

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
НОВГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. ЯРОСЛАВА МУДРОГО
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Актуальные проблемы современной медицины

*Республиканский межвузовский
научно-практический сборник*

ТОМ 16

ВЕЛИКИЙ НОВГОРОД

2014

то же время условия, которые способствуют развитию этой болезни, не столь специфичны и могут варьироваться. Одного причинного фактора иногда недостаточно для того, чтобы превратить возможность болезни в действительное заболевание, ибо реализоваться эта возможность может только при наличии определенных условий, например, случаи бациллоносительства скрытой дремлющей инфекции, когда наличие в организме патогенных микробов не обязательно влечет за собой заболевание, когда огромную роль играет макроорганизм, т.е. человек и окружающая его среда (условия). И, наоборот, наличие всех благоприятствующих условий при отсутствии причинного фактора не может вызвать патологического процесса, т.е. нет причин и следствия без определенных условий, но при отсутствии причины условие само по себе не может вызвать следствие.

Повод – фактор, приводящий в действие причинно-следственные отношения в данных условиях (пусковой механизм). Он носит внешний и случайный характер, лишь определяет момент возникновения причинно-следственной связи, помогает проявиться причине, дает толчок к действию причины. Повод в медицине следует рассматривать как способствующий фактор, определяющий время действия причины и возникновения следствия.

1. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 №174-ФЗ (ред. 29.06.2009) // Система Консультант Плюс [Электронный ресурс].
2. Федеральный закон от 31.05.2001 №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (ред. 28.06.2009) // Система Консультант Плюс [Электронный ресурс].
3. Ефимичев П.С., Ефимичев С.П. Расследование преступлений: теория, практика, обеспечение прав личности. – М.: Юстицинформ – 2008.
4. Мамай В.И. О статусе и компетенции государственных и негосударственных экспертов // Эксперт-криминалист. – 2009. – №1.
5. Николаева Г.С. и др. Судебная медицина: общая и особенная части: учебник. – М.: Эксмо. – 2007.
6. Основы медицинского права России: учебное пособие / под ред. Ю.Д. Сергеева. – М.: Издательство МИА. – 2007.
7. Россинская Е.Р. Судебная экспертиза в гражданском, арбитражном, административном и уголовном процессе. – М.: Норма. – 2005.
8. Попов В.Л. Судебная медицина. – СПб.: Издательство Р. Асланова Юридический центр Пресс, 2002.
9. Судебная медицина: учебник для юридических вузов / под общ. ред. В.Н. Крюкова. – М.: Норма, 2006.

КАФЕДРА МОРФОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

(зав. кафедрой – д.м.н., профессор Л.Г. Прошина)

ДИНАМИКА НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А.В. Хоренков, С.А. Нора, Н.П. Фёдорова

Нарушение осанки – это, прежде всего, уменьшение тонуса и выносливости мышц спины и туловища. В результате ослабления мышечного тонуса, нормальная статическая нагрузка оказывается непосильной, и способность удерживать туловище выпрямленным снижается или утрачивается [4].

Особое внимание требует конфигурация позвоночника, его физиологические изгибы. Позвоночный столб должен иметь равномерный волнообразный вид, что улучшает по законам биомеханики рессорную функцию, придаёт позвоночнику устойчивость, облегчает поддержание равновесия и повышает устойчивость организма.

В норме позвоночник имеет физиологические изгибы (шейный лордоз, грудной кифоз, поясничный лордоз и крестцовый кифоз), данные изгибы формируются уже к 5–7 годам жизни [3, 4].

Оценка вертикальной оси тела проводится в сагиттальной плоскости и в норме проходит через наружное слуховое отверстие – задний край нижней челюсти – передний край плечевого сустава – тазобедренный сустав – передний край коленного сустава – наружная лодыжка. Изменения показателей данной оси свидетельствуют о нарушении осанки [2, 5].

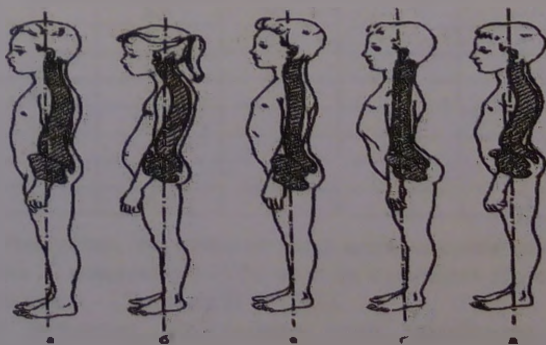


Рис. 1. Типы осанки: а – нормальная осанка, б – кифотическая осанка (круглая спина, сутулая спина), в – плоская спина, г – плосковогнутая спина, д – кифолордотическая осанка (кругловогнутая спина).

Различают следующие варианты нарушения осанки в сагиттальной плоскости, при которых происходит изменение правильных соотношений физиологических изгибов позвоночника (рис. 1):

- а) "сутуловатость" – увеличение грудного кифоза в верхних отделах при сглаживании поясничного лордоза;
- б) "круглая спина" – увеличение грудного кифоза на всем протяжении грудного отдела позвоночника;
- в) "вогнутая спина" – усиление лордоза в поясничной области;
- г) "кругло-вогнутая спина" – увеличение грудного кифоза и увеличение поясничного лордоза;
- д) "плоская спина" – сглаживание всех физиологических изгибов;
- е) "плоско-вогнутая спина" – уменьшение грудного кифоза при нормальном или несколько увеличенном поясничном лордозе [1, 3, 6].

Цель настоящего исследования заключалась в оценке частоты встречающихся нарушений осанки у детей школьного возраста.

Задачей исследования являлось:

1. Измерение антропометрических показателей детей:
 - сбор данных;
 - анализ и статистика полученных данных.
2. Выявление нарушений осанки у детей школьного возраста.

В ходе исследования было обследовано 360 школьников в возрасте от 7 до 18 лет. Для более удобного статистического расчёта от каждой возрастной группы осматривалось по 30 человек. Измерялись такие параметры, как *рост*, *вес*, *длина шейного и поясничного изгибов*, *глубина шейного и поясничного изгибов*, *наличие нарушения осанки и её тип*, *вычислялись углы треугольников α (шейный лордоз) и β (поясничный лордоз)* (рис. 2). Все данные были занесены в таблицы пакета программ Statistica 10.0. Из проведённой статистической обработки полученных данных и выявленной значимости по критерию Стьюдента было выяснено, что углы α и β треугольников ABC и DEF не имеют ценности в отношении наличия нарушения осанки.

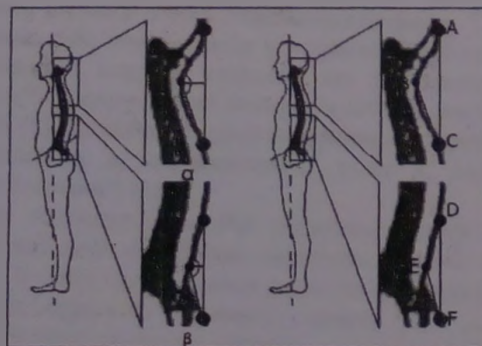


Рис. 2. Треугольники α (шейный лордоз) и β (поясничный лордоз).

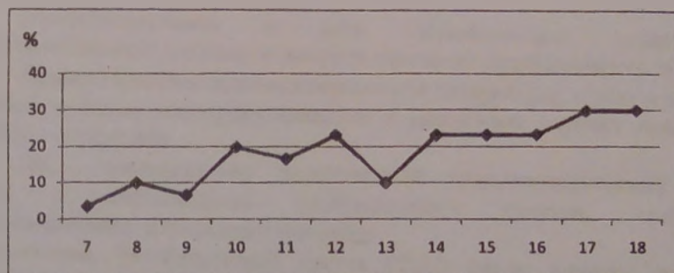


Рис. 3. Процентное соотношение количества нарушений осанки в каждой возрастной группе.

Количество нарушений осанки увеличивается с каждой возрастной группой, так в группе обследуемых с возрастом 7 лет выявлен 1 (3,3%) человек с нарушением осанки, в группе с возрастом 18 лет, выявлено уже 9 (29,7%) учащихся с подобными изменениями, что демонстрируется на диаграмме (рис. 3).

Было проведено не только количественное выявление нарушений осанки, но и их качественные проявления (табл. 1).

Таблица 1

Качественные проявления нарушений осанки

Возраст	Сутулость	Вогнутая спина	Кругло-вогнутая спина	Плоская спина	Плоско-вогнутая спина
7	—	3.3	—	—	—
8	—	—	—	6.6	3.3
9	3.3	—	3.3	—	—
10	13.2	—	3.3	3.3	—
11	6.6	9.9	—	—	—
12	6.6	6.6	—	—	9.9
13	3.3	6.6	—	—	—
14	9.9	—	3.3	—	9.9
15	6.6	—	—	13.2	3.3
16	6.6	—	13.2	3.3	—
17	9.9	—	13.2	3.3	3.3
18	6.6	6.6	6.6	3.3	6.6

Обнаружено, что наиболее часто встречающиеся нарушения осанки, это сутулость 22 человека (6.1 (1)%) от всего количества обследованных и кругло-вогнутая спина — 13 человек (3.61 (1)%).

В результате исследования были разработаны рекомендации по профилактике нарушений осанки в детском возрасте:

1. Разработать комплекс упражнений, укрепляющих мышечный каркас позвоночника с целью использования на занятиях по физической культуре.
2. С целью предупреждения нарушений осанки школьников необходим контроль за правильной посадкой детей на уроках.

Вывод:

1. У 18,3% обследованных детей школьного возраста выявлено нарушение осанки.
2. С возрастом увеличивается процент нарушений осанки от 3,3%, для семилетних детей, до 29,7%, для 18-летних.
3. Во всех возрастных группах выявлено нарушение осанки – сутулость, составляющей 6,1(1) %.

1. Детский массаж и гимнастика / под ред. И.С. Красиковой. – Санкт-Петербург, издательство Корона–Век, 2008.
2. Лечебная физическая культура при нарушениях опорно-двигательного аппарата у детей и подростков, изд. Академия, М., 2006.
3. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми / под ред. Т.В. Капитана, Москва, изд. МЕДпресс – информ, 2004.
4. Сколиоз излечим / под ред. А. Лукаша, Е. Шубина, Н. Белянчиковой, Санкт-Петербург, изд. Наука и техника, 2008.
5. Сколиоз. Профилактика и лечение / под ред. И.С. Красиковой, изд. Корона–Век, Санкт-Петербург, 2011.
6. Хирургическое лечение пороков развития позвоночника у детей / под ред. Э.В. Ульриха, А.Ю. Мушкина, Санкт-Петербург, изд. ЭЛБИ–СПб., 2007.

ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИКИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

А.П. Антипов

Введение. Число операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в России и в мире ежегодно возрастает. Сейчас эндопротезирование прочно вошло в арсенал хирургических методов лечения больных с заболеваниями и травмами тазобедренного сустава и их последствиями.

Увеличение количества подобных операций связано с увеличением продолжительности жизни и общим старением населения. Так, если в 2000 г. в мире насчитывалось 590 млн. человек в возрасте от 60 лет, то к 2025 г. их количество превысит 1 млрд., а удельный вес заболеваний и повреждений тазобедренного сустава среди общей патологии опорно-двигательного аппарата возрастет на 80% [1]. Увеличение продолжительности жизни тесно связано с проблемой остеопороза и, следовательно, ведет к нарастанию частоты переломов шейки бедренной кости.

По данным статистики по РФ переломы шейки бедренной кости встречаются у 61 человека на 100 тыс. населения, а у лиц старше 70 лет – в четыре раза чаще. В связи с этим, важно изучение строения и методов лечения повреждений тазобедренного сустава, одним из которых является эндопротезирование тазобедренного сустава.

Цели.

– Проанализировать и дать сравнительную характеристику современным видам и методам эндопротезирования тазобедренного сустава.

– Провести анализ специализированной литературы, с целью выяснения наилучших методов эндопротезирования в различных случаях повреждения тазобедренного сустава.

– Дать характеристику особенностей травматологической помощи больным с поражениями тазобедренного сустава, требующими эндопротезирования, в Великом Новгороде.

Анатомия. Тазобедренный сустав (ТБС) самое крупное подвижное сочленение у человека. Он относится к шарнирным суставам и располагается в верхней области бедра и ягодичной области. Он образован соединением головки бедренной кости и вертлужной впадины. Сустав располагается внутри плотной суставной сумки, снаружи окружен мышцами бедра [2].

Сустав имеет три оси вращения, с помощью которых осуществляются следующие движения: сгибание и разгибание, приведение и отведение, вращение внутрь и наружу, циркумдукция (круговое движение). Исследование нарушений этих показаний является одним из показаний к протезированию.

Эндопротезирование тазобедренного сустава – это замена костных структур ТБС на искусственные имплантаты.

Эндопротезирование ТБС делится, первое, в зависимости от заменяемых структур, на монополярное (замена только эпифиза бедренной кости) и тотальное (замена всех частей ТБС).

Второе деление артропластики на первичное и вторичное (ревизионное) эндопротезирование. Первичная замена тазобедренного сустава осуществляется для возврата полноты его функции при заболеваниях и травмах, а ревизионные операции направлены на устранение проблем, возникающих в процессе эксплуатации искусственного сустава.

Показания к эндопротезированию ТБС – эндопротезирование тазобедренного сустава наиболее часто выполняется по поводу деформирующего артроза различной этиологии, последствий асептического некроза головки бедренной кости, ложного сустава шейки бедренной кости, ревматоидного артрита, болезни Бехтерева и повреждений области тазобедренного сустава. Целью операции является ликвидация болевого синдрома, улучшение функции сустава и качества жизни [3].

Основными противопоказаниями являются – невозможность движения пациента, паралич на стороне повреждения, заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной систем, остеопения, полиаллергия, хроническая инфекция с наличием несанированных очагов, перенесенный сепсис т.д. [3].

Устройство эндопротеза.

Эндопротез тазобедренного сустава состоит из ацетабулярного компонента (чашки), бедренного компонента (ножки) и головки. Различают имплантаты цементной и бесцементной фиксации.

Ацетабулярный компонент.

О Г Л А В Л Е Н И Е

АВТОРЫ:	НАЗВАНИЯ СТАТЕЙ	СТР.	
	КАФЕДРА НОРМАЛЬНОЙ ФИЗИОЛОГИИ		КУДРЯВЦЕВА Н.А. КОРШУНОВА Г.П. ЛЮТИНА С.А. НИКИТИНСКАЯ В.И. РОЙТМАН Е.И. РОМАНЮК Г.М. СЕЧЕНОВА Л.В.
КУЗЬМИНА М.Д. БАЛТАЧИЕВА Е.А. НОВИКОВА А.П.	ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОИЗВОЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (СОГЛАСНО ТРУДОВ И.М. СЕЧЕНОВА)	3	ПОГРЕБНЯК Л.Н.
ВАСИЛЬЕВА М.П. КРУТОВА Д.Н. НОВИКОВА А.П.	ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МОТИВАЦИИ ДОСТИЖЕНИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ И РЕАЛИЗАЦИИ КЛЮЧЕВЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОГО ПОВЕДЕНЧЕСКОГО АКТА	5	
НОРА С.А. ХОРЕНКОВ А.В. НОВИКОВА А.П.	ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ КОРРЕЛЯТОВ ДОМИНИРУЮЩЕЙ МОТИВАЦИИ У СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ	7	ФИШМАН Б.Б. ЖБАНОВА Н.О. САВОЛЮК А.В. САВИНА И.Ю. ВОВК Т.Е. (ИВАНОВА)
АНТИПОВ А.П. ШАБАЕВ В.С. ВЛАСЕНКО Р.Я.	ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ	10	АТАЕВ И.А.
ШАБАЕВ В.С. АНТИПОВ А.П. ВЛАСЕНКО Р.Я.	АНАЛИЗ ВСР И АЭРОБНОЙ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ У ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ С РАЗЛИЧНОЙ ГОТОВНОСТЬЮ К РИСКУ	13	КУЛИК Н.А.
	КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ		ЕВСЕЕВ М.Е. ЖМАЙЛОВА С.В.
ГУТНИН И.В. МЯКИШЕВА С.Н. ЛОМОНОСОВА Е.Б.	ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ (ОБЗОР).....	16	
	КАФЕДРА МОРФОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА		МЕЛЬНИКОВА А.
ХОРЕНКОВ А.В. НОРА С.А. ФЕДОРОВА Н.П.	ДИНАМИКА НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	23	
АНТИПОВ А.П.	ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИКИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	26	ГУДЗЬ П.А. ХРУЦКИЙ К.С.
ФИЛИППОВА К.С. МИНИНА Э.Ю.	ВЗАИМОСООТНОШЕНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ СЕГМЕНТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	31	ЧЕРКАСОВ Н.С. ГУДЗЬ П.А.
КОНДРАТЬЕВ Д.Г.	ДЕТСКАЯ КОСОЛАПОСТЬ	32	
	КАФЕДРА АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕДИАТРИИ		ШАМИЛАДЗЕ Д.А. БУТРИМОВА С.Ш. КОСТЫРКИНА В.В. САВОЛЮК А.В.
УВАРОВ Ю.М. КЛИШИНА В.В. ЕГОРОВА А.В. ХОРЕНКОВ А.В.	ЛЕЧЕНИЕ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ МЕТОДОМ УПРАВЛЯЕМОЙ БАЛЛОННОЙ ТАМПОНАДЫ МАТКИ	36	
ЛАЗУТИНА Ю.В. ЛАРИНА Н.Г. СЕЧЕНОВА Л.В.	СИНДРОМ ГУРЛЕРА (МУКОПОЛИСАХАРИДОЗ I ТИПА) У РЕБЕНКА 1 ГОДА 5 МЕСЯЦЕВ	38	ЗУРАБОВ В.В. ГУТНИН И.В. ШАМИЛАДЗЕ Д.А.

ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ГИПОПАРАТИРЕОЗ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ	41
--	----

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ В ДИНАМИКЕ ПОСЛЕ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ	45
--	----

КАФЕДРА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТОТЫ СОЧЕТАНИЯ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ	49
--	----

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СРЕДНЕЙ ОБОЛОЧКИ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА	51
---	----

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА И СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	55
---	----

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ИСХОДНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ ПРОФИЛЕМ И СОПРОВОЖДЕНИЕМ ХОЛОДОВОГО СТРЕССА	59
--	----

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ПАРКИНСОНИЗМА И БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА (клинический обзор)	62
---	----

КАФЕДРА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

ВОПРОСЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ: УСТОЙЧИВОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ И ПРИМЕНЕНИЕ ВАКЦИН	65
--	----

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСУЛИНА ПРИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	69
---	----

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ, НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

КОНТРОЛЬ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ – НЕОТЪЕМЛЕМОЕ УСЛОВИЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	72
---	----

НЕАЛКОГОЛЬНЫЙ СТЕАТОГЕПАТОЗ – КАК ОСНОВНОЙ СИНДРОМ ПРИ МОРЕБИДНОМ ОЖИРЕНИИ (обзор и составные проблемы)	75
--	----