

Література

1. Бектимиров Т.А. Рекомендации ВОЗ и международных форумов по тактике борьбы с гриппом в связи с возможной пандемией. Бюллетень «Вакцинация». 3 (27), 2003, стр 1–5. 1.
2. Вікторія Кий-Кокарева Нормативно-правове забезпечення профілактики вірусних інфекцій в державі // Публічне управління: теорія та практика. – 2011. – № 3(7). – С.178-182.
3. Динамика захворюваності на грип та ГРВІ робітників скляно-фарфорової промисловості /Л.А. Голованова, В.О.Гапон, В.Л. Філатова, [та ін.] // Світ медицини та біології. – 2011. – №2. – С. 109–111.
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ // ВВР України.– 1993. – №4. – Ст. 19. 10.
5. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994 р. № 4004- ХІІ // ВВР України –1994. – № 27. – Ст. 219.
6. Про затвердження Загальнодержавної програми імунізацій та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009 – 2015 роки: Закон України від 21 жовтня 2009 року №1658-VI [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>.
7. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки: Постанова КМУ від 10 січня 2002 р. №14 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>.
8. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 06.04.2000 р. № 1645 – ІІІ [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>.
9. Про заходи щодо профілактики і боротьби з грипом та гострими інфекціями в Україні: Наказ МОЗ України від 09.02.1998 №30 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>.
10. Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів: Наказ МОЗ України від 03.02.2006 №48 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>.

Реферати

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИОННО- УПРАВЛЕНЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА И ОРВИ Голованова И.А., Гапон О.В., Филатова В.Л.

Проведен системный анализ нормативно-правовых актов в сфере профилактики гриппа и острых респираторных вирусных инфекций. Выполнение государственных нормативно-правовых актов на местном уровне обеспечивается с помощью функционально-структурной модели организационно-управленческих мероприятий, где их организатором выступают органы местной власти и государственного самоуправления. Исполнителями 1-го уровня являются медицинские учебные заведения, средства массовой информации, санитарно-эпидемиологические службы, 2-го уровня – медико-санитарные части, которые непосредственно проводят профилактику.

Ключевые слова: нормативно-правовые аспекты, организационно-управленческие мероприятия, профилактика, грипп, ОРВИ.

Стаття надійшла 12.01.2012

THE STANDARD-LEGAL ASPECTS OF ORGANIZATIONAL ADMINISTRATIVE ACTIONS FOR PREVENTIVE MAINTENANCE OF THE INFLUENZA AND ARVI

Golovanova I.A., Gapon O.V., Filatova V.L.

The system analysis of standard-legal acts in sphere of preventive maintenance of the influenza, acute respiratory virus infection is carried out. Performance state is standard legal certificates at local level is provided by means of functionally structural model of organizational administrative actions where as their organizer bodies of local authorities and the state self-management act. Executors of 1st level are medical educational institutions, mass media, sanitary epidemiological services, 2nd level – medical aid station which directly carry out preventive maintenance.

Key words: normatively-legal aspect organizationally-administrative measures, prophylaxis, fl ARVI.

УДК 616.314-09.23

Н.В. Головки, Ганнам Іял Наджиб ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЗМІНИ РОЗТАШУВАННЯ ЯЗИКА ТА РОЗТЯГНЕННЯ ЙОГО ВУЗДЕЧКИ

В статті обґрунтоване застосування пристрою для міогімнастики при вкороченні вуздечки язика, представлено схематичне зображення конструкції, показання до застосування та міогімнастичні вправи.

Ключеві слова: вкорочення вуздечки язика, ТРГ-дослідження, пристрій для міогімнастики.

Язык, який в процесі філогенезу виник як орган механічної дії та відчутності, в ході еволюції почав виконувати різні функції, які окрім функцій жування та ковтання сприяють спілкуванню людей між собою. Як м'язовий орган язик виконує складні моторні акти. Пластичність язика та обсяг його рухів зумовлені особливостями будови та функції м'язів, наявністю вуздечки. Розташований в порожнині рота, язик протидіє тиску м'язів навколоротової ділянки, при цьому сили, що сприяють порушенню міодинамічної рівноваги походять головним чином від язика, а навколоротова мускулатура пристосовується до них [4,3].

Вкорочення вуздечки язика є різновидом анкілоглосії (анкілоглосія – від латинського ankiloglosson – зрощення язика з дном ротової порожнини) [7,2]. Вкорочена вуздечка призводить до порушення

функціонування язика, що проявляється зміною його розташування та зменшенням обсягу рухів у різних напрямках. В запропонованій В.П.Окушко в 1965 році класифікації шкідливих звичок [5] не знайшло відображення лише порушення рухів язика. Так, в цій класифікації звички смоктання та прикушування язика трактуються як зафіксовані рухові реакції (I група); неправильне ковтання, звичка тиску на зуби язиком та неправильна артикуляція - як зафіксовані функції з неправильним перебігом (II група); III група шкідливих звичок - неправильне положення язика у спокої.

Шкідлива звичка (дія або поза) є зафіксованим стереотипом, тобто складною серією згладжених рефлексів, які включаються автоматично у певній послідовності. Її відмінність полягає в тім, що вона є механізмом адаптації до зовнішніх та внутрішніх умов. Усунення шкідливих мовних звичок, до яких можна віднести порушення його розташування, функцій та рухів язика при вкороченні вуздечки, являє собою довготривалий процес, який потребує певних зусиль з одного боку лікаря-ортодонта, з іншого – пацієнта та його батьків.

Метою дослідження стало обґрунтування необхідності застосування «Пристрою для міогімнастичних вправ при вкороченій вуздечці язика» шляхом визначення характеру порушення функцій та рухів язика, його розташування при вкороченні вуздечки.

Матеріал та методи дослідження. Для визначення порушення функцій та рухів язика проведене клінічне обстеження 259 ортодонтичних пацієнтів віком від 6 до 27 років з різними зубошелепними аномаліями у сполученні з вкороченням вуздечки язика. Обстеження проводили за запропонованим Н.В. Головки алгоритмом [4]; характер функціональних порушень визначали під час клінічного огляду та за допомогою клінічних функціональних проб. Для визначення розташування язика була проведена бічна телерентгенографія (ТРГ) з контрастуванням язика за допомогою сульфату барію у 81 особи віком від 10 до 27 років.

Результати дослідження та їх обговорення. В усіх 259 обстежених були визначені порушення різних функцій. Частіше діагностували порушення функцій, які безпосередньо не залежать від вкорочення вуздечки язика – це функції змикання губ та дихання, які визначені у 73,75% та у 68,73% обстежених відповідно. Але при неможливості або утрудненні носового дихання відбувається зміна розташування язика, що створює умови для ротового дихання, тобто є компенсаторно-адаптаційним механізмом. До функцій, перебіг яких відбувається за безпосередньою участю язика відносять ковтання, мовотворення та жування. Частіше за все діагностували порушення ковтання, яке було визначено у 48,26% обстежених. Нечітка вимова окремих звуків та/або порушення вимови окремих звуків визначено у 20 пацієнтів, але за анамнезом 59 пацієнтів у свій час зверталися за логопедичною допомогою, тобто порушення мовотворення спостерігалось у 79 обстежених, що склало 30,50%.

Порушення функції жування є наслідком наявності дефектів зубних рядів, тяжких форм ЗЩА. Оскільки ми досліджували пацієнтів із різними видами ЗЩА, то враховуючи цей факт ми визначали порушення жування лише у тих, що мали дефекти зубного ряду. Порушення функції жування визначено у 23 (8,88%) обстежених.

Було проведене і визначення повноцінності рухів язика при екскурсії у наступних напрямках: до кінчика носа, до підборіддя, до правого та лівого кутів рота, при облизуванні губ по колу. Дослідження показало, що найбільш утрудненими були рухи у напрямку до кінчика носа, які здійснювалися у повному обсязі лише у 17 пацієнтів (6,56%), причому відсоток пацієнтів з порушенням рухів у цьому напрямку незначно змінювався з віком. Рухи язика в напрямку підборіддя здійснювалися у повному обсязі майже у 2/3 обстежених. Утруднення рухів язика до правого або лівого кута рота визначено у 37,36% та 38,46% відповідно. Найменша кількість порушень діагностована при облизуванні губ по колу – у 59 пацієнтів (22,77%). Аналіз бічних ТРГ з контрастуванням язика (рис. 1) показав, що лише у 5 із 81 пацієнтів з вкороченням вуздечки язик займав правильне положення (прилягав до твердого піднебіння та відповідав його формі), у 76 обстежених (93,83%) визначався простір між спинкою язика та різні форми співвідношення спинки та твердого піднебіння.

Було визначено 4 типи розташування спинки язика з вкороченою вуздечкою: таке, що відповідає формі твердого піднебіння - 37,04%, витягнутий вперед язик з пласкою спинкою - 16,05%, дистальне розташування язика з випуклою спинкою - 20,99% та хвилеподібна спинка язика - 25,92%. Зі збільшенням ступеня вкорочення вуздечки язика збільшувався відсоток пацієнтів з хвилеподібною спинкою. Аномалійне розташування спинки язика та наявність простору між спинкою та твердим піднебінням можна пояснити вкороченням вуздечки язика та порушенням його рухів вгору. Хвилеподібна форма язика, що частіше спостерігалася при скупченості зубів різного ступеня тяжкості, може бути наслідком пристосування язика до зменшення об'єму порожнини рота.

Таким чином, зважаючи на вищевикладене одним із етапів ортодонтичного лікування пацієнтів із ЗЩА та вкороченням вуздечки є зміна розташування язика для відновлення його функціонування.

Зміна розташування язика та відновлення його функціонування можливе за умов виконання міогімнастичних вправ. Одним із різновидів міогімнастики є виконання вправ із застосуванням стандартних або індивідуально виготовлених ортодонтичних апаратів.

Розроблений нами «Пристрій для міогімнастичних вправ при вкороченій вуздечці язика» [6] являє собою верхньощелепний апарат (рис. 2), який складається із базису у вигляді двох пластмасових фрагментів (переднього та заднього). Фрагменти базису з'єднані між собою дротяним кронштейном (ортодонтичний дріт діаметром 0,8 мм). Фіксується пристрій за допомогою двох трикутних кламерів (ортодонтичний дріт діаметром 0,6 - 0,7 мм), які виходять із більшого (переднього) фрагменту базису і розташовуються у міжзубних проміжках між іклами та першими тимчасовими молярами чи першими премолярами. У передньому фрагменті базису розташований круглий отвір. Дистальна межа заднього фрагменту відповідає лінії, що з'єднує дистальні поверхні других тимчасових

молярів (у пацієнтів з тимчасовим прикусом) або перших постійних молярів (у пацієнтів в періоді змінного та постійного прикусу). Оскільки при вкороченні вуздечки язика окрім порушення основних функцій відбувається переважно порушення рухів язика вверх показаннями до застосування запропоновано пристрою є наступні: - розтягнення вуздечки язика та зміна його розташування при I виді вкорочення його вуздечки, - зміна розташування язика при II та III видах вкорочення після проведеної френулопластики.

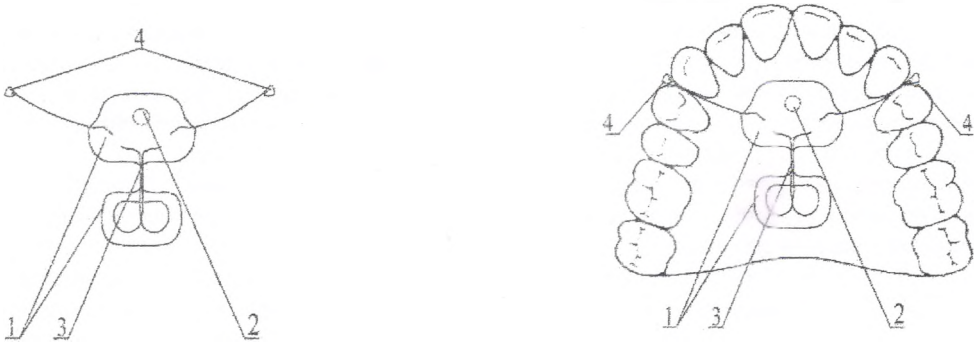


Рис. 1. Схематичне зображення «Пристрою для міогімнастичних вправ при вкороченій вуздечці язика».

Окрім цього, рекомендується застосування пристрою для проведення міогімнастики при відкритому прикусі, що обумовлений прокладанням язика між зубами, інфантильному типі ковтання, шкідливих звичках смоктання язика, логопедичних проблемах.

Міогімнастичні вправи виконуються двічі на день (в першу та другу половини дня), краще до прийому їжі або не раніше ніж через 40-60 хвилин після прийому їжі, перед дзеркалом, паузи між вправами тривалістю у 20-30 секунд. Тривалість заняття залежить від віку дитини та її фізичної підготовленості: діти віком від 3 до 4 років спочатку виконують по 5 рекомендованих вправ, від 4 до 5 років – 5-7 вправ, від 5 до 7 років – до 10 вправ, школярі – 10-15-20-25 вправ. Поступово кількість вправ збільшується. Під час виконання міогімнастичних вправ пацієнту пропонують при напіввідкритому роті кінчиком язика по черзі дотягнутися до отвору у передньому фрагменті, а потім до заднього фрагменту. Рухи здійснюють спереду назад та ззаду наперед. Такі вправи сприяють розтягненню вуздечки язика, збільшенню його екскурсій та зміні розташування язика, що в свою чергу призводить до відновлення основних функцій щелепно-лицевої ділянки.

Висновок

Запропонований знімний пристрій не стримує ріст верхньої щелепи, оскільки його застосовують лише під час виконання міогімнастичних вправ, не зменшує об'єму порожнини рота та не заважає проведенню лікування як знімною, так і незнімною технікою.

Перспективи подальших досліджень: в подальшому планується визначення ефективності поведеного лікування ортодонтичних пацієнтів з вкороченням вуздечки язика за допомогою запропонованого пристрою.

Література

1. Головка Н.В. Алгоритм обстеження ортодонтичного пацієнта /Н.В.Головка //Сучасна ортодонція, 2006. - №2. – С.19-22.
2. Глострований медичний словник Дорланд /Англо-український словник //Львів: Видавничий дім «Наутилус», – 2002 – С.2688.
3. Ким А.А. Влияние языка на формирование патологии окклюзии /А.А.Ким, П.Ю.Прокопьева //36: Інноваційні технології – в стоматологічну практику. Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Полтава: Дивосвіт, 2008. – С 471-472.
4. Набиев Н.В. Миодинамическое равновесие и координированная деятельность мышц челюстно-лицевой области /Н.В.Набиев, Л.С. Персин, Т.В.Климова //Сб.: Материалы 13 съезда ортодонтов России «Окклюзия, мышцы, ВНЧС - здоровье человека», 7-9 октября 2010, Москва, - 2010. – С. 25-27.
5. Окушко В.П. Аномалии зубочелюстной системы, связанные с вредными привычками и их лечение / В.П. Окушко //М.: Медицина, 1975. – 158 с.
6. Патент на корисну модель 60218 Україна МПК А 61С 7/00 (2006.01) 6. Пристрій для міогімнастичних вправ при вкороченій вуздечці язика /Головка Н.В., Ганнам Іяд Наджиб, заявник та власник Головка Н.В., Ганнам Іяд Наджиб Заявл. 10.12.2010; опубл. 10.06.2011. Бюл. №
7. Ballard J.L., Ankyloglossia /J.L. Ballard, J.C.Khoury //J.Pediatr. – 2002. - Vol. 110. - № 5. - P.63.

Реферат

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЯЗЫКА И РАСТЯЖЕНИЯ ЕГО УЗДЕЧКИ

Головка Н.В., Ганнам Іяд Наджиб

В статье представлено обоснование применения устройства для миогимнастики при укорочении уздечки языка, дано схематическое изображение конструкции, показания к применению и

DEVICE FOR CHANGE OF TONGUE LOCATION AND TENSION OF ITS BRIDLE

Golovko N.V., Gannam Iyad Nadgib

In article the substantiation of application of the device for myogymnastic exercise is presented at shortening of a bridle of language, the schematic image of a design, the indication to application and myogymnastic exercise is

миоимнастические упражнения.

Ключевые слова: укорочение уздечки языка, TRG-исследование, устройство для миогимнастики.

Стаття надійшла 23.12.2011 р.

given.

Key words: shortening of a bridle of language, TRG-research, the device for myogymnastic exercise.

УДК 796. 011.875.001

Н.І. Губка, О.В. Лупало, С.Г. Кончикова

ВНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ПРОФЕСІЙНО-ПРИКЛАДНА ФІЗИЧНА ПІДГОТОВКА СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ НА ОСНОВІ ОЦІНКИ РІВНЯ РУХОВОЇ ТА ПСИХОФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ

В запропонованій статті розглядаються основні завдання студента-медика: розвиток або підтримка певного рівня професійно-важливих психічних і фізичних якостей, а також засоби фізичної культури і спорту для підвищення загальної і спеціальної професійної фізичної працездатності, зняття психічної і нервової напруги. Разом з іншими фізичними вправами професійно-прикладної фізичної підготовки, особлива увага приділяється спеціальним дихальним вправам: як поєднання правильно організованого дихання і психологічної настройки з рухом, як методу благотворного впливу на організм.

Ключові слова: професійно-прикладна фізична підготовка, дихання, функціональні можливості.

Головною метою й результатом навчання студентів у вищих навчальних закладах є формування їхньої готовності до професійної діяльності. Наукове обґрунтування професійно-прикладної фізичної підготовки студентів, що навчаються в медичних вузах України обумовлене з одного боку постійним ускладненням захворювань, удосконаленням методики лікування, переходом до реформування медицини, що пред'являє підвищені вимоги до рівня рухових, функціональних і психічних кондицій майбутніх медичних працівників, для ефективного оволодіння різними медичними спеціальностями, а з іншого - об'єктивними труднощами рішення цих задач в умовах медичного вузу. Результати наукових досліджень останніх років показують необхідність розробки ефективних засобів впливу на організм, методики фізичної і психологічної підготовки студентів [7, 8, 14, 18, 19, 26]. З огляду на це, завчасна підготовка молоді до обраної професійної діяльності, до окремих видів професійних робіт стала предметом пильної уваги як фахівців фізичного виховання, так і організаторів виробництва, працівників народної освіти [1, 3, 5, 10]. Визнання важливості й необхідності професійно-прикладної фізичної підготовки (ППФП) у системі фахової освіти надає ще більшої відповідальності теоретикам і практикам фізичного виховання за якість досліджень, що проводяться у цьому напрямку [12, 13, 25, 21, 22].

Впровадження ППФП у практику фізичного виховання студентів, підвищення професійної майстерності, досягнення високої професійної працездатності й продуктивності праці, ефективно сприяє зміцненню здоров'я, підвищенню стійкості до захворювань, зниженню травматизму [1, 20, 22, 23, 24]. На думку вчених [2, 4, 17]; професійна готовність майбутніх медичних фахівців характеризується інтегративним станом особистості, що поєднує оптимальну систему потреб, мотивів і спроможностей, знань, умінь, навичок, тобто того, що становить професійні якості фахівця. Тому вивчення проблеми організації фізичного виховання у ВНЗ медичного профілю, яка забезпечує необхідний рівень адаптації, зміцнення здоров'я й розвиток професійних, рухових і психофізичних спроможностей студентів, є актуальним.

Метою роботи була розробка засобів та методів побудови професійно-прикладної фізичної підготовки студентів-медиків на основі рухової та психофізіологічної підготовленості.

Матеріал та методи дослідження. Об'єктом дослідження були студенти медичної академії. Основними методами дослідження були аналіз та узагальнення наукової літератури, анкетування, педагогічне тестування, фізіологічні й психофізичні методи дослідження, методи математичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами було проведено тестування фізичного розвитку студентів УМСА, їх функціонального стану і фізичної підготовленості. Проведення такого тестування обумовлене необхідністю отримання об'єктивної характеристики фізичної підготовленості студентів з тим, щоб, керуючись цими даними, цілеспрямовано підбирати засоби і методи, впливати на загальний рівень здоров'я студентів, розвивати рухові якості і функціональні можливості (табл. 1).

Таблиця 1

Показники фізичного розвитку студентів ($\bar{x} \pm m$)

Показники	стать	
	чоловіки, n = 66	жінки, n = 74
Довжина тіла, см	177 \pm 5,1	166,45 \pm 6,2
Маса, кг	67,4 \pm 6,8	57,75 \pm 7,7
Індекс маси тіла, кг/г	374,72 \pm 4,3	343,80 \pm 3,7
ЖЄЛ/ДЖЄЛ, % від норми	11,74 \pm 13	83,85 \pm 7,4
Життєвий показник ЖЄЛ, мл/кг	56,8 \pm 0,2	47,80 \pm 0,5

Показники представлені в таблиці показують процентне відхилення фактичної життєвої ємкості легенів (ЖЄЛ) до належного значення (НЖЄЛ) - 111,7 (100 \pm 10%) у чоловіків знаходиться в нормі, у жінок нижче за норму - 83,8%. При індивідуальному аналізі було виявлено, що в 20% чоловіків і в 68% жінок даний показник знаходиться нижчим за норму. Життєвий показник ЖЄЛ/маса знаходиться нижчим за норму, як у чоловіків