

справочных, консультативно-диагностических систем и систем поддержки решения, имеет функции автоматизации технологических процессов врачебной работы, обеспечивает дидактические задачи повышения квалификации.

**СТРУКТУРНЫЕ ОСНОВЫ  
КОМПЕНСАТОРНО-  
ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ  
СВОДОВ СТОПЫ  
НА ПРЯМОЛИНЕЙНУЮ БЕГОВУЮ  
НАГРУЗКУ У СПОРТСМЕНОВ-  
ЛЕГКОАТЛЕТОВ**

М.П. Лагутин, Р.П. Самусев, В.А. Попов  
*ФГОУ ВПО «Волгоградская  
государственная академия физической  
культуры»  
Волгоград, Россия*

Стопа как орган опоры и движения играет чрезвычайно важную роль в деятельности спортсмена. Она является конечным звеном сложной кинематической цепи локомоторного аппарата, осуществляющей согласованную деятельность мышц, костей и суставов во время перемещения спортсмена в пространстве. Беговые движения различной интенсивности и длительности вызывают изменения морфофункциональных показателей стоп, которые можно расценить как компенсаторно-приспособительные. Однако до последнего времени функциональная анатомия и спортивная морфология не располагала четкими морфофункциональными критериями снижения сводов стоп и прогноза развития их различных нарушений у спортсменов. На кафедре анатомии ВГАФК впервые в России с помощью Волгоградской технологии цифровой морфометрии на большом количестве наблюдений (117 спортсменов, 312 сканограмм) на протяжении трёх месяцев, были изучены варианты снижения сводов стоп у легкоатлетов-спринтеров и легкоатлетов-стайеров при прямолинейных циклических беговых движениях. У легкоатлетов-спринтеров при прямолинейных циклических беговых движениях преимущественно изменяются морфофункциональные показатели поперечного свода стоп. Это

можно объяснить биомеханическими особенностями спринтерского бега, при котором контакт стоп с опорой происходит в основном передним отделом стоп, и рессорная функция выполняется поперечным сводом, что подтверждается достоверным ( $P < 0,05$ ) увеличением угловых характеристик (угол 1 пальца и угол 5 пальца) и площади переднего отдела стоп. У легкоатлетов-стайеров при прямолинейных циклических беговых движениях вертикальная нагрузка в основном приходится на продольный свод стоп, при этом достоверно ( $P < 0,05$ ) изменяются показатели среднего отдела свода стоп: коэффициент «К», высота свода и показатель заднего отдела свода стоп – пяточный угол. Необходимо отметить, что при спринтерском беге также происходят изменения в продольном своде стоп, а при стайерском – в поперечном, но они недостоверны ( $P > 0,05$ ) на всём протяжении наблюдений, что позволяет не акцентировать на этом внимание. Полученные результаты представляют существенный интерес для ортопедии, спортивной медицины, педиатрии, функциональной анатомии и спортивной морфологии, физической культуры и спорта.

**РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ  
В ДАГЕСТАНЕ**

М.М. Магомедов, И.А. Халитов,  
Б.И. Михайлова, П.Р. Тидулаева,  
А.С. Койчакаева, А.Г. Маликова,  
П.Г. Ахмедова

*Дагестанская государственная  
медицинская академия  
Махачкала, Республика Дагестан, Россия*

Дагестан представляет собой местность, очень удобную для изучения эпидемиологии рассеянного склероза (РС), т.к. на относительно небольшой территории (50,3 тыс. кв.м), расположенной между Каспийским морем и Кавказским хребтом, представлены различные климато-географические условия (высокогорный, горнодолинный, предгорный и плоскостной районы) и проживают люди более 50 национальностей и народностей. По данным предыдущих исследований распространенность РС составляла: в 70-е годы прошлого

века – 5,76 чел. на 100 тыс. населения, в 2005-2006 гг. – 5,8-5,9 на 100 тыс. населения. Заболеваемость в 2005-2006 гг. – в среднем 1 случай на 100 тыс. населения.

На 31 декабря 2008 г. в Дагестане было зарегистрировано 242 больных РС (9,4 чел. на 100 тыс. населения) – 106 мужчин и 136 женщин. Из них коренные жители составили 235 человек, русские – 7. Количество сельских и городских жителей было 160 и 82 пациента соответственно. Заболеваемость составила 1,4 случая на 100 тыс. населения. Среди городов наибольшая частота РС в отметилась в г.Кизилюрте (19,9 на 100 тыс. населения), наименьшая – в г.Хасавюрте (3,3 на 100 тыс. населения). В столице Дагестана г.Махачкале, где численность населения приближается к 500 тыс. чел., частота составила 7,7 больных на 100 тыс.

Среди сельского населения наблюдались следующие показатели: в высокогорных районах, где средняя  $t^\circ$  в холодный период (с ноября по март) опускается ниже  $-8^\circ\text{C}$  – 7,9 больных на 100 тыс. населения, в горно-долинные ( $t^\circ$  от  $-8^\circ\text{C}$  до  $-4^\circ\text{C}$ ) – 11,4, в предгорных ( $t^\circ$  от  $-6^\circ\text{C}$  до  $-2^\circ\text{C}$ ) – 14,9, на плоскости ( $t^\circ$  от  $0^\circ\text{C}$  и выше) – 7,4. При этом в плоскостных районах, расположенных севернее Махачкалы, частота РС составила 6,5, а в расположенных южнее – 10 чел. на 100 тыс. населения. Надо отметить, что в районах Дагестана, где проживают в подавляющем большинстве аварцы, отмечается наиболее высокая частота РС – 14,6 чел. на 100 тыс. населения.

Таким образом, распространенность РС в Дагестане увеличилась почти вдвое не только по сравнению с 70-ми годами XX века, но и по сравнению с 2005-2006 гг. Заболеваемость выросла примерно в полтора раза. При этом надо отметить, что считавшееся ранее правилом высокое распространение РС в районах, расположенных в более северных широтах, претерпевает на сегодняшний день значительные изменения, что можно наблюдать и на примере Дагестана. Полученные данные требуют дальнейшего углубленного изучения для выяснения причин столь резкого увеличения распространенности и заболеваемости РС за последние два года, что мы

и планируем делать в ближайшем будущем.

### **ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

М.М. Магомедов, И.А. Халитов,  
Б.И. Михайлова, П.Р. Тидулаева,  
А.С. Койчакаева, А.Г. Маликова,  
П.Г. Ахмедова

*Дагестанская государственная  
медицинская академия*

*Махачкала, Республика Дагестан, Россия*

Частым последствием радикального лечения рака молочной железы является постмастэктомический синдром. Он проявляется отеком мягких тканей на стороне операции, ограничением амплитуды движений в плечевом суставе, снижением мышечной силы, нарушением чувствительности, вегетативно-трофическими расстройствами верхней конечности и т.д. Во многом это определяется послеоперационным нарушением функций сосудисто-нервного пучка и развитием скаленус-синдрома. Все это приводит к снижению трудоспособности больных, и большинство из них сталкивается с целым рядом медицинских, социальных и психоэмоциональных проблем, что отрицательно сказывается на качестве их жизни. Успехи современного противоопухолевого лечения способствуют увеличению числа практически здоровых лиц, находящихся под наблюдением онкологов пять и более лет. Однако далеко не всегда эти женщины могут вернуться к полноценной прежней жизни. Парадокс в том, что именно радикальное лечение рака молочной железы ведёт к возникновению стойкой психосоциальной дезадаптации или даже инвалидизации женщин. Шок радикального лечения, онкологический страх, возможность разрушения семьи, проблема потери работы и дальнейшего трудоустройства – вот с чем приходится сталкиваться женщинам после радикального лечения рака молочной железы. Несмотря на широту неврологических расстройств, большинство неврологов не оказывает должного внимания