

Ранвье и диаметра безмиелиновых волокон в пре-терминальной области выше исходного. Через 6 и 24 часа после окончания рентгеновского облучения, вышеуказанные показатели в коже всех участков локализации, особенно кожи спины, существенно превышают контроль. Так, если показатели РПР и ДБУПТ нервных волокон при действии рентгеновского излучения составляют на 1 сутки в коже головы (щека) – 1,45 и 1,45, живота – 1,51 и 1,34, то в коже спины – 1,85 и 1,58, соответственно ($p < 0,05$). В последующие сроки отмечается дальнейшее нарастание динамики изменений указанных морфоколичественных показателей нервных проводников кожи всех участков, достигающих максимальных величин на 10-е сутки после окончания действия рентгеновского излучения. Так, показатели ДБУПТ и РПР составляют в коже головы (щека) – 1,6 и 1,65, живота – 1,32 и 1,74, спины – 1,75 и 2,06, соответственно ($p < 0,05$). В последующие сроки происходит некоторое снижение выраженности данных морфоколичественных показателей нервных волокон, вместе с тем, и к концу периода наблюдений (60-е сутки), они существенно превышают контроль в коже всех участков локализации, особенно спины, так в частности показатели КР и ДБУПТ составляют в коже головы (щека) – 1,75 и 1,46, живота – 1,67 и 1,29, в то время как в коже спины – 2,48 и 1,64 от исходного, соответственно ($p < 0,05$).

Таким образом, при действии рентгеновского излучения отмечаются значительные изменения морфоколичественных параметров нервных проводников в коже различных участков, достигая максимальной степени выраженности на 10-е сутки после окончания воздействия. Наибольшей степени выраженности изменения указанных показателей нервных волокон достигают в коже спины.

Работа представлена на заочную электронную конференцию «Диагностика и лечение наиболее распространенных заболеваний человека», 15-20 апреля 2006 г. Поступила в редакцию 12.01.2007 г.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ
БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ
ПОМОЩИ БИОУПРАВЛЯЕМОЙ
ЦВЕТОСТИМУЛЯЦИИ БЕЛЫМ СВЕТОМ И
МИЛЛИМЕТРОВЫМИ ВОЛНАМИ**

Рязанова В.И.

*Белгородский государственный университет,
Россия*

Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое циклически протекающее заболевание гастродуоденальной области с образованием язв желудка и (или) двенадцатиперстной кишки, является широко распространённой патологией, которая по-

ражает чаще лиц молодого трудоспособного возраста.

Патогенез развития ЯБ многообразен и связан не только с инфицированием *H. Pylori*, но и с вовлечением ЦНС. Цикличность течения ЯБ связана также с нарушением сезонной выработки «гормона темноты» – мелатонина. Последний обладает корректирующим воздействием, уменьшает активность и выраженность антрального гастрита, регулирует соотношение клеток, вырабатывающих гастрин и соматостатин, а так же наличие этих гормонов в клетках. Использование импортного препарата в гастроэнтерологической практике ограничено из-за высокой его стоимости при отсутствии выпуска аналогов отечественной фармацевтической промышленностью.

Таким образом, становится ясной актуальность поиска альтернативных технологий лечения с использованием технических средств, обладающих подобным мелатонину механизмом действия.

Известен способ физиотерапевтического воздействия связанного с передачей световых сигналов через оптическую систему зрительного анализатора человека [Ф.А. Пятакович, 1994, 2005]. Следует отметить так же, что важным подходом в оптимизации процесса лечения ЯБ физиотерапевтическими средствами является сочетание и комбинирование физических факторов. В частности, по мнению Т.И. Якунченко, С.Ю. Григоровой (2004); С. Ю. Григоровой, Т.И. Якунченко, А.С. Солдаткина (2004) последовательное воздействие ЭМИ светового и миллиметрового диапазона длин волн оказывает положительное влияние на процесс рубцевания язвы.

В связи со сказанным представляло интерес проследить динамику восстановительного процесса у больных ЯБ, получающих базисную терапию и комбинированное воздействие биоуправляемой цветостимуляцией белым светом и миллиметровой терапией с модуляцией биоритмами пациента несущего сигнала по амплитуде и частоте.

Под наблюдением находилось 70 человек. При помощи специального модуля автоматической системы больные были разделены на три группы по степени тяжести: легкая - 11 чел. (15,7%), средняя - 50 чел. (71,4%), тяжёлая - 9 чел. (12,9%).

Комбинированное лечение на фоне базисной противоязвенной терапии было проведено у всех пациентов и включало 10 сеансов биоуправляемой цветостимуляции белым светом и миллиметрового воздействия в широком диапазоне частот.

Предъявлялись цветовые светостимулы, закодированные в диапазоне ЭЭГ соответствующим функциональному состоянию дремоты, которые в последующем модифицировали существующий паттерн ЭЭГ и функциональное состояние человека.

Способ биоуправляемой ММ – терапии осуществлялся следующим образом: пациента усаживали на стул, фиксировали датчик дыхания на грудной клетке (у женщин), животе (у мужчин); пульсодатчик устанавливали на ногтевой фаланге пальца. Разъем генератора ГЧ – 142 соединяли с общим разъемом выходов датчиков пульса и дыхания. Раструб волновода устанавливали на расстоянии 1мм от поверхности кожи в точку Хе – гу.

В ходе проведенного лечения были отмечены результаты, которые не могли быть получены на фоне только базисной терапии: у больных улучшился процесс засыпания, нормализовался сон, снизились проявления невротизации, корректировались аппетит и стул. У 90% в конце десятидневного срока отмечено рубцевание язвенного дефекта. Отмечены эпизоды рубцевания язв желудка за период 16 дней (вместо 40-45 дней). Перераспределлась и степень тяжести заболевания: легкая – 52 чел.(74,3 %), средняя – 17 чел. (24,3%), тяжелая – 1 чел (1,4%).

Работа представлена на IV научную международную конференцию «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», 18-28 января 2007 г. Паттайа (Тайланд). Поступила в редакцию 06.03.2007 г.

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕАКЦИИ РОДИТЕЛЕЙ НА ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Элланский Ю.Г., Чепурная М.М., Пискунова С.Г.
РостГМУ, кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1

Детская областная клиническая больница г. Ростова-на-Дону

Детская городская больница г. Каменска

Проблемно-целевое образование является необходимой составной частью комплексной программы лечения детей с бронхиальной астмой (БА). Создание российских образовательных программ относится к числу центральных разделов национальной программы, актуальность которой значительно возрастает в период недостаточного финансирования здравоохранения. Бронхиальная астма требует от родителей и больного длительного, иногда непрерывного и тщательного соблюдения медикаментозных программ, особого режима жизни, целого ряда ограничений. От соблюдения этих условий зависит успешность предлагаемых специалистом программ ведения больных. В задачу настоящего раздела работы входило изучить реакцию родителей на первые проявления БА у детей.

Проанализирована реакция родителей детей на первые проявления БА у 91 детей основной группы. В основную группу были объединены дети в возрасте 6-16 лет: мальчики – 54 человека (59,3%), девочки - 37 (40,7%). В возрасте от

6 до 10 лет наблюдалось 19 пациентов (20,9%), в возрасте 10-12 лет – 32 человека (35,2%), 12-16 лет – 40 человек (43,9%). Легкая степень тяжести БА была у 11 больных (12,1%), среднетяжелая БА – у 59 пациентов (64,8%) и тяжелая – у 21 человека (23,1%).

Реакция родителей на первые проявления БА у ребенка была неодинаковой. Так, в 42 случаях (46,2%) они обратились к участковому педиатру, в 37 наблюдениях (40,6%) – вызывали врача неотложной помощи, а в 12 семьях (13,2%) – занимались самолечением. Менее половины детей (43,9%) при первых симптомах болезни поступили в стационар. В дальнейшем все дети лечились стационарно, но только 81 (89%) с согласия родителей, а остальные (11%) по настоятельной рекомендации врачей догоспитального этапа.

Интересным представляется факт, что родители 24 детей (26,4%) обращались самостоятельно к представителям неофициальной медицины (экстрасенсы, травники и т.д.). При этом, родители считали, что эффект был положительным в 17 случаях (70,8%), временно положительным в 4 наблюдениях (16,7%), а ухудшение наступило в 3 случаях (12,5%). Однако, положительный эффект лечения у 17 детей можно подвергнуть сомнению, так как все эти дети в последующем имели обострение и их родители не стали прибегать к помощи неофициальной медицины, а госпитализировали детей в детскую городскую больницу г.Каменска и Областную детскую больницу г.Ростова-на-Дону.

На диспансерный учет сразу же после установления диагноза встали 49 детей (53,8%). Еще в 27 случаях (29,7%) аналогичным образом поступили только после 2-3 госпитализации. 15 детей (16,5%) не встали на диспансерный учет.

В качестве мер, принимаемых родителями для улучшения положения ребенка в семье, соблюдали гипоаллергенную диету в 57 семьях (62,6%), полную изоляцию от животных осуществляли в 49 случаях (53,8%), а элиминационные мероприятия в быту – в 59 наблюдениях (64,8%).

В успех проводимого лечения верили родители 74 детей и только в 17 случаях к лечению относились с недоверием.

В 63 семьях (69,2%) врачебные рекомендации выполняли с первого обращения, в 21 случаях (23,1%) – с последующих, в то время как в 7 наблюдениях (7,7%) рекомендации не выполняли вообще. Невыполнение врачебных рекомендаций родители объясняли семейными сложностями и загруженностью в 2 семьях, отсутствием лекарств – в 2 случаях, отсутствием денег на приобретение лекарств – в 2 семьях, не считали их выполнение нужным – в 1 случае.

Здоровье ребенка родители расценивали как неудовлетворительное только в 21случаях (23,1%), в то время как удовлетворительное – в 48 семьях (52,7%), а как хорошее – в 22 наблюдениях (24,2%). Оценка большинства родителей