

Рапопорт, С.Л. Загускин, 1994]. Увеличение интенсивности электрического воздействия в фазах пульсового выброса и вдоха условно-рефлекторно закрепляют реакцию капиллярной сети, нормализующей кровотоки и сохраняет этот положительный эффект сеанса-обучения. Этим можно объяснить доказанную при лечении многих болезней более высокую стабильность лечебного эффекта данным методом по сравнению с обычной физиотерапией [Ф.А. Пятакович, С.Л. Загускин, Т.И. Якунченко, 2003].

Благодаря переменным параметрам пульсового выброса и вдоха-выдоха, дисперсии периодов их ритмов во время сеанса лечения уменьшается адаптация ткани. Автоматическое согласование фаз функциональной нагрузки и энергетики увеличивает интегральную целостность организма и усиливает его регуляторные гомеостатические возможности. Наконец согласование изменений электрического воздействия с ритмами капиллярного кровотока снижает возможность деструктивных процессов и осмотических нарушений на уровне клеток и тканей.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА

Соколова Т.А.

*Красноярская государственная
медицинская академия,
Красноярск*

Синдром Шерешевского-Тернера - хромосомное заболевание с частотой встречаемости 1: 3500; 1:10000. Для данного синдрома характерен малый рост, присутствие дисморфий скелета и лица, а так же отсутствие полового развития, обусловленного дефицитом или дефектом одной из половых X-хромосом. Причиной формирования диспансерной группы больных с синдромом Шерешевского-Тернера послужила необходимость в своевременной возможной коррекции фенотипа и менструальной функции у девочек-подростков с синдромом Шерешевского-Тернера, необходимость социальной адаптации таких больных. А также проведение комплексной пренатальной диагностики в семьях, в которых женщины имеют аномальный кариотип и, наконец, предупреждение осложнений, связанных с нарушением баланса женских половых гормонов у больных.

Выявление этой группы пациенток и диагностические мероприятия проводились среди девочек-подростков с задержкой роста и полового развития. А также среди женщин с первичной или вторичной аменореей, бесплодием, невынашиванием беременности. На пациенток с жалобами, а также на выявленных при осмотре больных, заполнялась специальная генетическая карта обследования, где особое внимание уделялось сбору генеалогического анамнеза с тщательным изучением родословной семьи, акушерско-гинекологического анамнеза и особенностям течения беременности у матери. Кроме этого, подробно изучался характер пороков и стигмальных отклонений у больного. Обращалось внимание на возраст родителей при рождении пробанда, особенности их интеллекта, физическое развитие, характер производствен-

ной деятельности. Все больные из данной группы обследованы цитогенетически: изучались формула карิโอотипа; уровень гормонов крови (ФСГ, ЛГ, ТТГ, Пролактина, Эстрадиола), костный возраст девочек-подростков, ультразвуковая картина органов малого таза (размеры, структура матки, размеры яичников, их место расположения, объем яичников, их структура). Больные диспансерной группы регулярно осматривались акушером-гинекологом и педиатром 1 раз в 6 месяцев, а при назначении заместительной гормональной терапии- 1 раз в 1-3 месяца с обязательной коррекцией дозы и режима приема назначаемых препаратов, контролем ультразвукового исследования внутренних гениталий и гормонов крови.

Известно, что пациентов с болезнью Шерешевского-Тернера отличает неуверенность в незнакомой социальной среде, нестабильность эмоционального фона, они часто теряют социальную ориентацию при изменении привычных для них условий существования. Это обстоятельство обусловлено своеобразным фенотипом пробанда и восприятием их окружающими людьми. Поэтому создание обществ и групп контакта среди подобных больных при медицинских, психолого-педагогических учреждениях нашло практическое применение в странах Западной Европы. В нашей стране также появились достаточно серьезные предпосылки для создания подобных обществ, где люди могли бы получить полную медицинскую информацию о заболевании, обратиться к помощи психолога, найти общие интересы и получить совет у своего доктора, решить вопросы по реабилитации, социальной адаптации, а также установления инвалидности.

Таким образом, для своевременной коррекции патологических нарушений в морфотипе, психоэмоциональном развитии больных с болезнью Шерешевского-Тернера, их следует определять в специальную диспансерную группу, и проводить полный комплекс диагностических обследований, медицинских и психолого-педагогических мероприятий.

СТРУКТУРА БИОУПРАВЛЯЕМОЙ СВЕТОДИОДНОЙ СИСТЕМЫ ЦВЕТОСТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ РИТМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ МОЗГА И ГЛАЗ

Якунченко Т.И., Пятакович Ф.А.

*Белгородский государственный университет,
Белгород*

То, что зрительное восприятие реализуется с ритмической периодичностью, было известно уже в 1740 году. Речь идет о, так называемом феномене, бинокулярного соперничества. Этот феномен заключается в том, что человек видит то правыми, то левыми половинами сетчатки. И обусловлено это, как раз, ритмическим характером зрительных восприятий, связанных с возбуждительно-тормозными процессами в зрительном анализаторе на уровне коры головного мозга. В норме чередование ритмов зрительных восприятий происходит через равные промежутки времени, в среднем через 3-4-5 сек у взрослых и 2 сек у детей. При десинхронизации ритмов зрительного анали-