

**СОПРЯЖЁННОСТЬ ХАРАКТЕРА  
ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО  
ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ОТВЕТА  
С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ БОЛЕВОГО  
СИНДРОМА**

Дробот Е.В.

*Кубанский государственный медицинский  
университет  
Краснодар, Россия*

Цель настоящего исследования: изучить взаимосвязь между степенью выраженности тревожных симптомов, болевого синдрома и характером постпрандиального гемодинамического ответа (ПГО) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК). Под наблюдением находилось 105 человек, из них 40 испытуемых в возрасте от 18 до 44 составили контрольную группу (КГ) и 65 больных ЯБДК неосложненной формой в фазе активной дуоденальной язвы (возраст от 18 до 56 лет). Методом тетраполярной реографии у всех испытуемых натощак, а также через 60 минут после приема пищи (590 ккал) исследовали динамику удельного объема кровотока брюшной области (УОКбр). Оценка болевого синдрома проводилась по 3-х балльной шкале, где уровень шкалы - 0, соответствовал отсутствию болевого синдрома, показатель 1 – умеренной боли, показатель 2 – боли средней интенсивности, показатель 3 – интенсивной боли. Для характеристики степени выраженности тревоги у больных ЯБДК использовался опросник «Личностная шкала проявлений тревоги». Анализ полученных данных свидетельствует, что в КГ через час после еды УОКбр увеличивается в среднем на 28,2% ( $p < 0,05$ ), что рассматривается как адекватный ПГО. У больных ЯБДК к этому же времени УОКбр в среднем снижается на 23,8%. Анализ индивидуальных колебаний гемодинамических показателей свидетельствует, что у 54 больных ЯБДК (83,1%) УОКбр через час после еды снижается в среднем на 28,2% (1 группа), что рассматривается как парадоксальный ПГО. У 11 человек – 16,9% (2 группы) УОКбр возрастает – адекватный ПГО. Анализ степени выраженности болевого синдрома свидетельствует, что в 1 группе 39 человек (72,2%) оценили болевой синдром в 3 балла и 15 человек (27,7%) в 2 балла. Во 2 группе 3 человека (27,2%) оценили болевой синдром в 3 балла, в 2 балла 6 больных (54,5 %) и 2 больных ЯБДК (27,2%) в 1 балл. Кроме того, установлено, что у больных 1 группы преобладал высокий уровень тревоги – 65%, в 24% случаев наблюдался средний уровень тревоги с тенденцией к высокому. Во 2 группе высокий уровень тревоги у больных был выявлен в 27%, превалировал средний уровень тревоги с тенденцией к высокому 45%, а средний уровень с тенденцией к низкому был выявлен в 27% случаев. Таким образом, интенсивный болевой синдром и высокий уровень тревоги у пациентов с патологическим ПГО УОКбр встречается в 2,6 и 2,4 раза ча-

ще соответственно, чем у больных ЯБДК с адекватным ПГО.

**РОЛЬ БИОУПРАВЛЯЕМОЙ  
АЭРОИОНОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ  
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОТКЛОНЕНИЙ  
У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ**

Жирнов В.А., Калихман В.А., Зарецкая Л.В.  
*Самарский государственный медицинский  
университет,*

*Детское отделение восстановительного лечения  
ММУ ГП №3  
Самара, Россия*

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что большинство детей переносит в течение года от 4 до 8 эпизодов острого респираторного заболевания (ОРЗ), причем заболеваемость выше у детей раннего возраста и дошкольников. Частые и тяжело протекающие ОРЗ могут приводить к нарушению физического и нервно-психического развития детей, способствуют снижению функциональной активности иммунитета, формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания. Частые ОРЗ также могут приводить к социальной дезадаптации ребенка из-за ограниченности общения со сверстниками.

Целью исследования являлось обоснование эффективности применения биоуправляемой аэроионотерапии в оздоровлении часто болеющих детей.

Клинические наблюдения и специальные исследования проведены у 60 часто болеющих детей на базе детского отделения восстановительного лечения ММУ ГП №3 городского округа Самара. Нами в программе комплексной реабилитации часто болеющих детей, помимо общепринятых мер (адаптогены, витаминотерапия, массаж, физиопроцедуры), была использована биоуправляемая аэроионотерапия (АИТ) от аппарата «Аэровион» (АИДт –01).

Были взяты две группы детей одного возраста. Из них 30 детей получали биоуправляемую аэроионотерапию, 30 детей – группа контроля, без аэроионотерапии. Комплексная оценка эффективности терапии проводилась на основании изучения данных кардиоинтервалографии, психологического тестирования, иммунологических исследований анализа частоты случаев ОРЗ на одного ребенка за год. Процедуры переносились хорошо, побочных реакций не отмечалось. Аэроионотерапия назначалась в период регресса клинических симптомов обострения заболевания и в период клинического благополучия. После курса биоуправляемой АИТ у 76,0% детей значительно улучшилось общее состояние, уменьшилась раздражительность, утомляемость, нормализовался сон. В группе контроля положительные сдвиги

клинических симптомов отмечались у меньшего числа детей (58,0%).

У детей с клиническими симптомами бронхита, под влиянием биоуправляемой АИТ регистрировали благоприятные изменения показателей функции внешнего дыхания, характеризующегося увеличением сниженных объема форсированного выдоха за 1 секунду и максимальной объемной скорости выдоха на уровне 25% форсированной жизненной емкости легких. По данным кардиоинтервалографии под влиянием АИТ существенно улучшилось функциональное состояние вегетативной нервной системы. У 74,0% детей основной группы произошла перестройка взаимосвязей симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, преимущественно, по пути уменьшения симпатических влияний и повышения числа детей с эйто-нией. Одновременно регистрировалось восстановление нормальной вегетативной реактивности у большинства (64,2%) детей, получавших БАИТ, что свидетельствовало об устраниении вегетативной дисфункции. В группе контроля положительная динамика изучаемых параметров отмечалась у меньшего числа детей (31,4%). Благоприятное влияние биоуправляемой АИТ отмечено на психоэмоциональную сферу. Результаты психологического тестирования, проведенные в конце курса аэроионотерапии, свидетельствовали о снижении числа детей с высоким уровнем личностной тревожности (68%) в 1,5 раза в основной группе, в 1,2 – в контрольной.

Проведенные иммунологические исследования показали иммунокорrigирующее действие биоуправляемой АИТ на клеточное и гуморальное звенья иммунитета, что подтверждалось нормализацией исходно повышенных и пониженных значений Т-лимфоцитов у большинства больных, в сочетании с увеличение иммунорегуляторного индекса в 34,0% случаев, уменьшением дисбаланса сывороточных иммуноглобулинов А, М, G. Оценка результатов исследований позволила установить более высокую терапевтическую эффективность биоуправляемой аэроионотерапии (84,0%) по сравнению с традиционными мероприятиями, без аэроионотерапии. Катамнестические наблюдения выявили стойкость терапевтического эффекта. В течение года не зарегистрировано ни одного случая заболевания острой пневмонией и острым бронхитом, осложнений течения ОРЗ не отмечалось. Заболеваемость в основной группе гораздо ниже, чем в контрольной, что сказалось на общей посещаемости детей.

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о благоприятном влиянии биоуправляемой АИТ на функциональное состояние вегетативной нервной, дыхательной, иммунной систем, совершенствование психологических процессов. Коррекция функциональных отклонений у детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, позволяет снизить час-

тоту и длительность течения ОРЗ, сократить число дней отсутствия ребенка в коллективе по болезни, способствует устранению социальной дезадаптации ребенка, снижает риск формирования хронической патологии.

## ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПРИ НАЛИЧИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Клестер Е.Б., Шойхет Я.Н.

*Алтайский государственный медицинский  
университет  
Барнаул, Россия*

Проанализированы изменения внутрисердечной гемодинамики у 491 пациента. У 165 из них была хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (I группа), у 171 больных - сочетание ХОБЛ со стенокардией напряжения (II группа), у 155 больных – ИБС (III группа). Наличие ХОБЛ с оценкой степени тяжести устанавливалось в соответствии с критериями GOLD (2006). Большинство составляли мужчины (от 71 до 80%). Средний возраст пациентов I группы составил  $62,1 \pm 0,74$  лет, II группы –  $65,6 \pm 0,62$  лет, III группы –  $66,0 \pm 0,59$  лет ( $P_{I-II}$ ;  $P_{II-III} < 0,05$ ). Все пациенты в зависимости от характера сопутствующей патологии были разделены на подгруппы: нарушения ритма, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), артериальная гипертензия (АГ), болезни органов пищеварения, болезни мочеполовой системы. Систолическая дисфункция диагностирована у 37,1% пациентов подгруппы с ХСН при наличии сочетанной патологии, что статистически значимо чаще, нежели у больных I и III групп. Установлено, что в подгруппах с нарушениями ритма, ХСН, АГ диагностировалось наиболее выраженное увеличение левого предсердия, левого и правого желудочков, повышение массы миокарда левого желудочка. В подгруппе с болезнями мочеполовой системы, особенно при снижении скорости клубочковой фильтрации ниже средних значений с учетом возрастной категории и пола, обнаруживалось увеличение левых отделов сердца и умеренное снижение показателей сократимости левого желудочка. У больных с болезнями органов пищеварения, по сравнению с другими подгруппами, изменения сердечной гемодинамики были наименее выражены. Рестриктивный тип диастолической дисфункции как левого, так и правого желудочка выявлялся преимущественно у больных в подгруппах с хронической сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией. Таким образом, у больных хронической обструктивной болезнью легких, особенно при наличии сопутствующей патологии сердечно-сосудистой и мочеполовой систем по данным эхокардиодопплерографии регистриру-