

Международная Объединенная Академия Наук

Научный диалог: Вопросы медицины

Сборник научных трудов

по материалам
XI международной научной конференции

15 декабря 2017 г.

SCIENCEPUBLIC

Санкт-Петербург 2017

УДК 001.1
ББК 60

НЗ4

Научный диалог: Вопросы медицины. Сборник научных трудов, по материалам международной научно-практической конференции 15.12.2017 г. Изд. ЦНК МНИФ «Общественная наука», 2017. - 32с.

SPLN 001-000001-0225-MQ
DOI 10.18411/spc-15-12-2017
IDSP 000001:spc-15-12-2017

В сборнике научных трудов собраны материалы из различных областей научных знаний. В данном издании приведены все материалы, которые были присланы на XI международную научно-практическую конференцию **Научный диалог: Вопросы медицины**

Сборник предназначен для научных работников, преподавателей, аспирантов и студентов.

Все материалы, размещенные в сборнике, опубликованы в авторском варианте. Редакция не вносила коррективы в научные статьи. Ответственность за информацию, размещенную в материалах на всеобщее обозрение, несут их авторы.

Информация об опубликованных статьях будет передана в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) и наукометрическую базу SPINDEX

Электронная версия сборника доступна на сайте ЦНК МНИФ «Общественная наука». Сайт центра: conf.sciencepublic.ru

УДК 001.1
ББК 60

SPLN 001-000001-0225-MQ

<http://conf.sciencepublic.ru>

Содержание

РАЗДЕЛ I. МЕДИЦИНА	4
Джафаров М.М., Гусейнова С.И., Эйвазова Г.И., Ганбаров Х.Г. Влияние температуры на образование серебряных наночастиц штаммом дрожжевого гриба CANDIDA GUILLERMONDII BDU – 217	4
Джафарова С.М. Медицинская и социальная реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба	4
Докучаева О.А. Аденомиоз или внутренний эндометриоз? Основы проведения дифференциальной диагностики	10
Захарова И.В., Жилякова О.В., Белова Н.Г. Лечение анемии в ранние сроки беременности	13
Иксанов А.В., Сумная Д.Б., Львовская Е.И. Острые отравления АЛЬФА-RVP («солями для ванн»)	16
Малышева Е.А., Желудков Н.А., Букреева О.Ю. Эффективность антисекреторной терапии при острых гастродуоденальных язвах.....	19
Янова Н.И. Взаимосвязь кариеса и зубочелюстных аномалий.....	21
РАЗДЕЛ II. БИОЛОГИЯ	28
Байкин Н.О., Погоньшева И.А. Психофизиологические особенности младших школьников г. Нижневартовска	28

РАЗДЕЛ I. МЕДИЦИНА

Джафаров М.М., Гусейнова С.И., Эйвазова Г.И., Ганбаров Х.Г.
Влияние температуры на образование серебряных наночастиц штаммом
дрожжевого гриба CANDIDA GUILLERMONDII BDU – 217

Бакинский Государственный Университет

doi:10.18411/spc-15-12-2017-01

idsp: 000001:spc-15-12-2017-01

В производстве металлических наночастиц использование грибов, особенно дрожжевых грибов, имеет ряд преимуществ. Дрожжевые грибы рода *Candida* проявляют активность в образовании серебряных наночастиц. В нашем исследовании изучается образование штаммом дрожжевого гриба *Candida guilliermondii* BDU – 217 серебряных наночастиц. Изучение оптимальной температуры для синтеза наночастиц этой культурой является одним из важных задач. С этой точки зрения главной особенностью этого исследования является изучения влияния температуры на образование серебряных наночастиц штаммом дрожжевого гриба *Candida guilliermondii* BDU – 217. Для получения биомассы этот штамм был инкубирован в среде с оптимальной температурой. Собранная в среде биомасса была отделена центрифугированием и полученная 10 гр биомасса 3 раза была промыта 100 мл стерильной дистиллированной водой. Затем полученное добавляем в 90 мл стерильную дистиллированную воду и добавляя 10мл раствора $AgNO_3$ инкубируем при температурах 25, 30, 35, 40, 45 $^{\circ}C$. Начиная с 3-го дня инкубации замечая изменение окраски реакционной среды сохраненной при температурах 25, 30, 35, 40 $^{\circ}C$, берем образцы и проводим спектрофотометрический анализ. Было выявлено поглощение УФ спектрофотометром при длине волны 410- 420 нм. В образцах взятых из среды инкубированной в 45 $^{\circ}C$ где изменение окраски наблюдалось слабо не было обнаружено поглощения.

Таким образом стало известно, что оптимальная температура для образования серебряных наночастиц штаммом дрожжевого гриба *Candida guilliermondii* BDU – 217 находится в интервале 25 –300 $^{\circ}C$.

Джафарова С.М.

Медицинская и социальная реабилитация детей с врожденными расщелинами
верхней губы и неба

Кафедра стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ЧГМА
(Россия, Чита)

doi:10.18411/spc-15-12-2017-02

idsp: 000001:spc-15-12-2017-02

Аннотация

В Забайкальском крае отмечается высокая распространенность зубочелюстных аномалий. Для комплексной реабилитации детей-инвалидов, помимо медицинских мер – необходимо создание психологических, бытовых условий, необходимых для нормальной жизнедеятельности.

Ключевые слова: медицинская и социальная реабилитация, врожденная расщелина верхней губы и неба.

Abstract

In Zabaykalsky Krai there is a high prevalence of dentofacial anomalies. For the comprehensive rehabilitation of children with disabilities, in addition to medical measures, it is necessary to create psychological conditions that are necessary for normal functioning.

Key words: medical and social rehabilitation, upper lip and palate

Одной из острых и актуальных проблем, представляющих угрозу состоянию здоровья детского населения России, является увеличение количества детей с врожденной патологией [3, 11, 23, 27, 37, 39].

Врожденная расщелина лица является тяжелым пороком развития зубочелюстной системы и характеризуется выраженными структурными и функциональными нарушениями [7, 8, 32, 33, 57, 62, 63, 64, 68, 69]. По данным некоторых авторов, частота врожденных расщелин лица составляет в среднем 1:1000 новорожденных [1, 11, 18, 49]. Однако по разным географическим регионам она может варьировать от 1:2250 до 1:300 новорожденных [1, 9, 11, 18, 19, 39, 42, 49, 53, 65]. В среднем по России частота рождаемости детей с расщелиной губы и неба составляет 1:600 - 1:500 новорожденных [1, 6, 21, 27, 30, 43, 66].

Частота врожденных расщелин верхней губы и неба в Республике Саха (Якутия) составляет $1:765 \pm 68,16$ - ($1,42 \pm 0,17\%$). Почти половина аномалий представлена одно- и двусторонними расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, требующими более длительного и сложного лечения [23].

Высокая распространенность врожденных расщелин верхней губы и неба отмечается в Забайкальском крае, так в городе Чита каждый год рождается один ребенок с врожденными пороками на 600 детей, с населением 250 тысяч. Несмотря на бурное развитие современных медицинских технологий в сфере диагностики и лечения врожденных аномалий у детей в Забайкальском крае, за последние десятилетия отмечается неуклонный рост врожденных пороков [41].

Тенденция к значительному повышению распространенности данного вида аномалий обусловлена экологическими, экономическими, социальными и другими условиями, влияющими на здоровье родителей и их детей [26].

До 60-70% причин детской инвалидности связаны с перинатальным периодом [37].

Врожденная расщелина верхней губы и неба сопровождается рядом анатомических, функциональных и эстетических нарушений, совокупность которых оказывает существенное влияние на качество жизни и социально-психологическую реабилитацию больного [3, 6, 7, 11, 17, 19, 23, 47].

Неудовлетворенность ребенка собственной внешностью и улыбкой создает проблемы общения со сверстниками, вызывает «комплекс неполноценности», нарушает психоэмоциональный статус, формируя актуальную медико-социальную проблему. [13, 27, 35, 50, 60].

Сопутствующие заболевания характеризуются высокой частотой болезней органов дыхания ($57,51 \pm 3,61\%$), нервной системы ($25,60 \pm 3,18\%$), системы кровообращения ($17,80 \pm 2,79\%$). Анемии I, II степени у $13,67 \pm 2,51\%$ детей, аллергические состояния - у $7,09 \pm 1,87\%$. У $65,0 \pm 3,48\%$ сочетание нескольких соматических патологий. [39].

Данная патология вызывает значительные изменения в зубочелюстной системе пациента, в том числе оказывает негативное влияние на распространенность и интенсивность кариеса. [4, 20, 39, 40, 56, 58, 61, 67].

У детей дошкольного возраста с врожденными аномалиями зубочелюстной системы кариозный процесс предрасположен к острому течению и стремительному разрушению твердых тканей зуба. [14, 36, 39, 45, 54].

Уровень распространённости кариеса у детей с расщелинами верхней губы и неба равен 100%. Интенсивность кариеса у детей с ВРГН по индексу кпу- 11,83 . [39].

У 96,2% детей с расщелинами губы и неба имеются заболевания пародонта. Ведущим фактором в развитии воспаления является затрудненный уход за полостью рта и множественные ретенционные пункты, у 54,7% детей неудовлетворительная гигиена полости рта, удовлетворительная – у 32,1% детей; а хорошая у 13,2% обследованных детей . [39].

Высокую распространенность у детей с врожденными аномалиями имеют и ряд других стоматологических аномалий: местная гипоплазия у 17,0% детей, частичная первичная адентия у 17,0%, вторичная адентия у 28,3%. Также было выявлено: короткие уздечки языка – 88,7% детей с ВРГН, верхней губы – 79,3% детей, нижней губы – 13,2%, дополнительные тяжи слизистой оболочки – 24,5% детей. Мелкое преддверие полости рта на нижней челюсти у 28,3% детей с ВРГН, а на верхней челюсти у 50,9% детей.[1]. Уровень стоматологической помощи у детей с расщелинами губы и неба до 3-х лет равен 18,61%, от 3-х до 6 лет - 18,60% при нуждаемости в лечении кариеса зубов - 55,0% и 77,0%, соответственно это приводит к раннему хирургическому лечению и развитию зубочелюстных деформаций. [39].

Главной задачей современных подходов к лечению врожденных заболеваний челюстно-лицевой области является достижение контроля над болезнью и улучшение качества жизни [5, 6, 7, 8, 17, 23].

При оказании специализированной помощи детям с врожденной патологией челюстно-лицевой области необходимо руководствоваться основными принципами: комплексность, своевременность, последовательность и периодичность проведения лечебно-реабилитационных мероприятий[7, 21, 23, 34].

Необходимость комплексного лечения больных с врожденной патологией челюстно-лицевой области возникает с момента рождения и продолжается до 17 лет и старше[1, 6, 11, 48].

Система комплексного лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба предусматривает многоэтапное междисциплинарное взаимодействие специалистов: хирургов стоматологов, педиатров, невропатологов, терапевтов, ортодонтотв, логопедов, оториноларингологов и других специалистов. [3, 6, 8, 10, 21, 23].

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. Соблюдение основных принципов реабилитации детей с врожденными аномалиями не только значительно улучшает эстетические и функциональные результаты лечения, но и сводит до минимума количество повторных исправляющих операций. [44].

Стоматологическое здоровье можно рассматривать как комплекс анатомо-физиологического, психического и социально-бытового компонентов, которые участвуют в реализации жевательной, фонетической, эстетической функций, способствующих психологическому и функциональному комфорту. [22].

Но к сожалению в большинстве случаев оперативное лечение, не всегда обеспечивает оптимальное функционирование, что затрудняет нормальное питание и обуславливает различные дефекты речи. [46].

Комплексный подход к реабилитации детей с врожденной двусторонней расщелиной губы и неба с использованием инновационных технологий позволяет добиться стабильного результата у 80-85% пациентов в дошкольном возрасте, что значительно снижает сроки инвалидности больных. [24].

Однако комплексное лечение, медицинская и социальная реабилитация детей с врожденными расщелинами лица требует больших финансовых затрат, на осуществление социальных льгот и выплату пособий семьям, в которых есть ребенок – инвалид.[3, 25, 37, 38].

Каждый двенадцатый ребенок-инвалид, не смотря на постоянную потребность в медицинской реабилитации, не состоит на диспансерном учете[37].

Ограничение возможностей, снижение уровня и качества жизни относительно иных социальных групп сопровождаются серьезными личностными проблемами, низким адаптивным потенциалом инвалидов в динамичной социокультурной среде. [10, 22, 39].

Стоматологическое здоровье можно рассматривать как комплекс анатомо-физиологического, психического и социально-бытового компонентов, которые участвуют в реализации жевательной, фонетической, эстетической функций, способствующих психологическому и функциональному комфорту. [22].

Для повышения стоматологического уровня здоровья с минимальными экономическими затратами, необходима массовая профилактическая работа при использовании всех доступных методов и средств стоматологической просветительной деятельности. Основой любого лечения врожденных аномалий челюстно-лицевой области у детей является то, что оно должно быть комплексным, этиопатогенетическим, индивидуальным и динамическим [22].

В Забайкальском крае помощь детскому населению по челюстно-лицевой хирургии оказывается лишь в одном лечебном учреждении — ГУЗ КДКБ в отделении ЧЛХ.

По данным отчета главного внештатного детского челюстно-лицевого хирурга МЗ Забайкальского края за 2016 год увеличилось количество детей с врожденными расщелинами губы и неба на 46%.

Столь высокий показатель данной нозологической формы заболевания среди новорожденных определяет необходимость введения инновационных форм реабилитационных мероприятий в данной группе.

В нашей стране дети-инвалиды изолированы от сверстников, ограничены в общении и в информации, и как следствие – неуверенны в себе. У детей формируется страх перед здоровыми сверстниками и взрослыми. Для комплексной реабилитации детей-инвалидов, помимо медицинских мер – необходимо создание психологических, бытовых условий, необходимых для нормальной жизнедеятельности.

Для полноценной интеграции детей-инвалидов в общество, необходимо создать условия медицинской, социально-культурной реабилитации в комплексе.

1. Анурова А. Н. Клинико-микробиологические параллели стоматологического здоровья матери и ребенка с врожденной расщелиной губы и неба: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14, 03.02.03 / А. Е. Анурова. - М., 2010. - 23 с.
2. Арутюнов, С. Д. Новые возможности профилактики и лечения начальных форм кариеса у детей младшего возраста / С. Д. Арутюнов, М. В. Кузьмичевская, М. Г. Свердловва // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2007. – № 3. – С. 9-12.
3. Булгакова Е. А. Совершенствование специализированной помощи детям с врожденной патологией челюстно-лицевой области: автореф. дис. ... канд. мед. наук :14.02.03,14.01.14 / Е. А. Булгакова – Кемерово, 2013. – 23 с.
4. Гаврилова, О. А. Особенности кариозного процесса временных зубов у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области / О. А. Гаврилова, В. В. Максимова, Е. Н. Федотова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: материалы IV Всерос. науч.-практ. конф. – Москва: МГМСУ, 2012. – С. 81-85.
5. Гажва С.И., Гажва Ю.В., Гулуев Р.С. Качество жизни пациентов с заболеваниями полости рта (обзор литературы) // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4.;
6. Гончаков Г. В. Комплексная реабилитация детей с врожденными расщелинами губы и неба в НПЦ медицинской помощи детям. //Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей:

- актуальные вопросы комплексного лечения. М.: МГМСУ, 2006. — С.48–49.
7. Гранчук Г.Н. Особенности медицинской реабилитации больных с верхней микрогнатией после врожденных расщелин верхней губы, твердого и мягкого неба. // Передовые технологии медицины на стыке веков: сб. ст.-М., 2000. - с. 104.
 8. Губашиева Диана Робертовна. Современные принципы реабилитации детей с врожденными расщелинами неба: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.21 / Губашиева Диана Робертовна; [Место защиты: ГОУВПО "Воронежская государственная медицинская академия"].- Воронеж, 2009.- 119 с.: ил.
 9. Губина, Л. К. Ситуационный анализ частоты врожденной патологии челюстно- лицевой области и вероятные факторы / Л. К. Губина, О. П. Красникова // Детская стоматология. – 2000. – № 3-4. – С. 65-68.
 10. Гудина, Т.В. Социально-культурная деятельность как средство обеспечения равных возможностей развития и инкультурации детей- инвалидов в современном обществе: дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.05 / Т.В. Гудина. – СПб., 2014. – 386 с.
 11. Давлетшин Н. А. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Республике Башкортостан: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21/ Н.А. Давлетшин. – М., 2009. - 152 с.
 12. Демикова Н.С., Лапина А.С., Подольная М.А., Кобринский Б.А. Динамика частоты врожденных пороков развития в РФ (по данным федеральной базы мониторинга ВПР за 2006—2012 гг.). Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2015;60(2):72-77.
 13. Дмитриев Н.С., Мамедов Ад.А., Соколова А.В. и др. Экссудативный средний отит у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / Сб. статей московского центра детской челюстно-лицевой хирургии. — М., 2002. -С. 101-104.
 14. Димитрова, М. Модель оценки риска появления кариеса в раннем детстве / М. Димитрова, М. Кухлева // Стоматология. – 2008. – Т. 87, № 4. – С. 29-32.
 15. Дифференцированный подход к профилактике кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Е. Е. Маслак, Н.В. Рождественская, Д.И. Фурсик [и др.] // Институт стоматологии. – 2005. – № 3. – С. 82-84.
 16. Достижения и проблемы школьной стоматологической службы / Е. Е. Маслак, Н.А. Лунева, С.В. Ставская [и др.] // Материалы XVII и XVIII Всероссийских научно-практических конференций и I Европейского стоматологического конгресса. – Москва, 2007. – С. 201-203.
 17. Дурново Е. А., Глявина И. А., Монакова Н. Е. Диагностические и лечебные аспекты реабилитации детей с врожденными пороками развития лица в Нижегородской области // Российский стоматологический журнал. 2013. №5 С.46-48.
 18. Дьякова, С. В Современный подход к диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области / С. В. Дьякова, С. В. Яковлев, М. А. Першина // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: материалы II Всерос. науч.-практ. конф. – Москва: МГМСУ, 2006. – С. 5-88.
 19. Дьякова, С. В. Специализированное лечение детей с врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области в системе диспансеризации / С. В. Дьякова // Врожденная и наследственная патология головы и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: сб. ст. конф. – Москва: МГМСУ, 2002. – С. 91-95.
 20. Евмененко, Р. А. Профилактика негативных изменений в органах и тканях полости рта при лечении врожденных расщелин верхней губы и неба у детей: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Евмененко Роман Анатольевич. – Омск, 2006. – 157 с.
 21. Ешиев А. М., Давыдова А. К. Анализ выявления сопутствующей и сочетанной патологии у детей с расщелинами губы и неба // Фундаментальные исследования. 2013. №9-1 С.42-45.
 22. Зобанова И. Н. Стоматологическая помощь в системе комплексной реабилитации и социальной адаптации детей-инвалидов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / И. Н. Зобанова. - Нижний Новгород, 2015. - 24 с.
 23. Исаков Л. О. Комплексная реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы, неба и профилактика их развития в Республике Саха (Якутия): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21/ Л. О. Исаков. - Якутск, 2009. - 123 с.
 24. Катасонова Е. С. Обоснование применения новых технологий на ранних этапах комплексного лечения детей с врожденной двусторонней расщелиной верхней губы и неба: автореф. дис. ... канд. мед. наук :14.00.21/ Е.С. Катасонова. - Алматы, 2010. -23с.
 25. Кирилюк О.М. Реабилитация детей-инвалидов // «Теория и практика сервиса: экономика, социальная сфера, технологии»: науч.-практ. журн. – 2013. - № 2 (16). – С. 79-85.
 26. Кириченко Ю. Н., Разиньков Д. В. Региональный аспект сложности решения проблем детей-инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2012. №2 С.44-46.
 27. Короленкова Мария Владимировна. Оптимизация алгоритма реабилитации детей с расщелиной губы и неба с использованием компьютерных методов автоматизации и учета: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.21 / Короленкова Мария Владимировна; Москва, 2008. - 156 с.: ил.
 28. Кузьмина, Э. М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Э. М. Кузьмина, С. А. Васина, Т. А. Смирнова. – Москва, 2006. – 186 с.
 29. Кулаков О. Б., Мальгинов Н. Н., Першина М. А., Субботин И. А. Замещение дефектов альвеолярного отростка и зубных рядов у пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области // Российский стоматологический журнал. 2013. №2 С.21-23.

30. Леонов, А. Г. Частота и распространенность врожденной расщелины верхней губы и неба в Свердловской области за период с 1987 по 2007 гг. / А. Г. Леонов, Г. В. Кожарская, Н. Л. Кузнецова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: материалы III Всерос. науч.-практ. конф. – М.: МГМСУ, 2009. – С. 198-200.
31. Леус, П. А. Профилактическая коммунальная стоматология / П. А. Леус. – Москва: Медицинская книга, 2008. – 444с.
32. Махкамов М.Э. Бронхолегочная функция у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. // Стоматология. - 2001. - №5. - с.34-36.
33. Медведев М.В. Перинатальные исходы при врожденных пороках развития. 6. Расщелины верхней губы и неба / М.В. Медведев, Е.В. Юдина, Н.В. Потапова // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. -2001. - Том 9, №4. - с.260-267.
34. Минайчева Л.И., Куровский А.В., Назаренко Л.П. Сравнительный анализ частоты врожденных пороков развития у новорожденных в сибирских популяциях // Медицинская генетика. 2014. № 4. С. 44-52.
35. Мирзаева, Р.Б. Повышение эффективности лечения кариеса и его осложнений у детей с аномалиями и приобретенными деформациями челюстей): автореф. дис. ... канд. мед. наук:14.00.21/ Р.Б. Мирзаева. - Санкт-Петербург, 2009. -19с.
36. Морозова, Н. В. Индивидуальная профилактика кариеса у детей раннего возраста / Н. В. Морозова, В. В. Корчагина, К. В. Хроменкова // Клиническая стоматология. – 2004. – № 1. – С. 40-43.
37. Нелюбина О.В., Мамедов А.А. назофарингоэндоскопическое исследование функции небно-глоточного кольца. Педиатрическая фармакология. 2012;9(2):20-21.
38. Немкова С.А. Детский церебральный паралич: современные технологии в комплексной диагностике и реабилитации когнитивных расстройств / С.А. Немкова. – Москва: Медпрактика-М, 2013. – 440 с. – 27,5 печ. л. – 1000 экз. – ISBN 978-5-98803-293-9.
39. Николаева Е.В. Оптимизация стоматологической помощи детям младшего возраста с расщелинами губы и/или неба на этапах комплексного лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14/ Е. В. Николаева. - Казань, 2014. -128 с.
40. Овчинников, В. М. Состояние полости рта у детей с врожденными расщелинами неба в зависимости от сроков оперативного вмешательства / В. М. Овчинников, В. А. Дистель, А. В. Карницкий // Кариес зубов и его осложнения. – Омск, 1995. – С. 24-26.
41. Попова Е. С. Роль заболеваний пародонта, состояния гемодинамики и микроциркуляции в патогенезе, профилактике и лечении зубочелюстных аномалий у детей, проживающих в условиях резко континентального климата: автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.14 / Е. С. Попова. - Тверь, 2015. - 42 с.
42. Распространенность и эпидемиология орофасциальных расщелин в РСО- Алаания / Ю. В. Габисова, Ф.К. Лагуева, З.К. Гетоева [и др.] // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: материалы III Всерос. науч.-практ. конф. – Москва: МГМСУ, 2009. – С. 84-87
43. Саенко, К. Н. Моторно-двигательные нарушения мышц челюстно-лицевой области и шеи у пациентов с расщелиной губы и неба: автореф. дис. ... канд. мед. наук:14.01.14 /К.Н. Саенко. – Москва, 2016.
44. 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. №1 С.36-43.
45. Токарева, А. В. Опыт применения стандартных защитных коронок при лечении временных зубов / А. В. Токарева, Л. П. Кисельникова // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2010. – Т. IX, № 1 (32). – С. 9-13.
46. Топольницкий О.З., Чуйкин О.С. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Республике Башкортостан // Современные проблемы науки и образования. 2015. №4 С.360.
47. Фабелинская, И. В. Возрастные анатомические и функциональные особенности височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков с врожденной расщелиной верхней губы и неба: специальность 14.00.21 "Стоматология" :автореф. дис. . канд. мед. наук / Фабелинская И. В. ; М., 2005. - 24 с. : рис., табл. - Библиогр.: с. 22-23 (9 назв.). - 100 экз.
48. Фоменко И.В. Эффективность современных методов диагностики и лечения в комплексной реабилитации пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба: автореф. дис. . д-ра мед. наук : 14.01.14 / И. В. Фоменко . - Волгоград, 2011. - 39 с.
49. Чуйкин, С. В. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Республике Башкортостан / С. В. Чуйкин, Н. А. Давлетшин // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей : актуальные вопросы комплексного лечения : материалы IV Всерос. науч.-практ. конф. – Москва : МГМСУ, 2012. – С. 369-381.
50. Ahluwalia M., Brailsford S.R., Tarelli E. et al. Dental caries, oral hygiene, and oral clearance in children with craniofacial disorders // J. Dent. Res. -2004. Vol. 83, № 2. - P. 175-179
51. Allais, G. Кариес – лечение. Часть 3.1 / G. Allais // Новое в стоматологии. – 2008. – №7. – С. 1-10.
52. Allais, G. Кариес – лечение. Часть 3.2 / G. Allais // Новое в стоматологии. – 2008. – № 8. – С. 1-12.
53. Are Infants with Orofacial Clefts at Risk for Insecure Mother-Child Attachments? / C. L. Maris, M.C. Endriga, M.L. Speltz [et al.] // The Cleft Palate-Craniofacial Journal. – 2000. – Vol. 37, № 3. – P. 257-265.
54. Axelsson, P. Diagnosis and risk prediction of dental caries / P. Axelsson // Quintessence Publishing Co. Inc. – 2000. – Vol. 307. – P. 342-345.

55. Bullinger, M. Quality of life and chronic conditions: the perspective of children and adolescents in rehabilitation / M. Bullinger, U. Ravens-Sieberer // *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* – 2006. – Vol. 55, № 1. – P. 23-35.
56. Epidemiology of cleft palate in Europe: implications for genetic research / E. Calzolari, F. Bianchi, M. Rubini [et al.] // *Cleft Palate Craniofac J.* – 2004. – Vol. 41, № 3. – P. 244-246.
57. Flinn W., Long RE., Garattini G., Semb G. A multicenter outcomes assessment patients with unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2006 May; 43(3):25-28.
58. Genetic Association Studies of Cleft Lip and/or Palate With Hypodontia Outside the Cleft Region / R. L. Slayton, L. Williams, J.C. Murray [et al.] // *The Cleft Palate - Craniofacial Journal.* – 2003. – Vol. 40, № 3. – P. 274-279.
59. Harrison, R. Oral health promotion for high-risk children: Case studies from British Columbia/ R. Harrison // *J. Can. Dent. Assoc.* – 2003. – Vol. 69, № 5. – P. 292-296. Haugejorden, O. Evidence for reversal of the caries decline among Norwegian children / O. Haugejorden, J. M. Birkeland // *Int. J. Paediatr. Dent.* – 2002. – Vol. 12, № 5. – P. 306-315.
60. Hathorn I.S., Atack N.E., Butcher G. et al. Centralization of services: standard setting and outcomes // *Cleft Palate Craniofac. J.* 2006. - Vol. 43, № 4. -P. 401—405.
61. Hewson, A. R. Dental experience of cleft affected children in the west of Ireland / A. R. Hewson, C. M. McNamara, T. F. Foley // *Int. Dent. J.* – 2001. –Vol. 51. – P. 7376.
62. Hugentobler M., Dojcinovic I., Richter M. Flap techniques in secondary alveolar between two types of flap. *Rev StomatolChirMaxillofac.* 2006 Jun; 10 (3): 145-51
63. Lilius GP. Clefts with associated anomalies and syndromes in Finland. *Scand J PlastReconstrSurg Hand Surg.* 1992; 26:185-196.
64. Mc. Comb. H.K. Coghlan B.A. Primary repair of the unilateral cleft lip nose, completion longitudinal study. *CleftPalateCraniofac. J.* 1996. jan,33(1) 23-30.
65. Menegotto, B. G. Epidemiology of Oral Clefts in a Large South American Sample / B. G. Menegotto, F. M. Salsano // *Cleft Palate Craniofac J.* – 1991. – Vol. 28, № 4. – P. 376-377
66. Neumann H. J. Development of lip, jaw, palatal and uvular clefts. // *Zahntechnik (Berl).* 1990. — 23(6) — P. 271–274.
67. Paul, T. Oral and dental status of children with cleft lip and/or palate / T. Paul, R. S. Brand // *The Cleft Palate-Craniofacial Journal.* – 1998. – Vol. 35, № 4. – P. 329332.
68. Recaman M., BonetB., Leitao J., Mesquita. Reconstruction of velopharyngeal speech Cleft Palate: surgical alternative. *Cir Pediatr* 2006 Apr; 19(2): 106-10.
69. Slifer KL. Pulbrook V., Amari A., Vqna-Ambadar., Beck M., Piszczor R. Social acceptance and facial behavior clefts. *Pediatric Psychology, Department of Behavi. Krieger Institute, 707 N. Broadway, Baltimo.* *Cleft Palate Craniofac J* 2006 Mar;43(2):22-36.
70. The effectiveness of a 6-year oral health education program for primary schoolchildren / J. Vanobbergen, D. Declerck, S. Mwalili, L. Martens // *Community Dent. Oral. Epidemiol.* – 2004. – Vol. 32, № 3. – P. 173-182.
71. Tooth loss and dentures: patients' perspectives / Judit A. Jones, Michelle Borner, Avron Spiro III, Nancy R. Kressin // *International Dental Journal.* – 2003. – Vol. 53. – P. 327-334.

Докучаева О.А.

Аденомиоз или внутренний эндометриоз? Основы проведения дифференциальной диагностики

*Первый Московский Государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
(Сеченовский университет)
(Россия, Москва)*

doi:10.18411/spc-15-12-2017-03

idsp: 000001:spc-15-12-2017-03

В настоящее время термином «эндометриоз» учёные называют хроническое гинекологическое заболевание, обусловленное доброкачественным разрастанием вне полости матки ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Клинически эндометриоз проявляется, главным образом, персистирующей болью и бесплодием.

Выделяют генитальную и экстрагенитальную формы данной патологии. Генитальный эндометриоз подразделяется на внутренний, поражающий тело матки, и наружный, мишенями которого часто становятся следующие органы: шейка матки, влагалище, промежность, ретроцервикальная область, яичники, маточные трубы, брюшина и прямокишечно-маточное углубление.

В научных статьях последних лет их авторы всё чаще стали рассматривать внутренний генитальный эндометриоз как совершенно особое заболевание и полностью отождествлять его с термином «аденомиоз». Следовательно, врач, основываясь в клинической практике на подобных рекомендациях, будет вынужден выставлять единый диагноз. А это значит, что в обоих случаях он применит совершенно идентичную тактику лечения. Но правомерно ли это?

Поэтому цель моего исследования – это подтверждение или опровержение той точки зрения учёных, что аденомиоз возможно соотнести с внутренним эндометриозом. Задачами данной работы являются:

- 1) Выявление женщин групп риска по каждой патологии
- 2) Разработка основ дифференциальной диагностики заболеваний, анализируя особенности их патогенеза, клинических и гистологических проявлений

Так, аденомиоз представляет собой доброкачественный патологический процесс, характеризующийся появлением в миометрии эпителиальных (железистых) и стромальных элементов эндометриального происхождения. То есть первоначально аденомиоз развивается из аномально расположенных желёз базального слоя эндометрия, а в дальнейшем затрагивает глубокие слои миометрия. Преимущественный возраст пациенток – поздний репродуктивный период (старше 42 лет ± 3 года) и менопауза.

Различают три степени распространения аденомиоза, причём, так называемая первая степень аденомиоза, – это гистофизиологическая особенность матки после прерывания беременности.

Степень 1 – проращение слизистой оболочки на глубину одного поля зрения при малом увеличении светового микроскопа (2,1 мм)

Степень 2 – до середины толщины стенки матки

Степень 3 – в патологический процесс вовлечён весь мышечный слой

В 2013 году М.З. Р.Ф. выпустило новые клинические рекомендации, согласно которым теперь также выделяют четыре стадии аденомиоза:

стадия I – патологический процесс ограничен подслизистой оболочкой тела матки;

стадия II – патологический процесс переходит на мышечные слои;

стадия III – распространение патологического процесса на всю толщу мышечной оболочки матки до ее серозного покрова;

стадия IV – вовлечение в патологический процесс, помимо матки, париетальной брюшины малого таза и соседних органов.

Аденомиоз может быть диффузным, очаговым или узловым и кистозным. Характерное отличие от миомы матки – отсутствие капсулы и четких границ. При очаговой и узловой формах патологические изменения могут отмечаться в любых отделах матки.

Стандартным критерием, используемым в диагностике аденомиоза, является обнаружение эндометриальных желёз и стромы более, чем на глубине одного поля зрения (2,5 мм) от уровня базальной мембраны. Небольшие участки аденомиоза имеют некоторое внешнее сходство с базальными слоями эндометрия. Гистологически эти железы представляют собой неактивный или пролиферативный паттерн. Стромальный компонент превалирует над железистым, железы бедны рецепторами.

Патогенез аденомиоза остаётся неизвестным. По некоторым данным нарушается барьер между эндометрием и миометрием. Первоначально строма, а затем и железы начинают проникать в глубь миометрия по пути наименьшего сопротивления. У большинства больных развитие аденомиоза связано с пенетрацией железистого и стромального компонентов базального слоя эндометрия в миометрий, у небольшой части – с метаплазией мультипотентных мезенхимальных клеток миометрия. В очагах

аденомиоза отсутствует секреторная трансформация, следовательно, их состояние не зависит от функционального состояния яичников и эндометрия.

Аденомиоз – заболевание с яркой клинической картиной: гипер-, -полименорея, дисменорея, увеличение матки, железодефицитная анемия (ЖДА).

Для больных аденомиозом характерно появление кровянистых выделений до и после менструации (скудные, темного «шоколадного» цвета), большая не только продолжительность менструации, но и ее обильность (при III–IV ст. распространения вплоть до меноррагий) и как следствие снижение уровня гемоглобина в крови и анемия.

В отличие от аденомиоза при эндометриозе тела матки эндометриозидные гетеротопии локализуются в области серозного покрова и прилежащем субсерозном слое миометрия. Образование эндометриоза тела матки связано с метапластическими изменениями серозного эпителия. В структурном отношении очаги эндометриоза не отличаются от таковых при аденомиозе. Очаги эндометриоза иногда могут подвергаться муцинозной метаплазии. В настоящее время подобные метапластические изменения в виде эпителия эндоцервикального типа принято именовать эндоцервикозом.

Эндометриоз чаще всего диагностируют у женщин репродуктивного возраста (25–40 лет). Средний возраст больных с эндометриозидными кистами составляет примерно 30 лет.

Существуют три клинически различные формы заболевания: эндометриозидные очаги на поверхности брюшины малого таза и яичников (перитонеальный эндометриоз), кисты яичников (эндометриомы) и солидные образования сложной структуры, включающие наряду с эндометриозидной тканью жировую и мышечно-фиброзную (ректовагинальные эндометриозидные узлы); каждая из трех форм может обладать или не обладать тенденцией к инфильтративному росту.

Больные эндометриозом, как правило, имеют неблагоприятный преморбидный фон. Эндометриоз нередко сочетается с миомой матки и гиперпластическими процессами эндометрия (в 34% случаев).

Наиболее важный клинический симптом эндометриоза – боль, связанная с менструальным циклом: тянущего характера внизу живота и в области поясницы в течение всего месяца, усиливающаяся накануне менструации и резко болезненные менструации (дисменорея). Жалобы на диспареунию (боли при половой жизни) предъявляют 26–70% больных генитальным эндометриозом, бесплодие (как первичное, так и вторичное) фиксируют в 46–50% случаев. В некоторой степени болевые симптомы, могут зависеть от локализации поражений.

В ряде случаев после успешного хирургического удаления очага эндометриоза симптомы болезни самостоятельно ликвидируются и наступает беременность в естественном цикле у женщин с бесплодием.

Таблица № 1

Отличия аденомиоза от внутреннего эндометриоза

Отличия	Аденомиоз	Внутренний эндометриоз
Патогенез	Пенетрация эндометрия в мышечный слой	Метаплазия мезотелия + регенерация мезотелия
Возраст пациенток (преимущественный)	Поздний репродуктивный период (старше 40 лет) + пременопауза	Репродуктивный период (25–40 лет)
Клиника	Меноррагия, ЖДА	Бесплодие, дисменорея, диспареуния, тазовая боль, метроррагии
Гистологические особенности	Стромальный компонент превалирует над железистым, железы бедны рецепторами	Железы богаты рецепторами, соотношение стромы и эпителия variabelно

Таким образом можно сделать следующие выводы:

Аденомиоз, часто употребляющийся как внутренний эндометриоз, термин ошибочный. Стоит сказать, что по данным исследований, проведённых в США, эндометриоз и аденомиоз одновременно встречаются как сопутствующие заболевания чуть менее чем у 20% женщин и требуют разных тактик ведения. Что более важно, в данной работе наглядно показано, что эндометриоз и аденомиоз- клинически различные заболевания. Их единственная общая черта-наличие эктопических желёз и стромы. В сводной таблице № 1 представлены основные критерии проведения дифференциального диагноза по патогенетическим, возрастным, клиническим и гистологическим показателям.

1. Стрижаков А.Н. Генитальный эндометриоз 2009
2. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации. М.З.Р.Ф. 2013
3. Кондриков Н.И. Патология матки, иллюстрированное руководство, 2010
4. Lobo, Gershenson, Lentz, Valea. Comprehensive Gynecology, 2014. №7
5. Vercellini P., Eskenazi B., Consonni D. et al. Oral contraceptives and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis // Hum Reprod Update. – 2011. – Vol. 17. – № 2. – P. 159–170.
6. Schweppe K.-W. The Current Place of Progestins in the Treatment of Endometriosis // Expert Rev of Obstet Gynecol. – 2012. – Vol. 7. – № 2. – P. 141–148.

Захарова И.В.¹, Жиликова О.В.², Белова Н.Г.²

Лечение анемии в ранние сроки беременности

¹ ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ

² ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» Томского НИМЦ РАН
(Россия, Томск)

doi:10.18411/spc-15-12-2017-04

idsp: 000001:spc-15-12-2017-04

Одной из важных акушерских проблем является осложнение беременности анемией. Актуальность определяется высокой частотой данной патологии – 40-80 %, а также значительным ростом акушерских и перинатальных осложнений [1,2, 3]. В 75-90 % случаев причиной развития анемии во время беременности является дефицит железа из-за резкого повышения потребности в этом макроэлементе во вторую половину беременности для построения тканей плода и плаценты, не обеспеченного алиментарным поступлением.

Развитие компенсаторно-приспособительных механизмов в плаценте обычно бывает усилено, особенно в ранние сроки беременности. В результате чрезмерной стимуляции компенсаторных механизмов происходит преждевременное созревание плаценты, что приводит к срыву адаптационных реакций. Плод развивается в условиях хронической гипоксии, что приводит к рождению ребёнка с выраженными признаками задержки внутриутробного развития, чаще симметричного характера [4, 5, 6]. Это определило необходимость поиска методов лечения анемии в ранние сроки беременности. Направление поиска представилось наиболее оправданным среди методов универсального неспецифического повышения компенсаторно-приспособительного потенциала организма беременной, основанных на применении регуляторов энергетического обмена.

Регуляторы энергетического обмена оказывают выраженное цитопротекторное действие, препятствуют нарушению энергетического обмена в ворсинах плаценты при развитии гипоксии и ишемии. Обладая антиоксидантной и противогипоксической активностью, потенцируют действие базовой терапии направленной на улучшение кровообращения в системе мать-плацента-плод, уменьшают количество акушерских осложнений при беременности и в родах, связанных с нарушениями функции данного комплекса. Необходимость фармакологической регуляции энергетического обмена

жизненно важна для беременных, у которых энергозатраты увеличиваются пропорционально с ростом плода [7, 8].

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности лечения анемии беременных посредством использования этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидол).

Объектом исследования стали 60 беременных женщин со сроком гестации от 12 до 15 недель, имеющие признаки анемии. В зависимости, от лечения указанного состояния наблюдаемые были разделены на 2 группы:

- основную группу составили 30 беременных, которым в 12-15 недель для лечения анемии проводилась медикаментозная терапия 100 мкг железосодержащего препарата и этилметилгидроксипиридин сукцинат (мексидол);
- контрольная группа была образована из 30 женщин с анемией, имеющих аналогичные сроки гестации, где назначалась традиционная терапия препаратом железа в дозе 100 мг в сутки.

Наблюдение за течением беременности проводилось согласно нормативным требованиям (Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», Приказ МЗ РФ от 01.11.2012 № 572н).

В дополнение к этому были выполнены:

- стандартное гематологическое обследование в 16-18, 22-24, 28-30 и 34-36 недель беременности (показатели периферической крови – содержание эритроцитов, гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, лейкоцитарная формула, лимфоциты; показатели обмена железа – концентрация сывороточного железа, общая железосвязывающая способность сыворотки, коэффициент насыщения трансферрина, концентрация сывороточного ферритина);
- оценка адаптационных реакций беременных по методике А. Х. Гаркави с соавт. (2006);
- изучение течения родов (срок родоразрешения, метод родоразрешения, показания к выполнению операции кесарева сечения, длительность родов, объем кровопотери, наличие осложнений в родах);
- оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте после родов, определение массо-ростового коэффициента, наличие заболеваний у новорожденного, продолжительность пребывания ребенка в акушерском стационаре.

Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики. При сравнении двух качественных показателей был использован критерий согласия χ^2 и точный критерий Фишера. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$. Количественные значения представлены в виде: средняя \pm среднеквадратичное отклонение ($M \pm \sigma$).

Результаты исследования доказывают, что курс воздействия этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидол) в 12-15 недель беременности у женщин, вступивших в беременность с анемией, приводит к более быстрому восстановлению нормальных гематологических показателей (таблица 1).

Таблица 1.

Основные гематологические показатели у беременных с анемией в различные гестационные сроки в основной (I) и контрольной (II) группах, $M \pm \sigma$

Показатель	Срок беременности, недели							
	16-18		22-24		28-30		34-36	
	I	II	I	II	I	II	I	II
Гемоглобин, г/л	93,2 \pm 7,3*	95,4 \pm 7,2*	120,4 \pm 6,5 [~]	106,3 \pm 7,9 [~]	115,41 \pm 7,6 [◊]	104,3 \pm 8,5 [◊]	117,6 \pm 4,8	109,4 \pm 7,6
	$p > 0,05$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$	
Гематокрит, %	31,2 \pm 3,9	32,4 \pm 4,6	30,2 \pm 5,6 [~]	33,3 \pm 4,7	34,3 \pm 4,8	32,8 \pm 5,3	34,6 \pm 4,8	33,6 \pm 3,1

	$p < 0,05$		$p < 0,05$		$p > 0,05$		$p > 0,05$	
	$p > 0,05$		$p > 0,05$		$p > 0,05$		$p > 0,05$	
Железо, мкмоль/л	12,6 ± 2,1	11,3 ± 3,8	11,4 ± 2,6	12,8 ± 2,7	13,4 ± 2,5	12,9 ± 2,6	11,4 ± 3,1	11,2 ± 2,9
	$p > 0,05$		$p < 0,05$		$p > 0,05$		$p > 0,05$	
ОЖСС, мкмоль/л	66,2 ± 4,5*	62,3 ± 3,8	68,4 ± 5,1 [≈]	65,6 ± 3,9	71,5 ± 3,4 [◇]	69,5 ± 4,1 [◇]	78,3 ± 3,8	80,4 ± 4,2
	$p < 0,001$		$p > 0,05$		$p > 0,05$		$p > 0,05$	

Примечания: * – знак наличия статистических различий между 16-18 и 22-24 неделями беременности в каждой клинической группе; \approx – знак наличия статистических различий между 22-24 и 28-30 неделями беременности в каждой клинической группе; \diamond – знак наличия статистических различий между 28-30 и 34-36 неделями беременности в каждой клинической группе.

Проведена сравнительная оценка распределения адаптаций реакций у беременных с анемией до лечения и через 4-6 недель после его окончания на основе анализа лейкоцитарной формулы.

До лечения адаптационная реакция хронического стресса была диагностирована у 50 % женщин с анемией, реакция тренировки – в 30 % случаев, а реакции спокойной адаптации и повышенной адаптации – в 10 % случаев каждая. В 18-20 недель гестации распределение адаптационных реакций в группе беременных с анемией, не получивших в лечении мексидол, было следующим: реакция тренировки наблюдалась в 30 %, реакция спокойной активации – в 11 % случаев и повышенной активации в 13 % и реакция хронического стресса – в 46 % случаев. В результате применения нового метода лечения анемии беременных в сопоставимые гестационные сроки реакция тренировки определилась у 16,5 % женщин, реакция спокойной активации регистрировалась у 30 % пациенток, повышенной активации – в 26,8 % случаях и реакция хронического стресса – в 26,7 % случаев ($p < 0,001$).

Положительным эффектом применения этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидол) является повышение частоты реакции спокойной активации ($p < 0,05$). Проведенное исследование доказывает, что при анемии в первой половине беременности достаточно часто нарушена гестационная адаптация, что может проявляться более высокой частотой акушерских осложнений по сравнению со здоровыми женщинами.

Воздействие этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидол) оказало положительное влияние на течение беременности и родов. Так, угроза прерывания беременности у большинства пациенток проявилась во втором триместре гестации, однако на фоне лечения мексидолом угроза невынашивания определена лишь у 20 % женщин, а среди беременных, не прошедших курса лечения – в 56 % человек ($p < 0,01$).

Преэклампсия, появлялись в среднем в $34,1 \pm 2,5$ недели гестации у 23% (7) пациенток контрольной группы и у 13,6 % основной группы ($p < 0,05$). Хроническая плацентарная недостаточность (диагностированная на основе применения кардиотокографии, ультразвуковой фетометрии и доплерометрии сосудов фето-плацентарного комплекса) была обнаружена в третьем триместре беременности у 70 % среди не получавших мексидола при лечении анемии и у 20 % женщин, принимающих помимо традиционного лечения препарат мексидол ($p < 0,05$). Нарушение маточно-плацентарного кровотока IA степени (Стрижаков А.Н. с соавт., 1998) наблюдалось лишь у 6,7% женщин после лечения анемии и у 33,5% пациенток, второй группы ($p < 0,05$). Улучшение функции плаценты явилось залогом оптимального развития плода. Случаи задержки внутриутробного развития плода I

степени (8,5 %) были только у женщин контрольной группы и отсутствовали в основной группе.

У всех женщин беременность завершилась в срок. Сроки и способ родоразрешения в сравниваемых группах были сопоставимыми. Доказано положительное влияние применения препарата мексидол в сочетании с традиционной терапией на частоту снижения развития первичной слабости родовой деятельности (14,6 % в контрольной группе и 4 % – в основной; $p < 0,05$), а также в отношении преждевременного излития околоплодных вод (31,7 % и 10,2 % соответственно; $p < 0,05$). Показатели физического развития новорожденных (массо-ростовые соотношения) в обеих группах существенно не различались, но оценка по Апгар на первой минуте жизни ребенка (наличие асфиксии новорожденного) в контрольной группе была равна $7,45 \pm 0,7$ баллам, а в основной – $8,5 \pm 1,3$ баллам ($p < 0,001$). Удельный вес неонатальной асфиксии в группах существенно не различался.

Таким образом, лечение анемии в ранние сроки беременности на основе применения этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидол) повышает компенсаторный резерв организма будущей матери, следствием чего является более активное восстановление нормальных гематологических показателей, усиление функций плаценты и улучшение кровотока в системе «мать-плацента-плод», что определяет более благоприятное течение беременности и родов. Преимуществом данного метода наряду с высокой эффективностью являются отсутствие дополнительной фармакологической нагрузки, что особенно важно в периоды миграции трофобласта, хорошая переносимость и неинвазивность. Препараты энергетического обмена мексидол препятствуют развитию дисфункции плаценты, защищая её от повреждающих факторов, и потенцируют действие базовой терапии.

1. Пересада О.А., Котова Г.С., Солонко И.И. Железодефицитная анемия при беременности // Медицинские новости. - 2013. - № 2. - С. 6-12.
2. Reducing risks, promoting healthy life: report World Health Organization. Geneva: WHO; 2002.
3. Белоцерковцева Л.Д., Буданов П.В. Проблемы эффективности терапии железодефицитной анемии у беременных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2012. - № 11(3). - С. 80-85.
4. Серов В.Н., Шаповаленко С.А., Флак Г.А. Диагностика и лечение железодефицитных состояний у женщин в различные периоды жизни // Ат-мосфера. Кардиология. - 2008. - № 2. - С. 17-20.
5. Сорокина А. Анемия у беременных // Врач. - 2015. - № 5. - С. 65-70.
6. Wolfsdorf K. Theriogenology question of the month. Placental insufficiency, probably the result of twin fetuses. // J Am Vet Med Assoc 1996. - Т.208 (№2). – Р. 201–202.
7. Левченкова О.С., Новиков В.Е., Марышева В.В. Антигипоксическая активность соединения ВМ-606 в разные периоды преко кондиционирования // Вестник СГМА. - 2013. - Т.12, №4. - С.35-38.
8. Новиков В.Е., Левченкова О.С. Новые направления поиска лекарственных средств с антигипоксической активностью и мишени для их действия // Экспе-рим. и клинич. фармакология. - 2013. - Т.76, №5. - С. 37-47.
9. Павлов А.Д., Морщакова Е.Ф., Румянцев А.Г. Эритропоз, эритропозин, железо. Молекулярные и клинические аспекты. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 299с.

**Иксанов А.В., Сумная Д.Б., Львовская Е.И.
Острые отравления АЛЬФА-РVP («солями для ванн»)**

УралГУФК
(Россия, Челябинск)

doi:10.18411/spc-15-12-2017-05

ids: 000001:spc-15-12-2017-05

Введение

Наркотик Альфа-ПВП (α -pyrrolidinopentiophenone) производится преимущественно в лабораториях Китая, Индии и Пакистана, представляет собой синтетический психостимулятор, при этом он дешево стоит и действует мощно. Вещество быстро попало в поле зрения правоохранительных органов и считается

одним из худших когда-либо лекарственных средств по уровню наркотического потенциала, действует в несколько раз мощнее, чем метамфетамин, по химическому строению является родственником катинону, естественному стимулятору, содержащемуся в листьях растения ката, которое традиционно употребляли коренные жители в Северо-Восточной Африке и регионе Аравийского полуострова. Первоначально препарат был разработан в качестве потенциального фармацевтического стимулятора. В качестве наркотика получил распространение в последнее десятилетие. Тот факт, что вещество получило юридический статус наркотика запустил механизм синтеза схожих препаратов, таких как альфа-ПВП и другие[1]. Особую популярность с середины 2000-х годов получили синтетические каннабиноиды (СК), входящие в состав «курительных смесей» и «солей для ванн», входящие в группу так называемых дизайнерских наркотиков[4, 5, 6].

На 6 октября 2014 года было зафиксировано свыше 700 фактов отравлений дизайнерскими наркотиками, из них более двух с половиной десятков – со смертельным исходом. В общей сложности за медицинской помощью обратились более 2 тыс. отравившихся человек, употребивших курительные смеси, свыше тысячи человек с признаками отравления ПАВ были госпитализированы, более 40 человек погибли [2, 3, 5, 6, 7].

Цель исследования

Изучить клиническую картину случаев отравления психодислептиками типа «соли для ванн».

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе токсикологического отделения ГБУЗ ОКБ№3 г. Челябинска. Обследовано 93 пациента в возрасте 21 – 30 лет с отравлениями отравления психодислептиками типа «соли для ванн», из них с данным видом отравлений преимущественно поступали в отделение мужчины (12 женщин и 81 мужчина). Все пациенты осмотрены токсикологом, неврологом, психиатром и терапевтом. Общеклинические и биохимические исследования пациенты проходили в биохимической лаборатории ГБУЗ ОКБ№3. Для идентификации отравляющих веществ проводилось исследование биологических сред (сыворотка крови и моча) на хроматографе SHIMADZU GC-17A.

Результаты исследований и их обсуждение

Причиной обращения пациентов или их родственников было неправильное поведение пострадавших: галлюцинации и (или) внезапное нарушение сознания с судорогами или без них психомоторное возбуждение.

Сведения о том, что пациент курил смеси, были получены только у 42,8% пациентов, в остальных случаях диагноз основывался на однотипной, ранее известной клинической картине данного отравления.

В среднем пациенты поступали через 2–4 часа после факта курения. В 41 случаях через 6–8 часов. Все пациенты были доставлены бригадами скорой медицинской помощи, при этом 72,5% были доставлены из дома (по вызову родственников), остальные с улицы или общественных мест. У части пациентов время приема наркотика было неизвестно, поскольку они плохо ориентировались во времени.

Чаще всего вскоре после приема у пациентов наблюдалось психомоторное возбуждение (96%), галлюцинации (79%), страх, тревога (71%), неадекватность поведения (99%), дезориентация(88%), рвота (18%) нарушение сознания до сопора (29%) с судорогами (52%) и комы (25 случаев). Преимущественно пациенты поступали в состоянии средней тяжести. В 42 случаев при отравлении тяжелой степени при наличии сопора- комы больные помещались в ОРИТ.

При поступлении 18% пациентов находились в оглушении, были вялы, сонливы, заторможены, с периодически возникающими приступами психомоторного

возбуждения. Возбуждение, беспокойство, немотивированная агрессия, галлюцинации крайне характерны для данного вида отравлений.

Речь больных была ускорена, неразборчивая, смазанная, изредка - замедленная, но всегда нечеткая.

У всех больных отмечалась нарушение частоты сердечных сокращений – преимущественно тахикардия от 90 до 130 ударов в минуту. У 70% регистрировалось сниженные значения АД (90–110/ 60), у 18% – повышенные (135–150/90), у остальных – нормальные.

На фоне лечения улучшение состояния происходило через 2-3 суток. Но длительный период после выписки сохранялся астено-депрессивный синдром с астенией, вялостью, замкнутостью и негативизмом.

Всем пациентам было проведено химико-токсикологическое исследование крови и мочи методом хромато-масс-спектрометрии с целью верификации диагноза.

В общих анализах крови отмечался лейкоцитоз свыше $20,8 \times 10^9$ л у 20 человек, более 10×10^9 л до $20,7 \times 10^9$ л у 54 человек, и 29 человек количество лейкоцитов было в пределах возрастной нормы. Выявлялся палочкоядерный сдвиг у 87 человек.

Тромбоцитопения выявлена у 26 человек, у 4 человек отмечался тромбоцитоз.

Эритроцитопения отмечена у 27 из 93 человек и снижение гемоглобина выявлено у половины обследованных пациентов.

Также обращает на себя внимание повышение уровня мочевины и креатинина у трети пациентов с отравлениями «солями для ванн».

У всех пациентов с данными отравлениями отмечалось повышение активности перекисного окисления липидов с накоплением в сыворотке крови первичных, вторичных и конечных изопробанол- и гептанрастворимых продуктов перекисного окисления липидов на фоне снижения антиокислительной активности сыворотки крови.

Средний срок госпитализации составил $4,78 \pm 1,12$ дней. Летальные исходы отмечены в 2х случаях с поздней госпитализацией пациентов с отравлениями тяжелой степени.

Особую актуальность проблеме отравлений психодислептиками придает тот факт, что до 85% потребителей этих соединений по результатам наших исследований составляют лица моложе 30 лет. Высокая доступность, дешевизна «солей для ванн», а также малая информированность населения об опасности использования данных отравляющих веществ, незнание родителями клиники отравлений (в виде изменения поведения подростков) приводит к неуклонному увеличению частоты отравлений ими в России, как и во всем мире.

При отравлениях психодислептиками особое внимание окружающих должно привлекать проявление измененного поведения в виде неадекватности, дезориентации, дезориентация во времени, пространстве и собственной личности, нарушений артикуляции, бледности или цианотичности слизистых, психомоторного возбуждения, галлюцинаций, тошноты, рвоты. В более поздние сроки наступали заторможенность, сомноленция, с периодическими эпизодами возбуждения, спутанность сознания до сопора и комы.

1. Асадуллин А.Р. Новый наркотик: Альфа ПВП // <http://rehab-centers.ru/novyy-narkotik-alfa-pvp>
2. Булыгина И.Е. «Клинические проявления интоксикации новым психоактивным веществом MDMB (N)-Bz-F», Материалы II Научно-практического семинара «Методические и организационно-правовые проблемы деятельности химико-токсикологических лабораторий наркологической службы» Республиканский центр психиатрии и наркологии, 21-22 октября 2014 г., Москва – http://www.narkotiki.ru/5_74742.htm
3. Головкин, А.И Краткий обзор синтетических каннабиноидов, появившихся в незаконном обороте в 2014-2015 гг./ А.И. Головкин, М.Б. Иванов, Е.Ю. Бонитенко, В.А. Баринов // Наркология, 2016.-N 2.- С.59-73.

4. Головкин, А.И. Дизайнерские наркотики. Классификации, механизмы токсичности/ А.И. Головкин, В.А.Башарин, М.Б. Иванов, В.А.Барин // Наркология. - 2015.- № 8.- С.69-85
5. Кошкина Е.А. Мировые тенденции распространенности наркоманий на современном этапе // Материалы II Научно-практического семинара "Методические и организационно-правовые проблемы деятельности химико-токсикологических лабораторий наркологической службы" Республиканский центр психиатрии и наркологии, 21-22 октября 2014 г., Москва – http://www.narkotiki.ru/5_74742.htm
6. Остапенко, Ю.Н. Острые отравления психоактивными веществами из группы каннабимиметиков. Клиническая картина, диагностика, лечение / Ю.Н. Остапенко, М.В. Белова, А.Е. Ключев, И.А.Тюрин, // Токсикология. – 2015. - Т. 16. –С.176-186
7. Софронов, Г.А. Синтетические каннабиноиды. Состояние проблемы / Г.А. Софронов, А.И.Головкин, В.А. Барин, В.А Башарин, Е.Ю.Бонитенко, М.Б. Иванов – Наркология. - 2012.- № 10.- С.97-110.

Малышева Е.А., Желудков Н.А., Букреева О.Ю.

Эффективность антисекреторной терапии при острых гастродуоденальных язвах

МИ ПГУ

(Россия, Пенза)

doi:10.18411/spc-15-12-2017-06

idsp: 000001:spc-15-12-2017-06

Аннотация

В последние годы, пристальное внимание хирургов обращено к проблеме лечения острых изъязвлений верхних отделов желудочно-кишечного тракта, осложненных кровотечением. За анализируемый период наблюдалось 33 пациента с острыми язвами, осложненными желудочно-кишечным кровотечением, получавшими антисекреторную терапию. Несмотря на достигаемое анацидное состояние, гарантированного метода медикаментозного гемостаза не существует.

Ключевые слова: острые язвы, антисекреторная терапия, гастродуоденальные кровотечения, внутрижелудочная секреция, рецидив кровотечения.

В последние годы, пристальное внимание хирургов обращено к проблеме лечения острых изъязвлений верхних отделов желудочно-кишечного тракта, осложненных кровотечением. По данным современных авторов летальность при данной патологии может достигать до 64% (Гельфанд Б.Р. и соавт., 2005).

Как утверждает I. Guldvog (1984), выделяют 4 группы острых поражений слизистой:

1. Истинные острые эрозии и язвы, развивающиеся после массивных операций или тяжелой сочетанной травме, при шоке, почечной, печеночной или легочной недостаточности.
2. Язвы Curling - развиваются у больных с распространенными ожогами.
3. Язвы Cushing – возникают при повреждении головного мозга или нейрохирургических операциях.
4. Медикаментозные изъязвления, возникающие после применения нестероидных противовоспалительных препаратов и алкоголя.

Патогенез острых язв выяснен не полностью, однако общепризнано, что острые поражения слизистой возникают вследствие нарушения баланса между факторами агрессии и защиты, основными из которых является продукция соляной кислоты, пепсина и кровоснабжение слизистой оболочки.

В экстренном отделении областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко, за анализируемый период наблюдалось 33 пациента с острыми язвами, осложненными желудочно-кишечным кровотечением. У 21 (63,6%) больного язвенный процесс локализовался в желудке, у 12 (36,4%) в двенадцатиперстной кишке. При лечении этих пациентов применяли максимально консервативную тактику. Основную массу

пациентов составили мужчины 24 (72,7%), трудоспособного возраста 22 (66,7%), поступившие в хирургический стационар с длительностью кровотечения более 2 суток 19 (57,6%). Чаще всего провоцирующими факторами возникновения острых язв было наличие тяжелых сопутствующих заболеваний 21 (63,6%) и употребление лекарственных средств 11 (33,3%). Рвота кровью встречалась в 13 (39,4%) наблюдениях, наличие дегтеобразного стула в 20 (60,6%), потеря сознания зафиксирована у 9 (27,3%) человек. Диагноз острой кровоточащей гастродуоденальной язвы, по результатам собственных исследований, устанавливался на основании данных анамнеза (основными статистически значимыми клиническими проявлениями явились наличие тяжелого сопутствующего заболевания, прием лекарственных средств, рвота кровью и мелена ($p < 0,05$)); а также заключения эндоскопической картины (отсутствие периаульцерозного воспалительного вала по периметру язвы). Наиболее часто язва локализовалась в проекции малой кривизны желудка у 9 (27,3%) человек, с размерами дефектов более 10 мм 13 (39,4%) и активностью кровотечения II В-С у 24 (72,7%) пациентов (Forrest). В 2 случаях продолжающееся кровотечение, удалось остановить консервативными мероприятиями, в 1 пришлось оперировать по экстренным показаниям, в связи с неэффективностью инициального эндоскопического гемостаза.

В процессе проведенного ретроспективного анализа, все пациенты, были разделены на 2 группы: основную, получавшие в качестве антисекреторных средств комбинированную инъекционную терапию (Квамател и Лосек) у 15 (45,5%) пациентов и группу сравнения, получавшие таблетированные препараты (ранитидин, фамотидин, квамател, омез) 18 (54,5%) человек. Группы сравнимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям, тяжести кровопотери ($p > 0,05$). В процессе использования комбинированной антисекреторной терапии, во всех наблюдениях, в короткие сроки, удавалось достигать стойкого анацидного состояния, что подтверждалось контрольными исследованиями рН на 3 – 4 сутки лечения, тогда как при использовании таблетированных препаратов, у 8 (44,4%) пациентов, с преимущественной локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке 6 (33,3%), фиксировалась гиперацидность.

По результатам проведенного лечения, рецидив кровотечения, возник с одинаковой частотой, как в основной группе 2 (13,3%), так и группе сравнения 2 (11,1%). Во всех наблюдениях локализации язв отмечалась на малой кривизне желудка. В основной массе (у 3 пациентов) рецидив кровотечения развивался на 2 сутки от момента поступления в стационар.

Таким образом, несмотря на достигаемое анацидное состояние (в основной группе), гарантированного метода медикаментозного гемостаза не существует. При этом, статистически значимых различий в уменьшении показателей рецидива кровотечения в обеих группах не отмечено ($p > 0,05$). Наличие анацидного состояния не гарантирует стабильного гемостаза. Патогенез образования острых язв и развивающихся дальнейших осложнений до конца не изучен и требует проведения дальнейших многоцентровых исследований в этой области.

1. Гельфанд, Б. Р. Профилактика стресс-повреждений желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях / Б. Р. Гельфанд, В. А. Гурьянов, А. Н. Мартынов и др. // *Consilium medicum, интенсивная терапия*. – 2005. – Т. 7. – № 6. – С. 464-468.
2. Guldvog I. Stress ulceration: possible pathogenic mechanisms. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1984;105:9-13.

Янова Н.И.

Взаимосвязь кариеса и зубочелюстных аномалий

*Читинская государственная медицинская академия
(Россия, Чита)*

doi:10.18411/spc-15-12-2017-07

idsp: 000001:spc-15-12-2017-07

Аннотация

Представлен обзор литературы по вопросу взаимосвязи кариеса и зубочелюстных аномалий у детей школьного и дошкольного возраста. Ключевые слова: кариес, ЗЧА, дети, профилактика кариеса.

Цель исследования.

Изучить литературные источники по вопросу о взаимосвязи аномалий прикуса и кариеса.

Материалы и методы

Поиск литературы происходил по библиотечным источникам и в поисковой системе Элайброни.

Результаты исследования

На сегодняшний день проблема кариеса и зубочелюстных аномалий является приоритетной в современной стоматологии. По мнению многочисленных авторов, данные заболевания рассматриваются как синергисты. Исследователями была установлена повышенная восприимчивость к кариесу у детей с деформациями челюстно-лицевой области. Так, у детей обнаружена более высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов с деформацией зубочелюстной системы по сравнению с теми, кто не имел аномалий прикуса [19, 43, 57, 60, 61].

Среди причин, способствующих повышению поражаемости зубов кариесом зубов у ортодонтических больных, выделяют нарушение пережевывания пищи. Длительное полуоткрытое состояние рта у таких пациентов неизбежно приводит к снижению саливации, увеличению вязкости слюны, что в свою очередь ухудшает естественную очищаемость полости рта. Таким образом, высокая поражаемость и прогрессирование кариозного процесса у ортодонтических больных дают основание считать деформации зубочелюстной системы фактором риска в отношении этого заболевания [56, 58, 62, 69].

Высокий рост интенсивности кариозного процесса чаще всего связывают со сложностью удаления зубной бляшки стандартными средствами гигиены полости рта, что требует дополнительных усилий со стороны пациента. Кроме этого, отмечена патогенетическая роль орофациальных дисфункций в формировании кариеса постоянных зубов у детей в период раннего сменного прикуса. Анализ данных показал, что интенсивность кариеса постоянных зубов у детей с орофациальными дисфункциями значительно выше, чем у детей, не имеющих функциональных нарушений челюстно-лицевой области. Выявлена следующая закономерность: дети, имеющие выраженные зубочелюстные аномалии, примерно в два раза чаще поражаются кариесом и эффективность профилактики у них примерно в два раза ниже [5, 6, 7, 9, 10, 30, 33].

Работами В.К.Леонтьева, Л.Т.Левченко и В.А.Дистеля достоверно доказано, что у лиц с множественным кариесом имеет место более тесное расположение коронок зубов и корней зубов. Постепенное укорочение челюстей, сокращение ретромолярных

пространств приводит, в конечном счете, не только к тесному расположению зубов, но и к их «скупенности». При скупенности зубов создаются благоприятные условия для ретенции пищевых остатков, образования зубного налета, глубоких десневых карманов с усиленно размножающейся микрофлорой. Зубной налет снижает кариесрезистентность зубов, так как содержит большое количество микроорганизмов, является очагом ферментации углеводов и образования органических кислот. Краткое перечисление некоторых факторов, играющих важную роль в развитии кариеса, приводит к пониманию необходимости более глубокого изучения взаимосвязи кариеса, развития зубов и челюстей и зубочелюстных аномалий. При изучении взаимосвязи кариеса зубов и зубочелюстных деформаций обнаружено, что лица с кариесрезистентными зубами обладают более развитыми и правильно сформированными челюстями: тип лица у них более широкий. Люди же с множественным кариесом имеют менее развитые челюсти, большинство из них узколикие. Следовательно, не только кариозный процесс является причиной развития многих зубочелюстных аномалий, но сами зубочелюстные аномалии приводят к повышенному кариозному поражению зубов [27, 28, 29, 31, 32, 53, 54].

Интересны результаты исследования поражаемости зубов кариесом в зависимости от степени редукции зубов. Изучался индекс КПУ в области фронтальных и жевательных групп зубов у двух контрастных групп: с выраженными признаками редукции зубов (адентия верхних латеральных резцов) и с незначительными признаками редукции. Отсутствие одного или двух латеральных резцов сказалось на результатах в группе с выраженными признаками редукции зубов. Тем не менее, можно заключить, что адентия тех или иных зубов при интенсивной редукции жевательного аппарата является приспособительным механизмом, "спасающим" зубочелюстную систему от катастрофического разрушения кариозным процессом [30].

По данным Доменюк Д.А. увеличение тяжести течения и выраженности морфофункциональных нарушений при ЗЧА II класса по Энгля и III класса по Энгля – Катцу коррелирует с увеличением числа лиц, у которых зафиксировано значительное повышение секреции остеокальцина, что в совокупности с другими метаболическими нарушениями свидетельствует об истощении защитно-компенсаторных механизмов и способствует преобладанию процессов резорбции костной ткани. Нарушение кальций-фосфорного баланса приводит к расстройству минерализации эмали и снижает резистентность тканей зуба к неблагоприятным воздействиям ротовой жидкости, обеспечивая напряженность гомеостаза в полости рта. В таких условиях значительно повышается риск активного кариозного процесса (декомпенсированный характер течения), развития заболеваний маргинального пародонта, слизистой оболочки полости рта при снижении защитной и очищающей функций слюны. [35, 36, 37, 38, 39, 40, 41].

О воздействии общих генетических факторов на формирование ЗЧА и предрасположенности к кариесу косвенно указывают данные, полученные в результате сравнительного анализа различных стигм дизэмбриогенеза у пациентов с ЗЧА, ассоциированными и не ассоциированными с кариесом. Установлено, что кариес развивается у пациентов с сочетанием ЗЧА с такими дизэмбриональными стигмами, как выступ только верхней губы и выступ только нижней губы, деформации ушных раковин, наличие зачатков третьих моляров, причём последний признак выявлен у 88% наблюдаемых пациентов. Современными исследователями убедительно доказаны этиологические конституциональные и паратипические признаки, являющиеся предикторами развития кариеса у пациентов с ЗЧА: вид аномалии (скупенность зубов,

дистальная окклюзия); особенности семейного анамнеза (аномалии у братьев/сестер; семейные формы заболеваний уха, горла, носа; предшествующая беременность и роды у матери); особенности рентгенологического исследования (наличие зачатков третьих моляров); особенности постнатального анамнеза (перенесенная краснуха, чрезмерное потребление углеводной пищи) [23, 70].

Рассмотрим самый хорошо изученный этиологический фактор - роль зубного налета в развитии кариеса. Ряд авторов в своих работах роль первопричины развития кариеса при наличии зубочелюстных аномалий отводят микробному фактору, вследствие плохой гигиены полости рта. Скученное положение фронтальной группы зубов способствует образованию зубной бляшки в труднодоступных для чистки зубов пунктах, а травматическая окклюзия способствует интенсивному образованию зубного налета на зубах со сниженной жевательной активностью [8, 19, 71, 72, 74]. Степень тяжести, а также интенсивность развития кариеса напрямую зависят от выраженности скученности зубов во фронтальном отделе, а также от качественного и количественного состава микрофлоры полости рта [59].

Особенно актуальна проблема нарушения гигиены у лиц находящихся на лечении с использованием несъемной механической аппаратуры. Использование при ортодонтическом лечении длительное время несъемной ортодонтической аппаратуры нарушает процессы минерализации зубов, ухудшает уровень гигиены в полости рта, стимулирует развитие кариозного процесса. Известно, что гигиеническое состояние полости рта при наличии зубочелюстных аномалий и деформаций ухудшается, при этом увеличивается количество мягкого зубного налета, возрастает поражаемость зубов кариесом, органы и ткани полости рта находятся в особых функциональных условиях, испытывая различную нагрузку и особые условия кровоснабжения. В процессе лечения зубочелюстных аномалий и деформаций в полость рта на длительное время вводятся аппараты, которые могут нарушать гомеостаз и оказывать негативное воздействие на органы и ткани зубочелюстной системы. Конструктивными элементами брекет-системы являются пружины, дуги, брекеты, лигатуры, ортодонтические кольца, которые могут оказывать травмирующее действие на ткани полости рта и служить ретенционными пунктами. Это способствует скоплению зубного налета, что ведет к возникновению кариеса зубов [1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 25, 34, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 55, 71, 72].

Использование несъемной аппаратуры оказывает отрицательное влияние на гомеостаз полости рта. Изменение динамики показателей клеточного и гуморального звена иммунитета на этапах ортодонтического лечения зависит от вида и срока аппаратного лечения. У детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями, находящихся на лечении с использованием съемных аппаратов, периоды иммунологической дискоординации возникают через 5 и через 15 месяцев после фиксации ортодонтических аппаратов. Дети, находящиеся на лечении с использованием брекет-системы, имеют те же периоды иммунологического напряжения, но при этом признаки дисбаланса выражены у них более значительно.

Ортодонтическое лечение с использованием съемных и несъемных аппаратов оказывает негативное воздействие на ткани полости рта. Дети, находящиеся на лечении с использованием съемных и несъемных аппаратов, отличаются от детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями без ортодонтического лечения по динамике клинических показателей состояния полости рта. На этапах ортодонтического лечения они имеют большие значения индексов гигиены, индексов

КПУ(з) и КПУ(п), большой темп прироста кариеса зубов, большее значение ТЭР-теста, большую распространенность кариеса в стадии пятна. Установлена низкая эффективность профилактических мероприятий и средств при ортодонтическом лечении детей на фоне дисбаланса иммунной системы, развивающегося при использовании брекет-системы, что подтверждается высоким уровнем прироста интенсивности кариеса зубов и низкой редуцией этого прироста по индексу КПУ [11, 12, 13, 14, 26, 52, 63, 64].

Также хотелось бы отметить, что не только зубочелюстные аномалии влияют на развитие кариеса, но имеется и обратная связь. Так, раннее удаление временных и постоянных зубов по причине осложненного кариеса также приводит к развитию ЗЧА, а в ряде случаев деформаций [50].

Распространенность дефектов зубных рядов вследствие раннего удаления временных (постоянных) зубов, требующих ортодонтического лечения, установлена тесная взаимосвязь между такими патологическими состояниями, как аномалии зубочелюстной системы и раннее удаление зубов.

Вывод

Из вышесказанного следует, что необходимо уделять пристальное внимание детям, имеющим ортодонтические аномалии или находящимся на ортодонтическом лечении в плане установления за ними диспансерного наблюдения, организации плановой санации полости рта и ортодонтического лечения.

1. Авраамова, О.Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта [Текст] / О.Г. Авраамова // Труды V съезда Стоматологической Ассоциации России. - М., 1999. - С. 39 - 40.
2. Алимова, Р.Г. Индивидуальная гигиена полости рта при применении современных несъемных сложных ортодонтических конструкций [Текст] / Р.Г.Алимова // Стоматология. - 2004. - №6. - С.63-64.
3. Алимова, Р.Г. Индивидуальная гигиена полости рта при применении современных несъемных сложных ортодонтических конструкций [Текст] / Р.Г. Алимова // Стоматология. - 2004. - № 6. - С.63.
4. Альхаш, А.А. Профилактика кариеса и заболеваний пародонта у детей в период ортодонтического лечения [Текст]: Автореф. дисс...канд. мед. наук/ А.А. Альхаш. - СПб., 2002. -16 с.
5. Арсенина, О.И. Особенности профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у лиц, пользующихся несъемной ортодонтической техникой [Текст] /О.И. Арсенина, М.В. Кабачек // Тезисы докл. науч.-практ. конф.: ЦНИИС. -М., 2002.- С.250-251.
6. Арсенина, О.И. Лечебно-профилактические мероприятия в процессе ортодонтического лечения [Текст] / О.И. Арсенина, Э.Б. Сахарова, М.В. Кабачек // ЦНИИ стоматологии 40 лет: История развития и перспективы. - М., 2002.- С.172-174.
7. Арсенина, О.И. Лечебно-профилактические мероприятия при ортодонтическом лечении с использованием несъемной техники [Текст]: Пособие для врачей-ортодонт / О.И. Арсенина, Э.Б. Сахарова, М.В. Кабачек, А.В. Попова. - М., 2002. - С.54.
8. Арсенина, О.И. Лечебно-профилактические мероприятия при ортодонтическом лечении с использованием несъемной техники [Текст]: Пос. для врачей ортодонт/ О.И. Арсенина, Э.Б. Сахарова, М.В. Кабачек, А.В. Попова. - М.: Нефть и газ, 2002. - С.15-22.
9. Арсенина, О.И. Использование новейших модификаций брекетов при лечении пациентов с зубочелюстными аномалиями [Текст] / О.И. Арсенина, А.В.Попова, М.Ш.Якубова // ЦНИИС — 40 лет: История развития и перспективы. - М., 2002. - 56с.
10. Арсенина, О.И. Особенности профилактических мероприятий в процессе ортодонтического лечения с использованием брекет-системы [Текст] / О.И. Арсенина, В.В.Кирюшина, А.В.Попова // Ортодонтия. – 2006. – №3. – С. 16–22.
11. Бриль, Е.А. Динамика состояния зубов и пародонта у детей при ортодонтическом лечении съемными и несъемными аппаратами [Текст] / Е.А. Бриль // Рос. стоматол. журн. - 2006. - № 1. - С.36-38.
12. Бриль, Е.А. Метод профилактики кариеса зубов у детей при ортодонтическом лечении [Текст] / Е.А. Бриль // Рос. стоматол. журн. - 2005. - № 5. - С. 28-30.
13. Бриль, Е.А. Методы ведения ортодонтических пациентов с учетом иммунологического статуса [Текст] / Е.А. Бриль // Рос. стоматол. журн. -2005. - № 3. - С.33-35.
14. Бриль, Е.А. Опыт внедрения профилактики кариеса зубов при ортодонтическом лечении [Текст] / Е.А. Бриль // Институт стоматологии.- 2005. - № 2. - С.40-41.

15. Бриль, Е. А. Влияние ортодонтического лечения на изменение показателей клеточного звена иммунитета [Текст] / Е.А. Бриль // Материалы IX междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов - СПб, 2004 – С. 37.
16. Булкина, Н. В. Хронический пародонтит при заболеваниях органов пищеварения: клинико-инструментальные, морфологические и иммуногистохимические критерии возникновения и прогнозирования течения [Текст]: Дис.... д-ра мед. наук / Н.В. Булкина.- ВолГМУ, 2005. - 209 с.
17. Вавилова, Т.П. Профилактика стоматологических заболеваний при лечении современными несъемными ортодонтическими аппаратами [Текст] / Т.П. Вавилова, М.В. Коржукова. - М., 1997.- 37с.
18. Вавилова, Т.П. Причины и профилактика осложнений при лечении зубочелюстных аномалий современной несъемной ортодонтической техникой [Текст] /Т.П. Вавилова, М.В. Коржукова, Ю.М. Малыгин // Материалы 4-й Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов.- СПб, 1999.- С.78.
19. Вавилова, В.В. О взаимосвязи коррозионных процессов в элементах ортодонтических конструкций с воспалительно-деструктивными изменениями в полости рта [Текст] / В.В. Вавилова, Т.П.Вавилова, Ю.М.Малыгин // Клиническая стоматология. - 2007. -№ 3. - С.33-36.
20. Варавина, О. А. Индивидуальное прогнозирование кариеса при коррекции зубочелюстных аномалий с использованием несъемной ортодонтической аппаратуры [Текст]: Автореф. дис.... канд. мед. наук / О.А. Варавина.- М., 2004.
21. Взаимосвязь кариеса зубов и зубочелюстных деформаций [Текст] / П.А.Кузнецов, В.А. Дистель, А.Е. Пономарев [и др.]// Стоматология. - 1981. - №5. - С.58-59.
22. Виноградова, Т.Ф. Задачи ортодонта при лечении детей с кариесом зубов, с заболеваниями краевого пародонтита и плохим гигиеническим состоянием полости рта [Текст]: Рук-во по ортодонтии / Под ред. Ф.Я. Хорошилкиной. – М.: Медицина. 1999. - С. 234-249.
23. Волков, А.Н. Значение полиморфизма генов человека, участвующих в амелогенезе и формировании микросреды ротовой полости, для развития кариеса [Текст] / А.Н. Волков, Л.Ю. Лошакова // Мед. генетика.– 2011.– Т.Х, №2.– С.12-16.
24. Гарбацевич, Д. В. Анализ результатов лечения дистального прикуса преортодонтическими трейнерами [Текст]/ Д. В. Гарбацевич // Стоматологический журнал (Минск). – 2005. – № 1. – С. 12-13.
25. Гущина, Н.В. Влияние напряженного состояния твердых тканей зуба на деминерализацию эмали при ортодонтическом лечении с использованием брекет-систем [Текст] / Н.В. Гущина, В.С. Печенов, Ю.И. Няшев // Новое в стоматологии. - 2000. - №2. - С. 40-45.
26. Деньга, А.Э. Инфильтрационная терапия на подготовительном этапе ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий у детей с начальным кариесом зубов [Текст] / А.Э. Деньга // Стоматол. журнал.– 2013.– Т.ХIV, №3.– С.243-245.
27. Дистель, В.А. Взаимосвязь формы лица, челюстей, редукции зубов и поражаемости кариесом [Текст] / В.А. Дистель [и др.]// Стоматология. – 1985.- №2.- С. 19-20.
28. Дистель, В.А. Возрастная динамика взаимосвязи формы жевательного аппарата и поражаемости зубов кариесом [Текст] / В.А. Дистель [и др.]// Стоматология. -1987. -№ 5.- С.73-74.
29. Дистель, В.А. Зубочелюстные аномалии и деформации [Текст] / В.А. Дистель, В.Г. Сунцов, В.Д.Вагнер. - М.: Мед. книга, 2001. - С.53-102.
30. Дистель, В.А. Основы ортодонтии [Текст]: Рук-во к практ. занятиям / В.А. Дистель, В.Г. Сунцов, В.Д. Вагнер. – М.: Медицинская книга, Н.Новгород: НГМА. - 223 с.
31. Дистель, В.А. Зубочелюстные аномалии и деформации: основные причины развития [Текст] / В.А. Дистель, В.Г. Сунцов, В.Д. Вагнер. - М.: Медицинская книга, Н. Новгород: НГМА. 2001. -102с.
32. Дистель, В.А. Избранные лекции по ортодонтии [Текст] / В.А. Дистель, Ю.Г. Худорошков. - Ростов н/Д, 2007. -139 с.
33. Дистель, В.А. Зубочелюстные аномалии и деформации [Текст] / В.А. Дистель, В.Г. Сунцов, В.Д. Вагнер. – Н. Новгород: НГМА, 2001. – 100 с.
34. Доменюк, Д. А. Исследование адаптационных реакций зубочелюстной системы у детей и подростков при использовании съёмной ортодонтической аппаратуры [Текст] / Д. А. Доменюк, И. В. Зеленский // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2012. – Том XI, № 4 (43). – С. 41–46.
35. Доменюк, Д. А. Системный анализ факторов риска возникновения и развития кариеса у детей с аномалиями зубочелюстной системы (часть I) [Текст] / Д. А. Доменюк, Б. Н. Давыдов, А. Г. Карслиева // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2014. – Том XIII, № 1 (48). – С. 35–42.
36. Доменюк, Д. А. Сравнительная оценка микробной обсеменённости базисных материалов для ортодонтических аппаратов у детей и подростков [Текст] / Д. А. Доменюк, В. А. Зеленский // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2012. – Том XI, № 3 (42). – С. 48–52.
37. Доменюк, Д.А. Исследование адаптационных реакций зубочелюстной системы у детей и подростков при использовании съёмной ортодонтической аппаратуры [Текст] / Д.А. Доменюк // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2012. – Т. XI, № 4 (43). – С. 41-46.
38. Доменюк, Д.А. Исследование состояния капиллярного кровотока в слизистой оболочке полости рта у детей с аномалиями положения зубов [Текст] / Д.А. Доменюк, Е.Н. Иванчева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – №2. – С. 74-79.

39. Доменюк, Д.А. Оптимизация диагностики кариеса зубов у пациентов с зубочелюстными аномалиями на основе выявления прогностических факторов (Часть I) [Текст] / Д.А. Доменюк, Б.Н. Давыдов, А.Г. Карслиева // Институт стоматологии. – 2014. – № 3 (64). – С. 37-40.
40. Доменюк, Д.А. Оптимизация диагностики кариеса зубов у пациентов с зубочелюстными аномалиями на основе выявления прогностических факторов (Часть II) [Текст] / Д.А. Доменюк, Б.Н. Давыдов, А.Г. Карслиева // Институт стоматологии. – 2014. – № 4 (65). – С. 33-38.
41. Доменюк, Д.А. Оценка микроциркуляции в тканях протезного ложа при использовании съемной ортодонтической аппаратуры у детей и подростков [Текст] / Д.А. Доменюк, Е.Н. Иванчева // Кубанский научный мед. вестн. - 2012. – № 3 (132). – С. 52-56.
42. Елизарова, В.М. Влияние ортодонтических аппаратов на ткани и органы полости рта у детей. Аномалии и деформации зубочелюстной системы [Текст] / В.М. Елизарова, Т.А. Рзаева, Г.А. Золотухина, Т.М. Чернухина. М., 1992. - С.15-17.
43. Зубов, А. А. Одонтология в современной антропологии [Текст] / А. А. Зубов, Н. И. Холдеева. – М.: Наука, 1989. – 232 с.
44. Кабачек, М. В. Профилактика развития осложнений при ортодонтическом лечении несъемной техникой [Текст]: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.В. Кабачек. - М., 2004. - 26 с.
45. Карницкая, И.В. Профилактика негативных изменений в органах и тканях полости рта при ортодонтическом лечении детей у врача-стоматолога [Текст] / И.В. Карницкая, В.Г. Сунцов, В.А. Дистель. - Омск, 1999. - 8 с.
46. Кисельникова, Л. П. Брекет-система или деминерализация эмали? [Текст] / Л.П. Кисельникова, Н.Л. Рамм // Институт стоматологии.- 1998. -№1.- С. 38–40.
47. Кисельникова, Л.П. Резистентность твердых тканей по данным ТЭР-теста и ее коррекция у лиц с ЗЧА [Текст] / Л.П. Кисельникова, Н.Л. Рамм, Е.С. Бимбам, Е.А. Дашенко// Вестник УГМА. - 1996. – Вып.2. - С.49-51.
48. Кисельникова, Л.П. Оценка эффективности индивидуализированной схемы профилактики кариеса у лиц, пользующихся несъемной техникой / Л.П. Кисельникова, Н.П. Рамм [Текст]// Сборник 5- ой Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов.- СПб, 2000.- С.67.
49. Кисельникова, Л.П. Брекет-система или деминерализация эмали? [Текст] / Л.П. Кисельникова, Н.П. Рамм // Институт стоматологии.- 1998.- №1.- С. 38-40.
50. Корчагина, В. В. Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста [Текст] / В.В. Корчагина. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 168 с.
51. Крицкий, А.В. Изменения поверхности эмали зуба в результате кислотного отравления, приклеивания и удаления ортодонтических фиксаторов (по данным растровой электронной микроскопии) [Текст] /А.В. Крицкий, В.А. Устиновский // Стоматология. – 1989.- № 5. - С.79-81.
52. Кузьмина, Э. М. Профилактика стоматологических заболеваний [Текст] / Э.М. Кузьмина.- М.: ПолиМедиаПресс, 2001. - 216 с.
53. Левкович, Д.В. Изменение микрофлоры полости рта на ранних стадиях ортодонтического лечения на несъемной аппаратуре [Текст]: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.В. Левкович. – СПб, 2011. - С.6 -19.
54. Леонтьев, В. К. Кариес и процессы минерализации [Текст] / В.К. Леонтьев. – М.: МССИ, 2007. – 541 с.
55. Матвеев, В.М. Технология изготовления и применение позиционеров у детей 12–18 лет с аномалиями положения фронтальной группы зубов [Текст]: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / В.М. Матвеев. – М., 2001. – 25 с.
56. Матлаева, А.С. Несъемная ортодонтическая аппаратура и ее влияние на ткани пародонта и микробиоценоз полости рта во время ортодонтического лечения [Текст] / О.А. Гаврилова, Ю.В. Червинец, А.С. Матлаева, Е.Н. Федотова // Стоматология детского возраста и профилактика: материалы III Российско-Европейского конгресса по детской стоматологии. Материалы IX науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Москва - СПб. - 2013. - С. 35-37.
57. Миллет, Д. Решение проблем в ортодонтии и детской стоматологии [Текст] / Д. Миллет, Р. Уэлбери; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 200 с.
58. Минаева, И. Н. Гигиенические мероприятия у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении [Текст] / И. Н. Минаева // Стоматологический колледж. – 2005. – № 4. – С. 5.
59. Образцов, Ю.Л. Пропедевтическая ортодонтия [Текст] / Ю.Л. Образцов, С.Н. Ларионов.- СПб.: СпецЛит. - 2007. - С.22-24.
60. Олейник, Е. А. Основные стоматологические заболевания и зубочелюстные аномалии (особенности патогенеза, диагностики, клиники и профилактики): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / Олейник Е.А. – Воронеж, 2007. – 38 с.
61. Проффит, У. Р. Современная ортодонтия [Текст] / У. Р. Проффит; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 560 с.
62. Прохончуков, А. А. Влияние гиподинамии на минеральный и белковый обмен в обывзвествленных тканях зубочелюстной системы [Текст] / А. А. Прохончуков, Е. А. Коваленко // Стоматология. – 1970. – № 4. – С. 1-6.
63. Ткаченко, Ю.В. Прогнозирование очаговой деминерализации эмали у пациентов с несъемной ортодонтической техникой в свете объективизации эмалевого резистентности [Текст] / Ю.В. Ткаченко, Р.Б. Слободской // Вісник стоматології. – 2011. – № 2. – С. 61-63.

64. Ткаченко, Ю.В. Прогнозирование очаговой деминерализации эмали у пациентов с несъемной ортодонтической техникой в свете объективизации эмалевой резистентности [Текст] / Ю.В. Ткаченко, Р.Б. Слободской // Вісник стоматології. – 2011. – № 2. – С. 61-63.
 65. Фадеев, Р. Н. Распространенность заболеваний пародонта, их сочетание с зубочелюстными аномалиями у населения Санкт-Петербурга [Текст] / Р. Н.Фадеев, О. В. Барчукова // Пародонтология. -2003. -№ 2 (27).- С. 6–8.
 66. Хорошилкина, Ф. Я. Руководство по ортодонтии [Текст] / Ф.Я. Хорошилкина. – М.: Медицина, 2011. – 221 с.
 67. Хорошилкина, Ф.Я. Функциональные методы лечения в ортодонтии [Текст] / Ф.Я. Хорошилкина. – М.: Медицина, 1972. – 144 с.
 68. Хроменкова К.В. Клинический опыт применения миофункциональных аппаратов у детей [Текст] / К.В. Хроменкова, А.М. Дыбов, Г.Б. Оспанова // Стоматология детского возраста и профилактика.- 2009. – Т.8,№1. – С. 48-50.
 69. Чумаков, В. Н. Биохимические изменения у кроликов при различных способах моделирования ортодонтического лечения [Текст] / В. Н. Чумаков, Г. А. Берлов // Здоровоохранение. – 2004. – № 6. – С. 17-20.
 70. Crabowski, R. Interrelation between molocclusions and orogacial distruction [Text] / R. Crabowski, G. Kandt, F. Stahe // J. Orolac Orthop. 2007, Nov. № 68 (6).- P. 462 - 476.
 71. Serum and salivary minerals in dental caries [Text] / M. Jawed, S. M. Shahid, A. Rehman [et al.] // J. dow. university of health sciences. – 2009. – Vol. 3, № 2. – P. 61–65.
 72. Al-Nimri, K. Interceptive orthodontics in the real world of community dentistry [Text] / K. Al-Nimri, A. Richardson // Int. J. Ped.Dentist. – 2000. - №10. – P.99-108.
-

РАЗДЕЛ II. БИОЛОГИЯ

Байкин Н.О., Погonyшева И.А.

Психофизиологические особенности младших школьников г. Нижневартовска

*Нижневартровский государственный университет
(Россия, Нижневартовск)*

doi:10.18411/spc-15-12-2017-08

idsp: 000001:spc-15-12-2017-08

В настоящее время актуальными являются исследования, проводимые в области выявления психофизиологических особенностей человека в зависимости от окружающей среды. Обучение в современной школе подразумевает не просто получение новых знаний, умений и навыков, но и развитие школьника как личности, учет его возрастных и индивидуально-психологических характеристик в образовательном процессе. Понимая, на какие индивидуально-психологические характеристики и как воздействовать, можно повысить успеваемость школьника и способствовать развитию гармоничной личности. Значительное количество работ посвящено проблемам адаптации первоклассников, но трудные и проблемные ситуации приходится не только на первый год обучения в школе. Одним из таких моментов является переход из четвертого класса в пятый. Четвёртый класс - это завершение первой ступени обучения, переход на следующую ступень. В связи с этим четвёртый класс становится важным этапом в становлении личности школьника, это своего рода итог обучения в начальном звене [3].

Своевременное выявление проблем учащихся в начальной школе может помочь ребенку, как в успешном её окончании, так и в ходе адаптации в среднем звене обучения. В начальных классах важную роль в поведении играет темперамент как наиболее устойчивое образование личности. Темпераментом называют закономерное соотношение устойчивых индивидуальных особенностей личности, которые характеризуют различные стороны динамики психической деятельности и поведения. Свойства темперамента в сравнении с другими психическими характеристиками относятся к наиболее постоянным и неизменным. Различия в темпераменте у детей наблюдаются с самого раннего детства. В основе темперамента лежат врождённые типы нервной системы, поэтому темперамент даёт о себе знать уже на первом году жизни [1, 3, 11]. Индивидуально-психологические особенности, связанные с темпераментом сопровождают нас всю жизнь, поэтому целесообразно учитывать их в процессе обучения. Свойства высшей нервной деятельности и темперамента представляют собой врожденные свойства, которые определяют динамическую сторону психофизиологической деятельности человека [4].

Темперамент является наиболее важным и центральным образованием психодинамической организации человека. Л.С. Выготский к темпераменту относит особенности склада всех врожденных и наследственных реакций, наследственную конституцию человека. Согласно его представлениям, темперамент - эта та сфера личности, которая обнаруживается в инстинктивных, эмоциональных и рефлекторных реакциях человека, т.е. является психофизиологическим параметром [10].

К факторам, влияющим на успеваемость и неуспеваемость младших школьников, относят и темперамент. Темперамент определяет ряд психофизиологических особенностей, которые необходимо учитывать в процессе

обучения. Чем взрослее становится индивидуум, тем совершеннее становится уровень адаптации с учетом собственных индивидуально-психологических особенностей, младшему школьнику довольно сложно корректировать свои особенности, их должны учитывать взрослые - учителя и родители [11].

Наиболее распространенной моделью оценки психофизиологических свойств личности является методика определения характеристик центральной нервной системы – интроверсии, экстраверсии и нейротизма, автор которой Г.Ю. Айзенк. Результаты его исследований предполагают, что каждого человека согласно психофизиологическим свойствам личности можно отнести к одному из 2 типов: экстравертам (сангвиники, холерики) и интровертам (флегматики, меланхолики).

В исследованиях структуры распределения школьников по типам темперамента, проводимых М.А. Китаевой и С.И. Русиновой (2008) среди учащихся в возрасте 10 лет флегматики выявлены не были, преобладали школьники с холерическим темпераментом - 38%, на долю сангвиников приходилось 28%, меланхоликов - 33%. В возрасте 12 лет выявлено 45% меланхоликов, наименьший процент холериков (5%), сангвиников и флегматиков по 35% и 15% соответственно [6].

Психофизиологические особенности учащейся молодежи, проживающей в гипокомфортных условиях Севера Тюменской области, изучали следующие авторы: О.Г. Литовченко с соавт. (2010), А.А. Говорухина, А.А. Новоселова (2015), И.В. Бахмутова с соавт. (2015), И.А. Погоньшева, Ю.Г. Лукьянченко, В.В. Постникова (2017) [2, 5, 7, 8, 9].

С целью определить структуру распределения учащихся по типам темперамента проведено исследование на базе средней общеобразовательной школы города Нижневартовска Ханты-Мансийского автономного округа -Югры. В исследовании принимали участие учащиеся четвертых классов, возраст респондентов составил 9-10 лет. Определение типа темперамента проводилось с использованием личностного опросника Г.Ю. Айзенка.

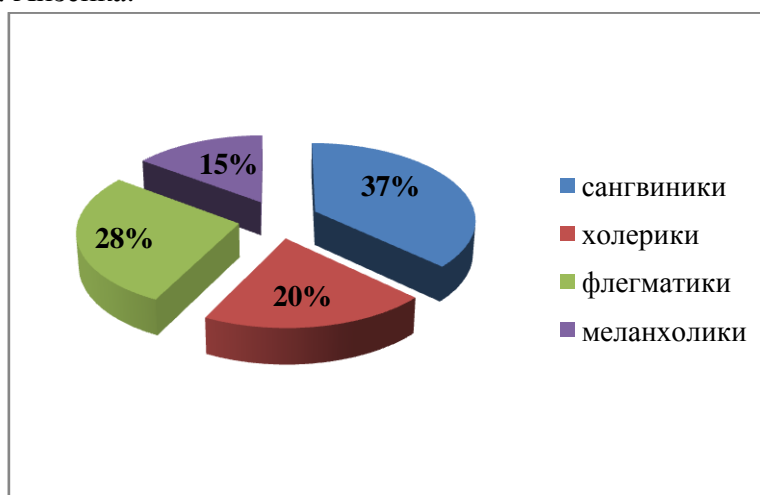


Рис 1. Распределение типов темперамента у девочек, (%).

По результатам исследования было определено процентное соотношение типов темперамента среди учащихся (рис. 1, 2). Всего на параллели четвертого класса нами было протестировано 120 учащихся, из них 54 девочки и 66 мальчиков. Среди девочек выявлено 15 флегматиков, 20 сангвиников, 11 холериков и 8 меланхоликов. Среди юношей определено 23 флегматика, 24 сангвиника, 13 холериков и 6 меланхоликов.

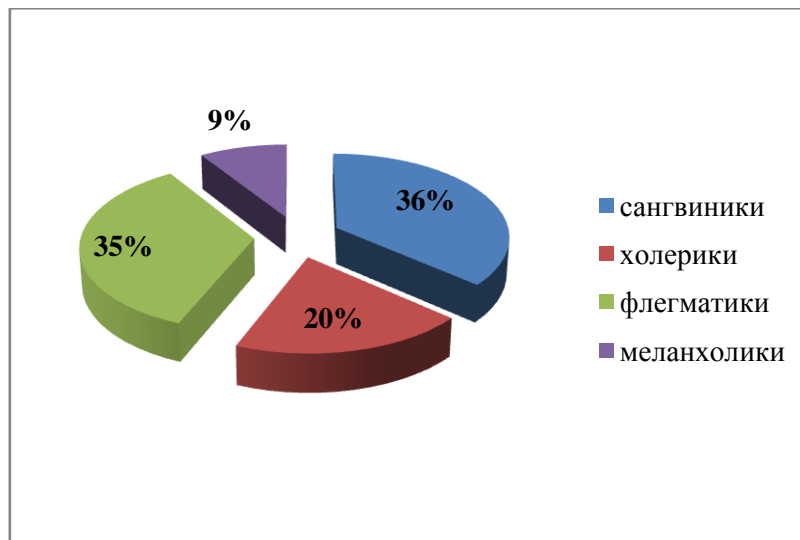


Рис 2. Распределение типов темперамента у мальчиков, (%).

В группе девочек было выявлено 37% сангвиников, 27,8% флегматиков, 20,4% холериков и меньшую долю составляли меланхолики – 9,1%. В группе мальчиков отмечалась такая же тенденция по соотношению определенных типов темперамента: большее количество сангвиников – 36,4%, 34,8% - флегматиков, 19,7% холериков и меньшее количество меланхоликов – 9,1%. Таким образом, среди респондентов преобладают школьники с доминированием сангвинического типа темперамента. Наибольшее число сангвиников приходится на долю юношей (рис. 1, 2).

Согласно литературным данным, школьники-флегматики могут иметь трудности в обучении из-за склонности к стереотипным действиям и медлительности. Сангвиники отличаются продуктивной деятельностью, но они часто подвержены стрессу в работе. Учащимся-холерикам трудно сдерживать свои эмоции, если они не успешны в своей деятельности, потому быстро могут потерять интерес к работе и желание учиться. У холериков могут возникать проблемы с поведением из-за излишнего эмоционального реагирования на критику. Медлительны в своей деятельности меланхолики, но это свойство помогает им при монотонной работе, где необходимо терпение. В ходе обучения необходимо учитывать данные особенности, чтобы избежать снижения успеваемости учащихся и возникновения дезадаптации как в начальных классах, так и в будущем при переходе в среднее звено.

1. Аткинсон Р.Л., Аткинсон Р.С., Смит Э.Е., Бем Д. Дж. и др. Введение в психологию / под ред. В.П. Зинченко. СПб.: Прайм-Еврознак, 2007.
2. Бахмутова И.В., Погоньшева И.А., Шаповалова Г.Г. Стрессоустойчивость студентов гуманитарного факультета Нижневартковского государственного университета // Новая наука: Опыт, традиции, инновации. 2015. № 4-2. С. 3-7
3. Безруких М.М., Фабер Д.А. Физиология развития ребенка. М., 2000 г.
4. Вяткин Б.А., Самбикина О.С. Типы нервной системы и темперамента как природные предпосылки формирования стиля учебной деятельности школьника // Вестник ПГГПУ. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. 2014. №1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/typy-nervnoy-sistemy-i-temperamenta-kak-prirodnye-predposylki-formirovaniya-stilya-uchebnoy-deyatelnosti-shkolnika> (дата обращения: 15.11.2017).
5. Говорухина А.А., Новоселова А.А. Взаимосвязь физиологических и психологических параметров адаптации организма // Северный регион: наука, образование, культура. 2015. Т. 3. № 2 (32). С. 131-135

6. Китаева М.А., Русинова С. И. Физиологические и психологические особенности подростков 11-17 лет // Вестник ТГГПУ. 2008. №15. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/fiziologicheskie-i-psiologicheskie-osobennosti-podrostkov-11-17-let> (дата обращения: 15.11.2017).
7. Литовченко О.Г., Соловьев В.С., Талтыгина А.Ф. Динамика психофизиологических показателей студенток первого курса педагогического вуза Среднего Приобья // Экология человека. 2010. № 11. С. 52
8. Лукьянченко Ю.Г., Погоньшева И.А. Признаки астенического синдрома и эмоционального напряжения у студентов НВГУ / В сборнике: XIX Всероссийская студенческая научно-практическая конференция Нижневартковского государственного университета. Сборник статей. Ответственный редактор А.В. Коричко. 2017. С. 191-194.
9. Постникова В.В., Погоньшева И.А. Уровень адаптации и стрессоустойчивости студентов в зависимости от типа высшей нервной деятельности / В сборнике: XIX Всероссийская студенческая научно-практическая конференция Нижневартковского государственного университета. Сборник статей. Ответственный редактор А.В. Коричко. 2017. С. 225-229.
10. Русинова С. И., Тихомирова М. А. Поведенческий тип реакции (ПТР) и темперамент подростков 11-17-летнего возраста // Вестник ТГГПУ. 2007. №9. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/povedencheskiy-tip-reaktsii-ptr-i-temperament-podrostkov-11-17-letnego-vozrasta> (дата обращения: 15.11.2017).
11. Сидорова А.А., Филатьева Я.Б. Особенности темперамента и успеваемость учащихся четвёртого класса // Царскосельские чтения. 2017. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-temperamenta-i-uspevaemost-uchaschihsya-chetvyortogo-klassa> (дата обращения: 15.11.2017).

SCIENCEPUBLIC

Научное издание

**Научный диалог:
Вопросы медицины**

Сборник научных трудов, по материалам
XI международной научно-практической конференции
15 декабря 2017 г.



SPLN 001-000001-0225-MQ

Подписано в печать 21.12.2017. Тираж 400 экз.
Формат.60x84 1/16. Объем уч.-изд. л.1,84
Бумага офсетная. Печать оперативная.
Отпечатано в типографии НИЦ «Л-Журнал»
Главный редактор: Иванов Владислав Вячеславович