

- в расширении методического арсенала учителей, позволяющего мобильно и эффективно использовать различные способы, формы и методы работы для достижения ожидаемых результатов;
- в изменении принципов, характера и форм взаимодействия с учениками;
- в активном использовании критериального оценивания, позволяющего объективно оценивать учебные достижения учеников, разрабатывать перспективные цели и пути их достижения;
- в переосмыслении значимости САМО-образования, САМО-совершенствования, САМО-оценивания;
- в установлении позитивной эмоциональной атмосферы в школьном коллективе, в эффективном применении распределенного лидерства;
- в успешном функционировании в условиях сетевого профессионального сообщества,

позволяющего эффективно обсуждать и корректировать стратегии своего профессионального развития.

Список литературы

1. Баранова В.В. Мониторинг качества образовательного процесса / В.В. Баранова // Образование в современной школе. – 2008. – № 1. – С. 3-8.
2. Бахмутский А.Е. Мониторинг обученности, развития мышления и комфортности учебного процесса / А.Е. Бахмутский // Директор школы. – 2004. – № 1. – С. 42-46.
3. Беспалько В.П. Инструменты диагностики качества знаний учащихся / В.П. Беспалько // Школьные технологии. – 2006. – № 2. – С. 138-150.
4. Введенский В.Н. Измерение и оценка качества повышения квалификации учителей в системе дополнительного педагогического образования / В.Н. Веденяпин, И.Э. Оценка качества образования: мировой и отечественный опыт / И.Э. Веденяпин, Н.В. Курагина // Инновационные образовательные технологии. – 2007. – № 2. – С. 58-68.
5. Шишов С.Е. Механизмы контроля и оценки эффективности деятельности в системе образования европейских стран // Стандарты и мониторинг в образовании. – 1999. – № 3. – С. 31-36; № 4. – С. 31-38.

«Фундаментальные и прикладные исследования в медицине», Россия (Сочи), 19–12 октября 2016 г.

Медицинские науки

ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОТМОРОЖЕНИЙ

¹Алексеев Р.З., ¹Томский М.И., ²Алексеев Ю.Р.,
³Андреев А.С., ²Семенова С.В.

¹ФАНО Якутский научный центр КМП СО РАН,
Якутск, e-mail: arzrevo@mail.ru;

²Республиканская больница № 2 РЦЭМП, Якутск;

³ФГБУН Институт физико-технических проблем
Севера СО РАН, Якутск

Проблема консервативного лечения отморожений в дореактивном периоде, а тем более с оледенением тканей до настоящего времени содержит значительное количество дискуссионных вопросов и сохраняет актуальность. Относительная редкость поступления больных в дореактивном периоде, тем более с оледенением тканей, трудности диагностики и отсутствие объективных методов наблюдения за состоянием кровообращения и эффективности лечения эту проблему доводят до жизненно необходимой и самой важной. Диагноз отморожения ставится на основании анамнеза и объективного исследования. Если при отморожении в результате действия сухого мороза анамнез является решающим для диагностики, то для отморожений, возникающих при температуре выше нуля (траншейная стопа и ознобление), он может быть нехарактерным. Дело в том, что при двух последних формах «скрытый» период многократно повторяется (траншейная стопа) и протекает на сложном фоне предрасположения к отморо-

жению (озноблению). В результате больные не могут определить ни начала, ни окончания действия холода, и, таким образом, весьма трудно судить если не о самом сроке действия холода, то во всяком случае о его интенсивности

Распространенным методом исследования микроциркуляции в настоящее время является термометрия. Авторы, изучавшие состояние кожной и висцеральной температуры при различных острых заболеваниях, пришли к выводу, что кожная температура зависит от степени кровоснабжения, скорости кровотока, тонуса сосудов кожи (Б.С. Вихриев, С.Х. Кичемасов, Ю.Р. Скворцов. 1985, 1993., Е.В. Гаврилин, Э.В. Калмыков, Л.Н. Король 1999.).

В этом отношении, термография является ценным методом определения эффективности того или иного метода лечения. Привлекательной стороной этого метода обследования больных является его абсолютная безвредность, возможность многократных, повторных, динамических исследований и относительная простота в интерпретации полученных результатов.

В частности, детальное изучение температурных изменений в тканях охлажденного сегмента, дает возможность диагностировать наличия оледенений тканей.

Цель работы: определить поверхностную и внутритканевую, внутри пищеводную и ректальную температуры отмороженных тканей и организма.

Нами предлагается для диагностики определять поверхностную и внутритканевую тем-

пературу. Для данного исследования использовались следующие измерительные приборы:

1. Для определения внутримышечной температуры – термопара игольчатая хромель-алюмель тип К. Диапазон температур от – 40 до 200 градусов по Цельсию.

2. Для определения температуры в толстом кишечнике использовалось ректальная термопара хромель алюмель тип К.

3. Для измерения поверхностной температуры использовалось термопара наружного применения хромель-алюмель тип К.

4. Для измерения пищеводной температуры использовались логгеры.

5. Сопутствующий прибор для коммутации с термопарами НН506РА производства компании «Тесей»

Двухканальный измеритель температуры НН506РА обладает следующими преимуществами:

1. Измерение температур по двум независимым каналам.

2. Разрешение 0,1 градус.

3. Сохранение данных во встроенную память.

4. Трехсекционный дисплей с подсветкой

5. Влаги и пылезащищенный корпус

6. Поставляется вместе с программным обеспечением и кабелем связи с компьютером. Прибор позволяет одновременно отображать на дисплее показания по двум каналам и разность между ними. В режиме записи данных возможен вывод среднего, максимального и минимального из измеренных значений для каждого из каналов. Подключение термопреобразователей к прибору осуществляется с помощью термопарных мини разъемов, соответствующих ASTM E1684. Прибор внесен в реестр средств измерений. Расширенная неопределенность измерений не превышает значений, указанных в технических характеристиках. Точность данного прибора позволяет проводить поверку с неопределенностью, нормированной в методике МИ 3091-07.

Проведено измерения 316 больных с отморожениями и общим охлаждением разной степени тяжести и на протяжении всего периода лечения.

При поступлении больных в дореактивном периоде проводили измерение температур: ректальную, внутри пищеводную, поверхностную температуры отмороженных кистей и стоп на уровне концевых фаланг. Если температура на концевых фалангах ниже комнатной или как комнатная, то проводим измерения внутритканевой температуры. При наличии внутритканевой температуры минус 1°C и ниже устанавливается диагноз отморожение с оледенением тканей.

При поступлении больных в раннем реактивном периоде проводится измерение температуры в концевых фалангах и если температура ниже комнатной или как комнатная то необхо-

димо измерить температуры в фалангах с ладонной стороны и выше пока где будет температура выше комнатной. Все проводимые измерения зафиксировались в таблицах.

При поступлении в реактивном периоде, без образования демаркационной зоны гангрены, необходимо проводить измерения так же.

Измерение поверхностной температуры проводится ежедневно и в зависимости от изменения температуры проводим коррекцию лечения.

В дореактивном и раннем реактивном периоде измерение температуры надо проводить до и после новокаиновых блокад основных нервных стволов предплечье и бедра. Если температура после новокаиновых блокад не меняется в стороны повышения, это говорит о наличии стойкого спазма сосудов или тромбоза. В таких случаях надо проводить кроме тромболитика, введение наркотических средств /промедола, морфия / через каждые 4 часа под контролем термометрии в течение 3-4 дней. Когда через 3-4 дня температура при блокадах нервных стволов не дает повышение температуры, это из-за образование тромба.

Таким образом ежедневная термометрия, и контроль эффективности лечебных процедур путем термометрии дает объективную оценку состояние тканей и микроциркуляции.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ К КОМПЛЕКСНОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЦИРКУЛЯРНЫХ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

^{1,2}Олейник А.Д., ^{1,2}Костиков Н.О.

¹Белгородский государственный национальный
исследовательский университет, Белгород,
e-mail: neiron45@yandex.ru;

²Областная клиническая больница
«Святителя Иоасафа», Белгород

Прогрессирующая распространенность, существенные экономические потери, затраты по обязательному медицинскому страхованию и высокотехнологичной медицинской помощи превратили проблему поясничного остеохондроза в социально значимую. Наибольшие сложности в хирургии дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника вызывают циркулярные протрузии межпозвонковых дисков. Их распространенность в структуре форм патологических процессов в межпозвонковом диске относительно невелика, однако, наличие в преобладающем числе наблюдений множественных неврологических проявлений, связанных с нередким сочетанием дисковой, позвоночной и фасеточной патологии в одном сегменте заставляет вертеброхирурга решать ряд сложных задач по определению вида и объема хирургического вмешательства. Актуальность дан-