При осмотре живота у 53% больных: объем не увеличен, живот болезнен при пальпации. Желчный пузырь болезненный при пальпации у 45% обследованных детей, положительные симптомы Мерфи, Кера, Ортнера у 67% больных. У 87% всех обследованных больных дисфункциональные расстройства билиарного тракта сочетались с острыми и хроническими гастритами. Всем больным проведено ФГДС, у 64 % обследованных больных выявлены очаги гиперемии в препилорической зоне и по большой кривизне антрального отдела, имеется заключение: застойная гастропатия.

Всем больным проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, у 45% выявлена деформация желчного пузыря, у 20% признаки гипомоторной дискинезии, у 23% гипермоторные дискинезии. Всем больным была проведена ирригоскопия, патологических нарушений у больных не выявлено.

Всем больным назначен стол № 5. Больным назначался линекс, смекта и 15 детям назначен хофитол. Хофитол- водный раствор свежих листьев артишока, обладающий гепатопротективным действием. Детям старше 6 лет рекомендуется принимать 1-2 таблетки 3 раза в день за 30 минут до еды.

Выводы

1. Дисфункциональные расстройства чаще отмечены у детей рано перешедших на искусственное вскармливание, перенесших кишечную инфекцию и получавших антибактериальную терапию до двух лет.

2. У 87% детей с дисфункциональными расстройствами пищеварения отмечены острые и хронические гастриты.

3. Применение препарата хофитол снижает болевой синдром и способствует нормализации стула на 3-4 день терапии.

Список литературы

1. Ильченко А.А. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта. / А.А. Ильченко // Consilium medicum, – №1. – 2002. – С.25-28.

2. Калинин А.В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение./ Калинин А.В. //Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2002. – №3. – С. 25-34.

3. Калинин А.В. Дисфункция сфинктера Одди и их лечение / Калинин А.В. // Российский медицинский журнал. – 2003. – №27. – С.23-28.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ТРАНСДЕРМАЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СИСТЕМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА

Карасев М.М.

ФГБОУ ВПО «Орловский государственный университет», медицинский институт, Орел, e-mail: rolawm@ya.ru

Качество жизни пациента и эффективность проводимой терапии являются базисными понятиями в практике врача любой специальности. В то же время, хронические заболевания требуют интенсивной терапии в период обострения и поддерживающей – в период ремиссии. Длительное применение медикаментозной терапии значительно снижает, в свою очередь, качество жизни пациента. Нами проведен опрос 400 пациентов неврологического профиля с хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата (200 человек), хронической ишемией головного мозга (200 человек) обоего пола проживающих на территории Курской и Орловской областей. Целью опроса было выяснение, с позиции пациента, удобства использования различных лекарственных форм при имеющейся у них патологии, в аспекте повышения качества жизни. 35% опрошенных высказали положительное отношение к таблетированным лекарственным формам, 38% пациентов считают комфортным использование трансдермальных терапевтических систем, 16% – инфузионное введение препаратов, 5% респондентов предпочли карамели и леденцы, 6% – не смогли однозначно определиться с выбором. Таким образом, трансдермальные терапевтические системы (ТТС) можно рассматривать как перспективный метод лечения и профилактики хронических заболеваний (1), в том числе – в условиях неврологической практики, повышающий качество жизни пациента. Представляет отдельный интерес использование в ТТС растительного лекарственного сырья, которое может быть использовано и при сопутствующей патологии, в том числе – социально значимой (2,3).

Список литературы

1. Береговых В.В., Пятигорская Н.В., Ю.А. Прудкевич, С.А. Кедик. Трансдермальные терапевтические системы доставки лекарственных средств // Вестник МИТХТ. – 2012. – №5. – Т.7. – С. 17-22.

2. Гончаров Н.Ф., Михайлов И.В, Гончаров Н.Н. Гидроксикоричные кислоты цветков и листьев нефармакопейных видов рода боярышник // Фундаментальные исследования. – 2011. – №9-1. – С. 146-148.

3. Гончаров Н.Ф., Михайлов И.В., Гончаров Н.Н. Опыт применения контролируемого барьера при использовании кардиотонического препарата на основе боярышника // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – №1. – С. 254.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ГНАТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ЛИЦА У ДЕТЕЙ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ И УМЕНЬШЕНИЕМ ВЫСОТЫ ГНАТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ЛИЦА

Королёв А.И., Фищев С.Б., Севастьянов А.В., Орлова И.В., Багомаев Т.С.

Санкт-Петербургкий государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, e-mail: super.kant@yandex.ru

В настоящее время многие специалисты отмечают, что гнатическая часть лица является наиболее вариабельной структурой краниофациального комплекса. Особенно подвержены изменениям вертикальные параметры, что связано с анатомо-физиологическими особенностями роста и развития головы [3, 9, 10]. Изучены

морфометрические параметры у людей с физиологической окклюзией в зависимости от типов лица и при различных патологических состояниях [2, 4, 5, 6]. Предложены современные методы морфометрических исследований, включая компьютерную диагностику [1, 7, 8].

В тоже время, сведения о взаимосвязи высоты гнатической части с морфометрическими параметрами краниофациального комплекса у людей с физиологической окклюзией до настоящего момента не являются полными и систематизированными.

Цель исследования. Определение индивидуальных оптимальных вертикальных параметров гнатической части лица по морфометрическим параметрам краниофациального комплекса и разработка диагностических критериев для определения высоты гнатической части лица при ортодонтическом и протетическом лечении.

Материал и методы исследования. Проведено морфологическое исследование 229 человек (122 мальчика и 107 девочек) в возрасте от 16 до 18 лет г. Санкт-петербурга с физиологической окклюзией постоянных зубов.

Кефалометрические измерения проводились с учетом указаний Я.Я. Рогинского (1968 г.), Ф.Я. Хорошилкиной (1991 г.), и осуществлялись в соответствии с требованиями антропометрии, которые предусматривают определение расстояния между общепринятыми точками. В качестве инструмента использовался большой толстотный циркуль, стандартный штангенциркуль с ценой деления – 0,01 мм.

Телерентгенограммы и получали с помощью аппарата Hitachi 450. Рентгеноцефалометрический анализ проводили по общепринятым в ортодонтии методикам и по компьютерной программе (Трезубов В.Н.. Фадеев Р.А. с соавт., 2001).

Результаты исследования и их обсуждение. Нами определены морфологические особенности строения головы и отдельных её частей. Морфометрические параметры рассмотрены с учетом полового диморфизма. Изучены размеры головы и лица.

Определена взаимосвязь между отдельными морфометрическими параметрами головы и лица у мальчиков и девочек.

Результаты исследования морфометрических параметров головы представлены в табл. 1.

Таблица 1

Морфометрические параметры головы и лица

Морфометрические параметры	Размеры головы и лица (в мм) у лиц:				p
	мужского пола		женского пола		
	M	± m	M	± m	
n-me (высота лица)	125,53	5,3	110,87	3,74	< 0,05
n-sn	60,19	2,9	48,77	2,36	< 0,05
n-sto	81,57	3,4	68,95	2,42	< 0,05
sn-me	65,34	4,3	62,10	1,61	> 0,05
sto-me	43,96	3,5	41,96	1,41	>0,05
sn – sto	21,38	1,1	20,16	1,14	> 0,05
sto – spm	21,92	1,2	21,08	1,06	> 0,05
zy-zy	144,12	5,2	130,16	3,76	< 0,05
g-me	136,95	5,9	121,84	2,83	< 0,05
t-sn	120,29	4,4	113,00	2,59	< 0,05
t-n	116,10	4,0	108,88	2,43	> 0,05
t-t	134,28	5,8	125,90	3,74	< 0,05
fl	94,65	3,0	88,65	2,41	< 0,05
g-ops	193,19	5,9	182,17	3,80	< 0,05
eu-eu	154,20	5,8	149,96	3,63	< 0,05

Таким образом, у лиц мужского пола, большинство морфометрических параметров головы и лица были больше, чем у женщин и имели достоверное различие.

В целом морфологическая высота лица и высота назальной части у лиц мужского пола была больше, чем у женского. В тоже время высота гнатической части не имела достоверных отличий у мальчиков и девочек.

Следует отметить, что высота зубоальвеолярной части верхней челюсти (sn – sto) соответствовала зубоальвеолярной части нижней челюсти (sto – spm) как у лиц мужского пола (21,38 ± 1,1 и 21,92 ± 1,2 соответственно), так и у лиц женского пола (20,16 ± 1,14 и 21,08 ± 1,06 соответственно). Высота нижней челюсти (sto – me), как правило, в два раза превышала размеры зубоальвеолярной части как верхней, так и нижней челюстей. Совместная высота зубоальвеолярных частей верхней и нижней челюсти соответствовала размерам высоты нижней челюсти и по этим признакам полового диморфизма нами не выявлено.

Для изучения положение гнатической части, в сагиттальном направлении и взаиморасположение верхней и нижней челюстей относительно плоскости передней части основания черепа, нами был проведён анализ данных телерентгенограмм головы в боковой проекции у лиц мужского и женского пола с физиологической окклюзией постоянных зубов.

Сравнительная характеристика угловых параметров, полученных, при расшифровке телерентгенограмм головы в боковой проекции лиц мужского и женского пола представлена в табл. 2.

Таблица 2

Результаты анализа телерентгенограмм головы в боковой проекции лиц мужского и женского пола с физиологическим прикусом постоянных зубов

Параметр	Величина углов в градусах у		p
	мужской пол	женский пол	
	M ± m	M ± m	
ANSe	86,1 ± 0,31	85,5 ± 0,23	> 0,05
BNSe	83,2 ± 0,28	82,5 ± 0,23	> 0,05
ANB	2,8 ± 0,28	2,9 ± 0,24	> 0,05
Инклинационный угол	86,5 ± 0,31	86,01 ± 0,21	> 0,05
Гнатический угол	23,7 ± 0,27	25,4 ± 0,14	< 0,05
< N-Se-Ar	118,1 ± 0,55	115,7 ± 0,31	< 0,05
< Se-Ar-Go	141,9 ± 0,31	142,8 ± 0,19	< 0,05
< Ar-Go-Me	125,6 ± 0,46	128,3 ± 1,21	< 0,05
Суммарный угол Бьёрка	385,5 ± 0,51	387,01 ± 0,19	< 0,05
Угол наклона верхних резцов	112,4 ± 0,31	114,1 ± 0,55	< 0,05
Угол наклона нижних резцов	91,4 ± 0,41	90,6 ± 0,28	> 0,05
Межрезцовый угол	129,4 ± 0,49	130,5 ± 0,54	> 0,05
Межчелюстной угол (<ML-NL)	25,7 ± 0,41	28,4 ± 0,24	< 0,05
Индекс (Se-Go:N-Me) %	66,04 ± 0,36	64,7 ± 0,43	< 0,05

При анализе полученных результатов можно отметить, что гнатический угол; угол N-Se-Ar, угол Se-Ar-Go; угол Ar-Go-Me; сумма углов (∑<N-Se-Ar, <Se-Ar-Go, <Ar-Go-Me); угол наклона резцов верхней челюсти у лиц мужского пола достоверно меньше, чем у лиц женского пола. Половой диморфизм не проявили: лицевой угол (ANSe); угол, характеризующий положение нижней челюсти (BNSe); инклинационный угол; угол наклона резцов нижней челюсти и межрезцовый угол.

При сравнении телерентгенографических параметров головы в боковой проекции, было отмечено, что большинство из них имели достоверные различия. Многие показатели имели большие по величине значения у мужчин и наоборот, некоторые показатели были больше у лиц женского пола.

Особый интерес представляют параметры, определяющие тип роста челюстей. Нами выявлено, что у лиц мужского пола отношение задней высоты лицевого отдела к передней (SE-Go:N-Me) составляло 66,04±0,36 % и свидетельствовало о горизонтальном типе роста нижней челюсти, у лиц женского пола этот параметр равен в среднем 64,7±0,43 %, что указывало на нейтральный тип роста челюстей. Угол наклона плоскости тела нижней челюсти к плоскости переднего отдела черепа (Mp-NSeL) у мальчиков равен 29,01±0,39°, что характеризует горизонтальный тип роста, у девочек этот угол равен 32,8±0,19° (нейтральный тип роста челюстей). Сумма трех углов (∑<N-Se-Ar, <Se-Ar-Go, <Ar-Go-Me) у мальчиков составила 385,6±0,51° (горизонтальный тип роста), у девочек 387,01±0,19° (нейтральный тип роста челюстей). Нижний гониальный угол (<NGoMe) у лиц мужского пола имел значение 74,1±0,74° и указывал тем самым на нейтральный тип роста челюстей. У лиц женского пола этот угол составлял 78,2±0,88°, что свидетельствовало о вертикальном типе роста челюстей.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что основными диагностическими критериями для определения нормальной высоты гнатической части лица могут быть следующие положения:

• высота назальной части лица (n-sn) примерно соответствует гнатической части лица (sn-gn);

• высота зубоальвеолярной части верхней челюсти (sn-sto) соответствует высоте зубоальвеолярной части нижней челюсти (sto-spm);

• высота нижней челюсти (sto-me) в два раза превышает размеры зубоальвеолярной части верхней челюсти (sn-sto);

• высота межгнатического расстояния (sn-spm) в два раза больше размеров зубоальвеолярных частей челюстей и соответствует высоте нижней челюсти (sto-me).

Проведенные исследования могут быть использованы для диагностики и определения основных форм уменьшения высоты гнатической части лица при различных патологических состояниях.

Список литературы

1. Алексеев В.П., Дебец Г.Ф. Краниометрия. Методика антропологических исследований. – М.: Наука, 1999. – 128 с.

2. Гайворонский И.В. Пороки развития и уродства человека / И.В. Гайворонский. – СПб: Старорусское книжное изд-во, 2002. – 127 с.

3. Дмитриенко С.В., Краюшкин А.И., Измайлова Т.И. Сравнительная характеристика типов лица и головы у детей с физиологическим прикусом в период смены зубов // Актуальные вопросы стоматологии: Материалы межрегиональной научно-практической конференции: – Саратов, 2005. – С. 165–166.

4. Дмитриенко С.В., Краюшкин А.И., Воробьев А.А., Фомина О.Л. Атлас аномалий и деформаций челюстно-лицевой области. – М.: Медицинская книга, 2006. – 91 с.

5. Кибкало А.П. Познай свое лицо.– М: Медицинская книга, 2007. – 126 с.

6. Самусев Р.П., Дмитриенко СВ., Краюшкин А.И. Основы клинической морфологии зубов. – М.: Мир и Образование, 2002. – 368 с

7. Определение оптимальной высоты прикуса по томограмме височно-нижнечелюстного сустава (TMJ test). Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2007613744 по заявке № 2007612759 , зарегистрировано в реестре программ для ЭВМ 3 сентября 2007. (соавт. С.В. Дмитриенко, А.Г. Климов, С.В. Егоров, А.В. Севастьянов).

8. Halazonetis D. Three-dimensional cephalometry. A color atlas and manual / D. Halazonetis // American Joumal Of Orthodontics add Dentofacial Orthopedics. – 2006. – № 2. – P. 315.

9. Nanda R.S. The contribution of craniofacial growth to clinical orthodontics // American journal orthodontics and dentofacial orthopedics. – 2000. – May. – Vol. 117, № 5. – P. 45 – 56.

10. Proffit W.R., Fields H.W. Contemporary Orthodontics, 4rd Edition. Mosby. – 2007. – 751 p.

«Актуальные проблемы образования»
Греция (Крит), 15-24 октября 2014 г.

Педагогические науки

РАЗВИТИЕ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ РЕЧИ УЧАЩИХСЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ МАТЕМАТИКЕ

Далингер *В.А.*

Омский государственный педагогический университет, Омск, e-mail: dalinger@omgpu.ru

Обучение математике, наряду с обучением русскому языку, играет большую роль в формировании у учащихся языковой культуры. По мнению Л.С. Выготского [1], речь выполняет две функции – коммуникативную и мыслительную.

Анализ работ отечественных и зарубежных психологов (Л.С. Выготский, А.В. Петровский, Ж. Пиаже и др.) позволяет сделать следующие выводы:

• развитие речи человека невозможно без развития его мышления;

• овладение речью возможно только в речевом общении, причем личностно значимом для ребёнка;

• для развития речи необходимо развивать всё её виды: внешнюю и внутреннюю; внешняя речь включает письменную и устную (диалогическую и монологическую);

• развитие речи, как и всех психических процессов, возможно только в деятельности.

В разное время развитием математической речи занимались и педагоги-математики: Б.В. Гнеденко, А.С. Горчаков, Т.И. Иванова, Дж. Икрамов, Ю.М. Колягин, Г.И. Саранцев, Д.В. Шармин и др.

Культуру речи, в том числе и математической, учёные рассматривают как базовый элемент коммуникативной культуры человека.

Критериями языковой культуры речи, в том числе и математической, являются точность, логичность, ясность, доступность, чистота, выразительность, богатство, уместность.

Д.В. Шарминым [9] показано, что такие критерии как правильность, точность, логичность и уместность математической речи можно рассматривать как её базовые коммуникативные качества, то есть как некоторый минимальный набор коммуникативных качеств, по совокупности которых можно судить об уровне сформированности культуры математической речи учащихся в целом.

А.С. Горчаков [2] выделяет другие критерии развития математической речи школьников:

• содержательность, поскольку основной функцией математической речи является передача информации;

• осознанность, осмысленность речи, показывающая, насколько ученик понимает то, о чём говорит;

• доказательность, логичность высказываний;

• владение математическим языком: его алфавитом, синтаксисом и семантикой.

А.С. Горчаковым [2] выделены также качества математической речи: содержательность, понимание, владение математическим языком и математической символикой, владение логической составляющей математической деятельности.