

том последних данных о положительном эффекте сбалансированной диеты и эн-зимотерапии при РА.

Содержание жирорастворимых витаминов в крови у больных хроническим сальпингоофоритом и раком яичников

Блюм Е.Э., Ассадулина Р.Р., Антонов А.Р., Сафронов И.Д.

Новосибирская государственная медицинская академия МЗ РФ

В настоящее время большой интерес при изучении хронического воспаления как фактора риска канцерогенеза отводится состоянию обеспеченности организма жирорастворимыми витаминами антиоксидантами (β -каротин, ретинол, токоферолы). Это может быть связано с тем, что витамины, проявляя многочисленные системные и локальные регулирующие эффекты, способны влиять на молекулярно-клеточные механизмы процессов воспаления и малигнизации.

Цель работы – изучить содержание жирорастворимых витаминов антиоксидантов в крови у женщин с хроническим сальпингоофоритом и раком яичников.

В ходе проведения исследований обследовано 38 женщин с хроническим сальпингоофоритом и 50 – с раком яичников I-IV стадии в возрасте от 18 до 64 лет. В качестве контроля было обследовано 36 практически здоровых женщин. Жирорастворимые витамины (β -каротин, ретинол, α -токоферол, γ -токоферол) исследовали в сыворотке крови с помощью микрометода высокоэффективной жидкостной хроматографии на отечественном приборе “Милихром”.

Полученных результаты свидетельствуют, что у женщин с хроническим сальпингоофоритом отмечается достоверное ($P < 0,05$) снижение содержания β -каротина на 27,3%, ретинола на 19,7%, α -токоферола на 33,4%, γ -токоферола на 14,7%, а с раком яичников соответственно на 35,1%, 31,4%, 30,1% и 50% по сравнению с контролем.

Таким образом, наблюдаемое нами выраженное снижение жирорастворимых витаминов антиоксидантов у больных хроническим воспалительными заболеваниями придатков матки и раком яичников может являться одним из основных молекулярных механизмов патогенеза трансформации процессов воспаления в канцерогенез.

Особенности реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП)

Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р., Ефремов А.В.

Российский университет дружбы народов, Москва; Государственная медицинская академия, Новосибирск

Проблема реабилитации больных с ДЦП остается актуальной и в XXI веке, несмотря на многочисленные клинические и фундаментальные разработки в этой сфере. Построение нормальной программы реабилитации дефектов моторного развития у детей,

страдающих ДЦП, при условии сохранной психики и отсутствии прямых противопоказаний к физическим нагрузкам со стороны систем жизнеобеспечения, начинается с оценки величины общего дефицита локомоторного развития (ОДЛР). Термин «сохранная психика» в данном случае означает способность ребенка адекватно реагировать на терапевтические воздействия в процессе реабилитации, так как говорить о полноценности психического развития в условиях общей задержки онтогенетического развития, на наш взгляд, некорректно.

Настоящая работа посвящена методологии расчета величины ОДЛР. Данный показатель является интегральным и вычисляется для каждого конкретного клинического случая.

Анализ величины дефицита локомоторного развития имеет принципиальное значение как на этапе реабилитационной сортировки, так и на этапе практической реализации этой программы.

Определение величины общего дефицита локомоторного развития (ОДЛР) требует понимания ряда принципиальных моментов:

- в течение календарного дня минимальное время, используемое ребенком собственно на локомоторное развитие (МВ), составляет 10 часов из 24-х. Оставшиеся 14 часов – это сон, отправление естественных потребностей, уход за ребенком и т.д.

Эти 10 часов составляют часть периода бодрствования и, в свою очередь, делятся на чистое время локомоторной активности и время отдыха. При этом степень локомоторной активности ребенка регулируется и определяется его собственными мотивациями. Процесс реабилитации возможен только при наличии в арсенале врача методов императивной акселерации локомоторной активности ребенка, а не использование его собственных мотиваций к проявлению данной активности [6,7,8,9].

- Умножив число прожитых ребенком календарных дней на минимальное время (МВ), необходимое ребенку ежедневно для обеспечения стабильности процесса нормального онтогенетического развития – 10 часов, мы получим расчетную величину «Х» – минимальный объем локомоторной нагрузки для полноценного развития ребенка на момент проведения анализа. Величина «Х» используется при расчете величины общего дефицита локомоторного развития (ОДЛР).

- Для проведения последующего анализа длительность прохождения (ДФ) той или иной фазы онтогенеза необходимо выразить в локомоторных часах, для этого длительность фазы в днях умножается на величину МВ. Величина ДФ будет использоваться при исчислении общего дефицита локомоторного развития (ОДЛР).

- Для осуществления расчетов нами принято, что в течение одного календарного дня жизни ребенок набирает по минимуму 10 часов локомоторного развития. Таким образом, в первый год жизни, последовательно пройдя все фазы онтогенеза, соответствующих данному периоду жизни, он зарабатывает 3650 локомоторных часов.

- Прохождение и качественное завершение каждой фазы онтогенетического развития требует нара-

ботки соответствующего количества локомоторных часов.

К примеру, фаза удержания головы начинается от момента рождения и заканчивается в три месяца. Это означает, что ребенок будет способен уверенно удерживать голову при наработке 900 локомоторных часов ($900 = 30 \text{ дней} \times 3 \text{ месяца} \times 10 \text{ часов локомоторной активности}$).

Завершение данной фазы является началом следующей, во время которой ребенок, опираясь на прямые вытянутые руки, отрывает от поверхности голову и грудь и, в конечном итоге, вырабатывает способность длительно удерживаться в данном положении. По продолжительности эта фаза занимает 1,5 месяца, и на ее завершение требуется наработка 450-ти локомоторных часов ($450 = 45 \times 10$).

Следующая фаза включает переворот на спину, подтягивание ног поочередно через стороны к животу, а также захлестывание голени на бедро в положении «лежа на животе». По продолжительности фаза занимает один месяц, то есть требует наработки 300 часов.

Далее, ребенок осваивает перевороты в обе стороны – с живота на спину и со спины на живот, а также, упираясь прямыми руками в пол, отрывает туловище и встает на четвереньки, раскачивается, переносит вес с рук на ноги, из этого положения садиться на ягодицы и пытается ползти.

К концу данной фазы ребенок может самостоятельно сидеть на горизонтальной поверхности, вытянув прямые ноги без упора под спину и посторонней поддержки. Это становится возможным при условии наработки 900 локомоторных часов ($900 = 3 \times 30 \times 10$). Следовательно, в возрасте 6-и месяцев ребенок будет способен самостоятельно сидеть, если его суммарная локомоторная активность на этот момент составит 1800 локомоторных часов ($1800 = 6 \times 30 \times 10$).

Эта цифра может быть меньше на 10–30 %, в таком случае ребенок будет сидеть не столь уверенно, а отставание в развитии будет заметно только для квалифицированного специалиста.

Если же суммарный дефицит локомоторного развития имеется в каждой из предшествующих фаз и превышает 30%, о правильном сидении не может быть и речи. Более того, должен быть наложен строжайший запрет на принудительную вертикализацию – ребенок к этому просто не готов, структуры опорно-двигательного аппарата не сформированы и не адаптированы к гравитационной нагрузке в положении «сидя». Именно поэтому в подобной ситуации родителям или персоналу строжайше запрещается усаживать «не сидячего» ребенка на руки, в подушки и тем более пытаться его поставить.

Таким образом, расчет величины общего дефицита локомоторного развития (ОДЛР) начинается с анализа качества и степени завершенности прохождения фаз онтогенетического развития данным ребенком. Выясняется, до какого момента ребенок развивался нормально и правильно, насколько завершена последняя нормально пройденная онтогенетическая фаза и рассчитывается суммарное количество локомоторных часов наработанных ребенком в процессе прохождения этих фаз.

Мы называем этот показатель время нормального развития (ВНР).

Величина общего дефицита локомоторного развития (ОДЛР) определяется путем вычитания из общего календарного возраста ребенка (КВ), выраженного в локомоторных часах, времени нормального развития (ВНР).

$$\text{ОДЛР} = \text{КВ} - \text{ВНР}$$

Пример: ребенку 1 год, его календарный возраст составляет соответственно 3650 часов. Однако ребенок не опирается правильно на вытянутые руки и не отрывает грудь от пола.

Даже если ребенок обладает помимо этого еще и другими двигательными навыками, рассматривать эти навыки как полноценные нельзя. Это приобретенные в процессе извращенного онтогенетического развития патологические стереотипы и паттерны, которые в процессе реабилитации предстоит сначала депривировать, а затем стереть. Это необходимое условие, так как сформировать нормальный двигательный стереотип на имеющемся извращенном, патологическом или напрямую трансформировать его в нормальный невозможно! В этом и состоит главная ошибка многих научных и практических школ, специализирующихся на лечении ДЦП.

Взаимосвязь нарушений осанки у детей с патологией пищеварительного тракта

Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р.,
Ефремов А.В.

*Российский университет дружбы народов,
Москва; Государственная медицинская
академия, Новосибирск*

Обозначившаяся, в последние годы, проблема увеличения распространенности нарушений осанки у детей не может не вызывать тревогу. Специалисты в области восстановительной медицины в своей практике сталкиваются с проявлениями различной соматической патологии у детей с нарушениями осанки и отмечают явный регресс симптоматики после прохождения программ физической реабилитации. Однако для широкого круга врачей данная проблема остается «белым пятном».

В связи с этим, целью нашего исследования стало определение роли нарушения осанки в развитии заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей. Для достижения цели нами были поставлены следующие задачи:

1. Изучить функциональное и морфологическое состояние верхних отделов пищеварительного тракта у детей с нарушением осанки.

2. Установить причинно-следственную взаимосвязь между нарушением осанки и развитием хронической неспецифической патологии пищеварительной системы у детей.

3. Обосновать патогенетические подходы к коррекции сочетанного течения патологии верхних отделов пищеварительного тракта и нарушения осанки у детей.

Для выяснения роли нарушения осанки в развитии патологии верхних отделов пищеварительного