

При пересчете на 100 % времени проведения эксперимента выявлено, что у хронически алкоголизованных животных доля суммарного времени иммобилизации возросла с 22,7 до 42,4 % ($p_u < 0,01$), в то время как доля активного плавания сократилась с 58,7 до 39,9 % ($p_u < 0,01$). В подгруппе животных, получавших кроме этанола прогестерон долевое соотношение различных видов плавания достоверно не отличалось от исходных показателей.

В то же время установлено, что количество периодов активного плавания у алкоголизованных крыс сократилось на 21,3 % ($p_u < 0,05$), в то время как у животных, получавших кроме этанола прогестерон, данный показатель не претерпел никаких изменений.

Относительно количества замираний по временным промежуткам выявлено отсутствие достоверных отличий как в контрольной, так и в опытной группе относительно исходных показателей.

Обращает на себя также внимание значительное сокращение показателя эмоциональности ($p_u < 0,05$), что выражается в количестве фекальных болюсов в подгруппе опытных крыс (этанол + прогестерон): в исходных условиях численное значение данного показателя составило $5,1 \pm 0,72$, а после сочетанного введения прогестерона и этанола — $3,8 \pm 0,46$ болюса. В подгруппе условного контроля численные значения эмоциональности достоверно не изменилось.

Интересные результаты получены при анализе такого компонента поведения в тесте Порсолта как количество занырываний животных. Так, у хронически алкоголизованных крыс численное значение данного показателя в исходных условиях составило $2,5 \pm 0,74$, в то время как после проведения инъекций этанола данный акт не был представлен в поведенческом паттерне. В подгруппе животных, получавших кроме этанола прогестерон, количество занырываний как в исходном тестировании, так и в экспериментальном колебалось в пределах 2,3–2,6 нырков.

Выводы

Таким образом, можно сделать вывод о том, что женский половой стероид прогестерон обладает некоторым антидепрессивным эффектом в отношении алкоголизованных крыс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрух П. Г. Этиология, нейрохимия и клиника современных форм тревожно-депрессивных расстройств / П. Г. Андрух // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, Вып. 1. — С. 109–110.
2. Исмаилова, Х. Ю. Индивидуальные особенности поведения (моноаминергические механизмы) / Х. Ю. Исмаилова, Т. М. Агаев, Т. П. Семенова. — Баку: Нурлан, 2007. — 229 с.

УДК 613.4-053.5-055.1-058.862+649.1

СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МАЛЬЧИКОВ, ПРЕБЫВАЮЩИХ В ДЕТСКОМ ДОМЕ И В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Фролова М. В., Шкурко М. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Карташева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема формирования и управления здоровьем детей важна постоянно, повсеместно. Детский организм сенситивен и менее устойчив к меняющимся условиям пребывания, обучения и воспитания. В охране здоровья растущего организма необходима преємственность службы здравоохранения и образования. Ведущим направлением в здравоохранении должна быть профилактика, необходим систематический анализ данных скрининговых наблюдений за динамикой здоровья детей [1, 2, 3].

Цель

Анализ соматического здоровья мальчиков, пребывающих в разных социально-гигиенических условиях.

Материалы и методы исследования

Соматическое здоровье мальчиков изучалось по медицинским картам учреждений здравоохранения. Проанализированы результаты профилактических осмотров мальчиков, отнесенных по состоянию здоровья ко 2-й медицинской группе. Детей, пребывающих в детском доме (Д/д) было 21, а в домашних условиях (Д/у) — 24. Наблюдаемые мальчики были одной возрастной группы, 6–7 лет, обучающиеся в 1-х классах.

Результаты исследования и обсуждение

Анализ результатов медицинских осмотров выявил некоторые закономерности в возрастной особенности заболеваемости детей, отнесенных ко 2-й группе здоровья. Выявлены также различия в количественном распределении мальчиков по заболеваниям, пребывающих в детском доме (Д/д) и в домашних условиях (Д/у). Количественное распределение детей 2-х групп по заболеваниям представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Количественное распределение мальчиков Д/д и Д/у по заболеваниям

| Заболевания | Количество детей | |
|---|------------------|-----|
| | Д/д | Д/у |
| Болезни костно-мышечной системы в виде деформаций ОДА, нарушений осанки | 10 | 5 |
| Болезни ЛОР-органов, ГНМ I–II степени | - | 9 |
| Бронхиты с астматическим компонентом | - | 3 |
| Нарушения зрения (миопия, косоглазие) | 5 | 2 |
| Вегетативные дисфункции (ВСД) по смешанному типу | 2 | 1 |
| Дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) по гипокINETическому типу | - | 2 |
| Диффузный зоб I степени | 2 | - |
| Функциональная кардиомиопатия | 1 | - |
| Заболевания кожи, экзема | - | 1 |
| Пупочная грыжа | - | 1 |
| Часто болеющий | 1 | - |
| Всего по всем формам болезней | 21 | 24 |

В обеих группах зарегистрированы заболевания костно-мышечной системы в виде деформаций опорно-двигательного аппарата (ОДА). У воспитанников детского дома (Д/д) данные деформации ОДА регистрировались в 2 раза чаще, 10 случаев и составили 47,6 %. У мальчиков домашних условий пребывания выявлено 5 случаев деформаций ОДА или 20,8 %. По степени деформации ОДА также выявлены различия. У мальчиков Д/д выявлены нарушения осанки в виде ее сколиотической установки, а у детей Д/у в виде крыловидности лопаток, ассиметрии плечевого пояса и треугольников талии.

Детям Д/у чаще ставили диагноз ГНМ I–II степени (гипертрофия небных миндалин) — 9 случаев или 37,5 % и 3 мальчика страдали бронхитом с астматическим компонентом. Всего по группе болезней дыхательных путей и ЛОР-органов 50 % случаев.

Нарушения зрения в виде миопий, косоглазия в 23,8 % выявлено у детей Д/д и в 8,3 % случаев — у мальчиков Д/у. Регистрировались также в обеих группах детей по 2 случая вегето-сосудистые дистонии (ВСД), дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП), диффузный зоб I степени. По 1 случаю выявлены болезни кожи, пупочная грыжа, функциональная кардиомиопатия.

Заключение

В соматической патологии у мальчиков второй группы здоровья, пребывающих в детском доме, преобладают деформации ОДА — 47,6 % случаев и нарушения зрения — 23,8 %. У детей 2-й группы здоровья, пребывающих в домашних условиях, в 50 % случаев заболеваний составляли болезни ЛОР-органов и дыхательных путей. Деформации ОДА составили 20,8 % случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безруких, М. М. Возрастная физиология: физиология развития ребенка / М. М. Безруких. — М.: Академия, 2003. — С. 426.
2. Великанова, Л. П. Выявление предикторов риска психосоматической дезадаптации у младших школьников посредством психодиагностического скрининга / Л. П. Великанова // Педиатрия. — 2007. — № 3. — С. 136–139.
3. Социально-гигиенический мониторинг здоровья детского населения г. Минска / Ф. А. Германович [и др.] // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. Респ. науч.-практ. конф. — Минск, 2008. — Вып. 12. — С. 512–514.

УДК 616.12-008.331.1-035:615.849.19

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хайдарова Д. Д., Мардонов Т. Р.

Научный руководитель: д.м.н. Э. Н. Ташкенбаева

Учреждение образования

**«Самаркандский государственный медицинский институт»
«Самаркандский филиал Республиканского научного центра
экстренной медицинской помощи»
г. Самарканд, Узбекистан**

Успехи, достигнутые в лечении артериальной гипертензии (АГ), в первую очередь, благодаря широкому внедрению в клиническую практику новых гипотензивных средств, хорошо известны. Ступенчатая схема медикаментозного лечения позволяет снизить артериальное давление у большинства больных артериальной гипертензией, а также значительно уменьшить частоту осложнений. Однако, длительный прием медикаментов во многих случаях связан с нежелательными побочными эффектами. Вместе с тем, становится очевидным, что существует категория больных, у которых даже с помощью современной гипотензивной терапии не всегда удается снизить уровень артериального давления. Принято считать, что так называемая рефрактерная к медикаментозному лечению АГ предполагает невозможность ее контролирования с помощью утвержденных в Центре стандартов действий с приемом препаратов в максимальной дозировке. С другой стороны, преодоление рефрактерности к медикаментозной терапии связано с дополнительными трудностями, обусловленными необходимостью длительного, часто безуспешного подбора лекарственных препаратов в условиях ограниченного времени. В то же время применение большого числа гипотензивных средств в высоких дозах часто дает побочные реакции. Поэтому, изучаются немедикаментозные средства в лечении АГ, в частности, лазеротерапия.

Нами была предпринята попытка применения низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в комплексном лечении больных АГ, плохо поддающихся лечению гипотензивными препаратами. Под наблюдением находились 32 больных (14 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 29 до 58 лет с давностью заболевания от 4 до 27 лет (в среднем $13,5 \pm 1,5$ года). Обследование АД на момент осмотра (по критериям ВОЗ/МОАГ, 1999; в рамках АГ III степени — АД. Теоретически превышающее возможности ауторегуляции — 210/120 мм рт. ст. и выше). Определялась принадлежность к группе высокого или очень высокого риска (интегральный показатель, включающий в себя наличие факторов риска, поражение органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния согласно концепции стратификации риска ВОЗ/МОАГ, 1999). У 22 больных наблюдались явные осложнения гипертензивного криза, а также состояния, развившиеся на фоне относительно длительной (от нескольких суток до нескольких недель) неконтролируемой или плохо корригируемой АГ. На фоне непрерывно проводимого лечения эналаприлом 10–30 мг /сут, биспрололом 5–10 мг/сут, инфузиями перлингалита и диуретиками, АД по сравнению с исходным уровнем существенно не изменилось, лишь систолическое АД