



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ
ЖУРНАЛ

4

(80)
2014

PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ**

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ
И МЕДИЦИНЫ**

**МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ,
ФИЗИОТЕРАПИИ И СПОРТИВНОЙ
МЕДИЦИНЫ»**

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

*А.В. Алимов, А.И. Икрамов,
З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора), Ф.Г. Назиров,
У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов, А.М. Хаджибаев,
М.Х. Ходжибеков, Ш.А. Юсупов*

2014, № 4 (80)

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

(99866) 233-71-75

(99866) 231-00-39

e-mail

sammi-jurnal-pbim@umail.uz

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Самаркандской области
№ 09-26 от 03.10.2012 г.*

Подписано в печать 03.10.2014.

Сдано в набор 03.11.2014.

Формат 60x84 ¹/₁₆

Усл. п.л. 19,5

Заказ 270

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Аллаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарлов	(Бухара)
А.В. Девятов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
В.М. Розинлов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
Р.Х. Хаитов	(Самарканд)
А.А. Хусинов	(Самарканд)

**Ответственный за выпуск номера:
З.Б. Курбаниязов**

себе многочисленные направления формирования, сохранения и укрепления здоровья молодежи.

Под здоровьесберегающей технологиями понимает-ся:

-Благоприятные условия обучения, а именно: отсутствие стрессовых ситуаций, адекватность требований, методик обучения и воспитания;

-Оптимальная организация учебного процесса, согласно возрастных, половых, индивидуальных особенностей и гигиенических норм;

-Полноценный и рационально организованный двигательный режим.

Внедрение здоровьесберегающих образовательных технологий связано с использованием медико-

гигиенических, физкультурно-оздоровительных, лечебно-оздоровительных, социально-адаптированных, экологических здоровьесберегающих технологий и технологий обеспечения безопасности жизнедеятельности.

Здоровьесберегающие и здоровьесформирующие технологии позволяют сохранять существующее положение учащейся молодежи, формируют более высокий уровень их здоровья, навыки здорового образа жизни, дают возможность осуществлять мониторинг показателей индивидуального развития и проводить соответствующие психолого-педагогические, коррекционные, реабилитационные мероприятия.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСТУРАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ СПОРТСМЕНОВ ИГРОВЫХ ВИДОВ СПОРТА (ФУТБОЛ, ХОККЕЙ НА ТРАВЕ) НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ СПОРТИВНОГО СТАНОВЛЕНИЯ

Е.Ф. Скрипка

Республиканский научно-практический Центр спорта, (Республика Беларусь)

Цель работы: Определить основные количественные показатели постральной устойчивости спортсменов на различных этапах становления спортивного мастерства.

Материалы и методы исследования: В экспериментальном исследовании приняло участие 110 спортсменов, представительниц футбола и хоккея на траве. Исследование статических процессов поддержания равновесия спортсменов проводилось методом стабилотрии (компьютерный стабиланализатор с биологической обратной связью «Стабилан-01-2»). Для определения основных количественных показателей постральной устойчивости спортсменов игровых видов спорта (футбол, хоккей на траве) на различных этапах спортивного становления использовался тест Ромберга. Регистрация проекции общего центра тяжести в двух режимах – с открытыми и закрытыми глазами позволила зафиксировать показатели постральной устойчивости. Это дало возможность оценить координационные способности спортсменов. Координационные способности обеспечивают поддержание устойчивого положения тела в пространстве при большой динамичности двигательных актов, то есть обеспечивается равновесие как состояние, которое достигается в результате противодействия силам, вызывающим отклонение тела от целеобразного положения. Это необходимо для эффективного выполнения двигательных действий. Устойчивость позы тела человека наиболее актуальна при выполнении действий в условиях, способствующих ее нарушению, особенно при малой площади опоры, при вращательных движениях, при воздействии на организм утомления. По движению общего центра тяжести можно предположить об эффективности движения человека в целом, то есть, оценить результативность и продуктивность движения.

Результаты исследования: Исследование постральной устойчивости спортсменов игровых видов спорта (футбол, хоккей на траве) проводилось на стадиях: начальной специализации, спортивного совершенствования и высшего спортивного мастерства. Спортсменки на стадии начальной специализации характеризуются следующими показателями постральной устойчивости: средний уровень – 59%, высокий – 25%, низкий – 16%. У спортсменов, проходящих подготовку на стадии спортивного совершенствования, примерно в равной степени представлен средний и высокий уровень постральной устойчивости (45% и 50% соответственно), низкий уровень наблюдается только у 5% спортсменов. На стадии высшего спортивного мастерства у спортсменов доминирует высокий уровень постральной устойчивости (76%), 24% исследуемых имеют средний уровень. Также необходимо отметить отсутствие низкого уровня постральной устойчивости у спортсменов игровых видов спорта данной стадии.

Выводы: Результаты исследования позволили выявить прямую тенденцию увеличения уровня постральной устойчивости с прохождением стадий спортивного совершенствования на протяжении многолетней подготовки спортсменов.

Данная методика (тест Ромберга) является весьма информативной для исследования психофизиологических особенностей на различных этапах спортивного отбора футболисток и хоккеисток, т.к. высокий уровень постральной устойчивости способствует своевременной и точной регуляции положения тела в пространстве, плавности движения, устойчивости при резкой смене направления углового движения в обеих плоскостях, что сказывается на результативности игры спортсменов.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

В.И. Сливка

Буквинский государственный университет

Большая часть больных туберкулезом - это люди с неустроенной жизнью. Причины этого - неблагоприятные «жизненные условия» (родители-алкоголики, неполная семья), невозможность найти работу или нежелание ее искать и другие. Около двух третей больных

туберкулезом не работают, злоупотребляют алкоголем или принимают наркотики. Все вышеперечисленные факторы постепенно приводят к полной деградации личности. Самокритика у таких больных снижена, их поведение неадекватное. Изменения нервно-

психического состояния у больных туберкулезом могут проявляться расстройствами настроения (дистимии), психастеническим синдромом, повышенной возбудимостью, а иногда и заторможенностью. Реакция организма на лекарственные средства также зависит от состояния ЦНС больного.

Туберкулез у таких больных часто плохо поддается лечению, склонен к рецидивам и хроническому течению. Некоторые противотуберкулезные препараты оказывают токсическое действие на ЦНС. При выраженном побочном действии эти препараты отменяют, а больным с фоновыми психическими расстройствами (психозы, эпилепсия) назначают их с осторожностью, индивидуально подбирая дозы.

Низкий социальный статус большинства больных туберкулезом (безработные, бездомные, беженцы, мигранты) также не способствует внимательному или хотя бы сочувственному отношению к ним. В некоторых странах для оказания помощи больным туберкулезом и социальной реабилитации создаются специальные службы, отряды добровольцев (волонтеров). Однако в целом отношение общества к больному туберкулезом должна измениться. Более внимательное и сочувственное отношение людей к больным туберкулезом должна способствовать разъяснительная работа среди населения, санитарно просветительная работа.

Люди должны знать, что туберкулез в большинстве случаев - это излечимая болезнь; что больной, принимающий противотуберкулезные препараты, предназначенные квалифицированным врачом, вскоре перестает быть источником инфекции (в среднем через 1,5-2 мес. от начала лечения), что дети, больные туберкулезом,

вообще крайне редко бывают источником инфекции, что туберкулезные больные нуждаются в помощи и поддержке общества. Такая поддержка больных со стороны общества может заключаться.

в оказании материальной помощи на период лечения (в виде продуктов питания, гигиенических средств), в выделении жилья, в организации ночлега и питания для бездомных больных, в проведении индивидуальной и семейной психотерапии, в оформлении пенсии, оказании помощи по инвалидности и др., в трудоустройстве больных туберкулезом, которые не выделяют возбудителя инфекции.

Помощь больным могут оказывать как государственные органы социальной защиты населения, так и общественные гуманитарные организации, добровольцы. Отношение членов семьи к больному туберкулезом зависит от взаимоотношений, сложившихся в ней. В нормальной семье больному сочувствуют, всячески способствуют его выздоровлению, предоставляя моральную поддержку. Родственники активно участвуют в процессе лечения больного (напоминают о необходимости приема препаратов, обеспечивают полноценное питание и др.). Если члены семьи конфликтуют между собой, чаще всего на почве злоупотребления алкоголем и нужд, то больному туберкулезом приходится нелегко. Невнимательность к нему и стрессы могут привести к прогрессированию болезни. Членов семьи больного туберкулезом следует проинформировать об особенностях течения и лечения туберкулеза. Только при полном понимании проблемы всеми членами семьи можно ожидать от них адекватного отношения к больному туберкулезом.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Х.М. Соаткулов, А.А. Улугмуратов, А.С. Юсупов, С.О. Маматов, А.Р. Исломов, Д.К. Нармурадов

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель исследования: Оценить и определить показания к спленэктомии при разрывах селезенки у детей сочетанной травмой живота с последующей их реабилитацией в послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования: В СФ РНЦЭМП в отделении экстренной детской хирургии за 2000-2013 г. находились 60 пострадавших с повреждениями селезенки при сочетанной травме живота, которым производилось оперативное лечение. Они сочетались с травмой черепа в 18 наблюдениях, груди - в 7, таза и конечностей - 8 случаях. У остальных были повреждения желудка - у 7, кишечника - у 6, печени - у 6, почек - у 5, забрюшинные гематомы - у 12 детей. Мальчиков было 41 (68,3%), девочек - 19 (31,7%), в возрасте от одного до 10 лет - 17 (28,3%), от 11 до 14 лет - 23 (38,3%) и от 14 до 18 лет - 20 (33,4%).

Всем пострадавшим при поступлении, кроме общеклинического и лабораторного исследования, производили УЗИ, рентген, КТ, диагностическую лапароскопию брюшной полости (у 19). В дальнейшем тактику ведения определяли в зависимости от тяжести состояния пациента, степени геморрагического шока, объема гемоперитонеума, интенсивности кровопотери (ОЦК), гемодинамических показателей (АД, ЦВД, ЧСС, индекс Альговера, диурез и др.).

Результаты. Абсолютными показаниями к спленэктомии у наших больных были следующие: отрыв селезенки от её сосудистой ножки - у 10, полное её размо-

жение - у 17, множественная фрагментация - у 13, повреждения селезенки в сочетании с множественной травмой внутренних органов - у 17, продолжающиеся кровотечения из разрыва паренхимы после попытки его остановки путем наложения швов и тампонады салынком - у 3.

После удаления селезенки проводится тщательный гемостаз. Все подозрительные на возможность возникновения вторичного кровотечения ткани должны быть тщательно лигированы. В ложе селезенки подводится силиконовая дренажная трубка, которую выводят через переднюю брюшную стенку через прокол в левом подреберье.

У детей после удаления селезенки возникает синдром гипоспленизма, проявления которого зависят от степени иммунодепрессии - от фульминантного сепсиса до частых интеркуррентных инфекционных заболеваний. Аутолиентрансплантация селезеночной ткани является действенной защитой от инфекции. Поэтому, нами у 26 детей произведено гетеротопическая ауто-трансплантация селезеночной ткани благоприятным исходом.

Следует отметить, что поскольку спленэктомия и спленэктомия с аутолиентрансплантацией в отдаленном послеоперационном периоде приводит к увеличению агрегационной способности тромбоцитов, изменениям реологических свойств крови и коагуляционного звена системы гемостаза, больные после таких операций