость, микроцефалию, врожденную катаракту, расщепление твердого неба (Алкилирующие соединения — циклофосфамид, миелосан, допан, эмбихин); дефекты развития ЦНС, органов зрения, гонад, конечностей (Антиметаболиты — азатиоприн, аметоптерин, 6-меркаптопурин); способны вызвать у плода развитие *spinabifida*, врожденный гидронефроз, атрезию почек (аминохинолинов — далагил, плаквенил, резохин); большие дозы глюкокортикоидов (60 мг–80 мг) противопоказаны во время беременности из-за развития гипотрофии плода, возникновения у него гемолитических реакций и синдрома Кушинга, гипокортицизма, расщепления твердого неба, гипогликемии, умственной отсталости. При легком, латентном течении гломерулонефрита беременные вообще не нуждаются в лекарственной терапии.

Во время беременности приходится применять только симптоматическое лечение. В этиологической (противострептококковой) терапии нет необходимости, поскольку острый гломерулонефрит во время беременности возникает редко. К симптоматической терапии относится и ле-

чение анемии при гломерулонефрите. Назначение препаратов железа, витамина В12, фолиевой кислоты и других средств часто малоэффективно. Более надежно переливание крови или эритроцитной массы, что нежелательно во время беременности во избежание иммунизации организма антигеном крови донора с последующим мертворождением, бесплодием. Кроме того, возможно заражение HBsAg. Физические методы лечения позволяют ограничить дозы гипотензивных средств. Это особенно важно во время беременности, т.к. возможно неблагоприятное влияние медикаментов на плод.

У беременных с гломерулонефритом, несмотря на протеинурию, гиповолемии обычно нет. У таких больных при отсутствии признаков нефропатии беременных и присущей ей гиповолемии для лечения отеков могут быть использованы диуретические препараты. Антибиотики не оказывают влияния на течение хронического гломерулонефрита, как и удаление инфекционного очага (хронический тонзиллит) не излечивает нефрит. Тонзилэктомия имеет важное профилактическое значение, если ее производят в самом начале заболевания, а при хроническом гломерулонефрите удалять миндалины во время беременности нет необходимости. При простудных, особенно стрептококковых, заболеваниях показано лечение антибиотиками, причем такими, которые обладают наименьшим нефротоксическим действием. К ним относятся бензилпенициллин, к которому не развивается «привыкание» стрептококковой флоры, а также эритромицин.

Физические методы лечения позволяют ограничить дозы гипотензивных средств. Это особенно важно во время беременности, т.к. возможно неблагоприятное влияние медикаментов на плод.

У больных ХГН во время беременности акушерские осложнения наблюдаются в 2,5–4 раза чаще, чем у здоровых беременных.

Длительное применение ацетилсалициловой кислоты в дозе 125 мг/с в сочетании с курантилом в дозе 225 мг/с у больных с нефритом не влияет существенно на течение ХГН, но снижает риск развития акушерских осложнений.

Выводы

Артериальная гипертензия, почечная недостаточность и нефротический синдром ухудшают исходы беременности у больных ХГН:

- Артериальная гипертензия увеличивает риск перинатальных потерь и преждевременных родов;
- Почечная недостаточность приводит к увеличению числа самопроизвольных выкидышей и мертворождений;
- Нефротический синдром повышает риск преждевременных родов, задержки развития плода, ХГН способствует развитию плацентарной недостаточности.

Литература:

1. <http://medical-diss.com/medicina/techenie-hronicheskogo-glomerulonefrita-u-beremennyh-1>

2. https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_gynaecology/gestational-glomerulonephritis
3. <https://1opochkah.ru/beremennost/i-glomerulonefrit.html>
4. <http://medical-diss.com/medicina/techenie-hronicheskogo-glomerulonefrita-u-beremennyh>
5. Комплексное акушерско-нефрологическое обследование беременных с заболеванием почек и артериальной гипертензией. — Акушерство и гинекология. — 1993. — №5 — с. 15–17 (в соавт. с ВАРоговым, С.ОАндросовой, И.С. Сидоровой, Н.Г. Мирошниченко).
6. Учебное пособие: Гломерулонефриты — Иркутск ИГМУ 2017

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

Информированное добровольное согласие, оформление для услуг телемедицины и ответственность за дефекты в оформлении

Соболева Мария Евгеньевна, ведущий юрисконсульт
Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева (г. Москва)

Увеличение перечня медицинских вмешательств обеспечивает и рост необходимой документации для их оформления, в т.ч. информированное добровольное согласие. В статье рассматриваются инициативы Министерства здравоохранения РФ о расширении перечня медицинских вмешательств (телемедицины), а также ответственность за дефекты в оформлении или отсутствии информированного добровольного согласия в первичной медицинской документации.

Ключевые слова: телемедицина, информированное добровольное согласие, ответственность.

Informed consent for registration of telehealth services and liability for defects in the design

Maria Soboleva, general counsel
A.N. Bakulev NMRCCS (Moscow, Russia)

The increase in the list of medical interventions also ensures the growth of the necessary documentation for their registration, including informed voluntary consent. The article discusses the initiatives of the Ministry of health of the Russian Federation to expand the list of medical interventions (telemedicine), as well as responsibility for defects in the design or absence of informed voluntary consent in the primary medical documentation.

Keywords: telemedicine, informed voluntary consent, responsibility.

Развитие науки и техники в современном мире позволяет человеку повышать уровень своей жизни, а в здравоохранении стремиться к увеличению роста здоровья и продолжительности жизни граждан. В Российской Федерации обеспечивается рост развития технологий телемедицины, эффективное информационное взаимодействие медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы здравоохранения [2]. Таким образом, совершенствование инновационных технологий обеспечивает возможность оказания консультативных услуг со специалистами, которые отсутствуют в месте проживания граждан, а, следовательно, обеспечивают доступность медицинской помощи.

Согласно п. 22 ст. 2 Федеральный закон № 323-ФЗ под телемедицинскими технологиями понимаются — информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении

консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента [9]. Таким образом, создаются системы взаимного консультирования и обмена информацией в системах «врач-врач», «врач-пациент». В ходе такой консультации врачи имеют возможность оперативного обмена медицинской информацией о пациенте (выписки, электрокардиограммы, рентгенограммы, видеозаписи, заключения специалистов, результаты анализов и другое), а пациенты получить консультацию совместно со своим лечащим врачом на месте.

Медицинская организация оказывает медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий по видам работ (услуг), указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности, согласно, Порядка, утвержденного Приказом Министерства Российской Федерации [5]. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий не является отдельным видом медицинской деятельности, и телемедицинские технологии используются как технологическая составляющая при выполнении работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность [6].

Для осуществления лечебной организацией медицинского вмешательства пациенту необходимо оформить информированное добровольное согласие (далее по тексту ИДС) ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ [9].

Получение добровольного информированного согласия пациента (родственника, уполномоченного лица) на проведение телеконсультации с учетом ограничений, существующих при использовании телемедицинских технологий [7], для данного вида вмешательства предусматривалось с начала возникновения и внедрения указанных технологий в медицину.

На текущий момент времени перечень вмешательств [8], на которые граждане дают ИДС не содержит следующих вмешательств как:

- консультации с применением телемедицинских технологий;
- дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента [10].

Таким образом, Минздрав предлагает дополнить перечень вмешательств указанными выше видами, расширяя основания для получения от пациента ИДС. Возможно, что будет разработана форма ИДС для данного вида медицинской деятельности.

В соответствии с пунктами 7, 8 статьи 20 Федерального закона 323-ФЗ ИДС на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента. Порядок дачи ИДС на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, в том числе в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма ИДС на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти [9]. Приказом Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1177н введены формы ИДС и формы отказа от медицинского вмешательства при получении первичной медико-санитарной помощи.

Для отдельных видов медицинских вмешательств также утверждены формы ИДС:

- Приказ Минздрава России от 07.04.2016 № 216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины»;
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.01.2009 № 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них» и другие, но единая

форма информированного добровольного согласия в настоящее время не утверждена.

Наличие ИДС в медицинской документации, является лицензионным требованием осуществления медицинскими организациями своей деятельности. Следовательно, отсутствие ИДС, неполнота предоставленной информации пациенту, использование не утвержденной законодательством формы, дефекты заполнения может повлечь для медицинской организации / медицинского работника привлечение к гражданско-правовой и административной ответственности.

Наличие или отсутствие ИДС влияет на оценку действий врача как правомерных или противоправных [1].

Интересными для ознакомления по теме данной статьи будут судебные решения о признании ответственности за медицинскими учреждениями по дефектам ИДС

Пример. 1

Факт отсутствия ИДС даже при правильном диагнозе и лечении говорит о несоблюдении прав пациента в процессе оказания ему медицинской помощи, а значит, характеризуется как ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей (противоправное поведение) и является одним из условий наступления гражданско-правовой ответственности [3].

Пример. 2

Пример привлечения врача-отоларинголога к административной ответственности по ч. 3 ст. 19.20 КоАП РФ, в связи с тем, что информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство должным образом оформлено не было [4].

С учетом вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что медицинские работники для обеспечения соответствия лицензионным требованиям, увеличением видов медицинских вмешательств, осуществляют контроль и призваны оформлять большой объем медицинской документации. Работая с большими потоками информации, документами, категориями пациентов, медицинские работники могут совершать ошибки, но, как правило, это неумышленное и не виновное причинение вреда, а деятельность по неосторожности. И для вынесения судебных решений необходимо учитывать возникший дефект, в данном случае по ИДС и субъекта его совершившего, последствия выявленного нарушения для пациента, в целях объективного и всестороннего вывода, обеспечивающего защиту прав медицинских работников при привлечении к ответственности.

Литература:

1. «Методические рекомендации по информированному добровольному согласию при оказании медицинской помощи» (утв. Минздравом МО 07.08.2008) доступ Справочно-правовая система Консультант плюс (дата обращения 16 августа 2019 г.)

2. «Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2024 года» (утв. Правительством РФ 29.09.2018) доступ Справочно-правовая система Консультант плюс (дата обращения 14 августа 2019 г.)
3. Постановление Арбитражного суда Дальневосточного округа от 3 апреля 2019 г. № Ф03–1113/19 по делу № А73–10416/2018 доступ Справочно-правовая система Консультант плюс (дата обращения 16 августа 2019 г.)
4. Постановление Самарского областного суда от 20.11.2013 № 4а-847/2013 доступ Справочно-правовая система Консультант плюс (дата обращения 16 августа 2019 г.)
5. Приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» доступ Справочно-правовая система Консультант плюс (дата обращения 14 августа 2019 г.)
6. Письмо Минздрава России от 09.04.2018 № 18–2/0579 «О порядке организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» доступ Справочно-правовая система Консультант плюс (дата обращения 14 августа 2019 г.)
7. Приказ Минздрава РФ № 344, РАМН № 76 от 27.08.2001 «Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации» доступ Справочно-правовая система Консультант плюс (дата обращения 14 августа 2019 г.)
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» доступ Справочно-правовая система Консультант плюс (дата обращения 14 августа 2019 г.)
9. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» доступ Справочно-правовая система Консультант плюс (дата обращения 14 августа 2019 г.)
10. Электронный ресурс <https://regulation.gov.ru/projects#nra=92966> (дата обращения 15 августа 2019 г.)

ПРОЧИЕ ОТРАСЛИ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Методика комплексного медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава

Демиденко Владимир Алексеевич, ассистент, студент;
Демиденко Евгений Алексеевич, преподаватель
Свердловский областной медицинский колледж (г. Екатеринбург)

Болезни височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) — это комплекс патологических процессов, развивающихся во всех его структурах и жевательных мышцах, сопровождающихся нарушением функции нижней челюсти и возникновением болевого синдрома в челюстно-лицевой области [5].

Актуальность и новизна темы исследования обусловлена тем, что заболевания височно-нижнечелюстного сустава в Российской Федерации и в зарубежных странах является прогрессирующими, постепенно охватывающим все большее количество населения.

Патологии височно-нижнечелюстного сустава занимает особое место среди заболеваний челюстно-лицевой области. Болезни ВНЧС нередко являются причиной нарушений жизненно важных функций дыхания, пищеварения, речеобразования и психоэмоциональных расстройств, приводящих к нетрудоспособности и ухудшению социального статуса [4, 5].

По данным ВОЗ около 34% населения в возрасте от 18 до 60 лет страдают различными видами расстройств в ВНЧС. Согласно данным Минздрава РФ за 2018 г. заболевания ВНЧС встречаются в среднем у 27–32% пациентов, обратившихся за стоматологической помощью [5].

Кроме того, новизна темы исследования обусловлена тем, что в специальной литературе, касающейся медицинского массажа нет описания методики массажа, направленной на лечение и профилактику заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, а это является пробелом, который важно восполнить. К тому же в клиническом протоколе лечения заболеваний ВНЧС медицинский массаж указывается в качестве одного из основных методов лечения.

Целью исследования являлась разработка и оценка эффективности методики комплексного медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

К сожалению, в одном исследовании не удалось охватить все заболевания ВНЧС, поэтому из всего комплекса заболеваний ВНЧС были взяты следующие пять групп: синдром болевой дисфункции ВНЧС, «щёлкающая че-

люсть», рецидивирующие вывихи и подвывихи ВНЧС, тугоподвижность ВНЧС в послеоперационном периоде, артрозы ВНЧС. [4, 5].

В ходе исследования проанализированы описанные выше пять заболеваний ВНЧС, изучены их симптомы, факторы риска и причины их возникновения, методы диагностики и лечения. В практической части определены показания и противопоказания к массажу ВНЧС, сформулированы методические указания, план и протокол массажа, проанализированы результаты исследования.

Методика комплексного медицинского массажа объединяет в одной процедуре: классический и рефлекторно-сегментарный виды массажа.

План комплексного медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава:

1. Массаж воротниковой области.
2. Массаж шеи [1].
3. Рефлекторно-сегментарный массаж (PCM) сегментов вдоль позвоночника С4 — С3 [2].
4. Общий массаж лица [3].
5. Массаж мест выхода ветвей тройничных нервов [3].
6. Массаж жевательных мышц.
7. Массаж височно-нижнечелюстного сустава.

Методические указания к массажу височно-нижнечелюстного сустава:

1. Перед проведением комплексной методики медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний ВНЧС необходимо собрать подробный анамнез, учесть все показания и противопоказания к массажу ВНЧС и массажу анатомических областей входящих в комплексную методику их лечения. Понимание полной картины состояния здоровья пациента может способствовать эффективному лечению не только заболеваний ВНЧС, но и других заболеваний (гипертонической болезни, шейного остеохондроза, пареза мимических и жевательных мышц и многих других).

2. РСМ всех областей, где он указан, проводится с первой процедуры.

3. Массаж ШВЗ и шеи осуществляется в небыстром темпе, глубина массажа определяется с учетом состояния здоровья и заболеваний пациента.

4. Все массажные приемы, применяемые в области головы должны выполняться медленно, так как быстрый темп их выполнения приводит к повышению артериального давления, нервному возбуждению. Медленное воздействие нормализует артериальное давление, успокаивает нервную систему, способствует снятию воспаления, снижению болей, в том числе головных и болей в ВНЧС.

5. Общий классический массаж лица, включая массаж мест выхода черепно-мозговых нервов, массаж ВНЧС не должен проводиться более 18 минут.

6. Перед процедурой массажа лица обязательно необходимо очистить его кожу.

7. Массаж лица необходимо проводить: ритмично, симметрично. Приемы массажа должны выполняться в медленном темпе. Приемы не должны быть глубокими, так как почти все мимические мышцы крепятся к коже лица, при глубоком воздействии массажем кожа начинает оттягиваться, что приводит к образованию морщин.

8. Массаж ВНЧС должен быть не глубоким.

9. Массаж ВНЧС проводится с открытым ртом. Однако, если это не возможно, допустимо проведение массажа с закрытым ртом, а при невозможности его среднефизиологического открытия с слегка приоткрытым. Не стоит опускать нижнюю челюсть более среднефизиологической амплитуды раскрытия, так как это может привести к неблагоприятным последствиям в виде: усиления болей, вывиху, подвывиху в ВНЧС и др. Как показали результаты исследования, при опускании нижней челюсти удается более тщательно массировать ВНЧС, что способствовало более быстрому и более эффективному его лечению.

10. При профилактике вывихов и подвывихов ВНЧС, курс массажа желательно повторять 2–3 раз в год.

11. Курс массажа состоит из 10–15 процедур с перерывом между курсами массажа, который зависит от вида заболевания, результатов его лечения. При лечении всех заболеваний ВНЧС на первом году применения массажа курс повторяется каждые 2,5–3 месяца. Допустимо проведение курса массажа из 7–8 процедур по 3–4 курса в год, если заболевание находится в стойкой ремиссии и курс массажа был проведен до этого не однократно.

12. Указанные методики применяются не все в рамках одной процедура, а зависят от вида заболевания ВНЧС, состояния пациента, проявления симптомов и других сопутствующих заболеваний.

13. Массаж ВНЧС следует применять строго по назначению врача.

Материал и методы исследования. Все теоретические положения разрабатывались на базе ГБПОУ «СОМК». Выше предложенная методика комплексного медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний ВНЧС была опробована на 82 пациентах, имеющих те или иные формы заболеваний височно-нижнечелюстных

суставов с их информированного согласия на проведение процедуры из них: 20 с синдромом болевой дисфункции ВНЧС, 12 с «щёлкающей челюстью», 20 с рецидивирующими вывихами и подвывихами ВНЧС, 10 с тугоподвижностью ВНЧС в послеоперационном периоде, 20 с артрозами височно-нижнечелюстного сустава.

Также была подобрана контрольная группа, состоящая из 50 пациентов (по 10 пациентов с соответствующим 1 из 5 заболеваний), которым проводилось исключительно медикаментозное лечение, ЛФК и физиотерапия без проведения комплексного массажа.

На базе ГБУЗ СО «Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для Ветеранов Войн» исследование проводилось в период с 05 мая по 30 августа 2019 г. Пациентам, страдающим от заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и находящимся под наблюдением врачей челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-ортопедов, в связи с пребыванием на стационарном лечении было предложено пройти курс комплексного медицинского массажа направленного на лечение и профилактику заболеваний ВНЧС, состоящий из 10 процедур. Согласились пройти курс массажа 82 пациента в возрасте от 25 до 55 лет. Также были подобраны 50 пациентов контрольной группы того же возраста, которым применялось только медикаментозное лечение, ЛФК и физиотерапевтическое лечение. Методика комплексного медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний ВНЧС применялась согласно ранее описанному плану и методическим указаниям к массажу. В течение всего периода проведения курса массажа все пациенты находились под наблюдением лечащих врачей.

Результаты. По завершению курса массажа, врачами челюстно-лицевыми хирургами при выписке пациентов было отмечено, что состояние здоровья пациентов существенно улучшилось, симптомы заболеваний височно-нижнечелюстных суставов практически исчезли, чего в полной мере не удавалось достичь ранее при помощи других методов лечения.

При выписке пациентов применялись различные диагностические методы исследования, результаты которых подтверждают положительное влияние массажа на лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. Все эти результаты отмечены и зафиксированы лечащими врачами челюстно-лицевыми хирургами в историях болезни и выписных эпикризах пациентов. Пациенты, прошедшие массаж по разработанной методике, смогли отказаться от применения нестероидных противовоспалительных препаратов, у них снизилась потребность в миорелаксантах и анальгетиках, пациенты, входящие в контрольную группу, по результатам лечения от этих препаратов в полной мере отказаться не смогли.

Также специалистами, участвовавшими в лечении, было замечено, что общее состояние здоровья пациентов, прошедших курс медицинского массажа по предложенной методике, было существенно лучше, чем у тех пациентов, которые не проходили данной процедуры (контрольной

группы). В действительности это связано с тем, что перед применением массажа по разработанной методике у пациентов подробно было выяснено их состояние здоровья, образ жизни, наличие хронических заболеваний, что способствовало не только лечению заболеваний ВНЧС, но и лечению сопутствующих заболеваний. Так как методика комплексного массажа включает в себя массаж нескольких анатомических областей массажа, то понимание полной картины состояния здоровья пациентов дает возможность одновременно решать несколько лечебных задач. Например, возможно попутно лечить: гипертоническую болезнь, шейно-грудной радикулит, парез мимических мышц лица и многие другие заболевания, при наличии которых показан массаж областей, включенных в план массажа. Однако, лечебного эффекта в полной мере не удалось достичь у одного пациента, что, возможно, может быть связано с нарушением им рекомендаций, а именно частым употреблением им в процессе лечения твердой и объемной пищи, что и могло быть причиной возникновения у него рецидивирующего подвывиха ВНЧС, но обвинять в этом пациента недопустимо.

Выяснено, что в процессе проведения процедуры массажа по предложенной методике негативного (побочного) влияния на организм человека не выявлено.

Таким образом, все пациенты прошли по одному курсу массажа, состоящему из 10 процедур по разрабатываемой методике. Был получен положительный результат у 98,8% пациентов, за исключением одного. В отношении одного пациента лечебного, положительного эффекта в полной мере достичь не удалось, что возможно связано с нарушением им лечебных рекомендаций. У 50 пациентов входящих в контрольную группу, которым данный вид массажа не проводился, но в отношении которых применялось медикаментозное лечение, физиотерапевтическое лечение и ЛФК результаты лечения в их случаях ока-

зались менее эффективными и менее продолжительным, например, у этих пациентов в результате лечения сохранились симптомы «щелкающей челюсти», тугоподвижность в ВНЧС, небольшая болезненность в суставе, подвывихи, асимметричность при опускании нижней челюсти и др. У пациентов, прошедших курс массажа, на момент завершения курса удалось ликвидировать данные симптомы, но необходимо отметить, что для закрепления результатов лечения необходимо проведение в течение первого года лечения массажем еще нескольких курсов.

Выводы

1. Методика комплексного медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава разработана и является эффективным средством лечения указанных заболеваний, что подтверждается изложенными выше ходом и результатами исследования.

2. Побочного действия медицинского массажа в предложенной вариации на организм человека не выявлено.

3. Применять разработанную методику можно в качестве альтернативы медикаментозному лечению, в случае невозможности его осуществления.

4. При профилактике вывихов и подвывихов, тугоподвижности ВНЧС и «щелкающей челюсти», курс массажа желательно повторять 2–3 раз в год. При лечении всех заболеваний ВНЧС на первом году применения массажа курс повторяется каждые 2,5–3 месяца. Допустимо проведение курса массажа из 7–8 процедур по 3–4 курса в год, если заболевание находится в стойкой ремиссии и курс массажа был проведен до этого не однократно. При лечении часто рецидивирующих вывихов и подвывихов ВНЧС, массаж по созданной методике желательно проводить каждые 2 месяца на первом году лечения массажем.

Литература:

1. Основы лечебного массажа [Текст]: учеб. пособие /А. Ф. Вербов. — М.: Мир, 2016. — 320 с.
2. Макеева, Н.Н., Леспух, Н.И. Пособие по массажу [Текст] /Н. Н. Макеева, Н.И. Леспух / — Екатеринбург: УГМА, Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, 2014. — 54 с.
3. Павлухина Н. П., Анопьян Л. В., Безбородова Е. А., Новицкая Т. Г., Таюрская Л. А., Подольская И. В., Карлина О. А.. Классический массаж. Основы теории и практики Учебное пособие. Полный аудио курс на DVD / Под ред. проф. М. А. Еремушкина. — СПб: Наука и Техника, 2018—496 с.
4. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / под ред. В. М. Безрукова, Т. Г. Робустовой. — М.: Медицина, 2000 — Т. 1—2—974 с.
5. Челюстно-лицевая хирургия [Текст]: учебник / [Робустова Т. Г., Дробышев А. Ю., Сохов С. Т. и др.]; под редакцией профессора А. Ю. Дробышева, профессора О. О. Янушевича. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 876 с.: ил.

Научное издание

МЕДИЦИНА: ВЫЗОВЫ СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ

Выпускающий редактор Г. А. Кайнова
Ответственные редакторы Е. И. Осянина, О. А. Шульга
Оформление обложки Е. А. Шишков
Подготовка оригинал-макета М. В. Голубцов

Материалы публикуются в авторской редакции.

Подписано в печать 24.11.2019. Формат 60x84/8. Усл. печ. л. 3,48. Тираж 300 экз.

Издательство «Свое издательство». 199004, г. Санкт-Петербург, линия 4-я В. О., д. 5

Отпечатано в типографии издательства «Молодой ученый», 420029, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25