

Определено, что в области БАТ ЭКС значительно ниже (на 1 порядок, т.е. в 10 раз), по сравнению с окружающими участками; обнаружены изменения электрической проводимости кожи и электрических потенциалов в БАТ и на трупах. Разница между точками и окружающими их участками кожи на трупах выражена отчетливее, чем у живых людей.

В БАТ наблюдается относительно низкое электрическое сопротивление, фиксируемое на площади 2.5 мм^2 (794 кОм, на расстоянии 1-2 мм от точки это сопротивление равно 1407 кОм и выше).

В БАТ здорового человека отмечается высокий электрический потенциал (ЭП) и резкое повышение его при заболеваниях определенных органов: при поражении печени, желчного пузыря, желудка - в точках кожи эпигастральной области и соответствующих кожных метамерах спины.

Сфинктеры пищеварительной системы - это скопление циркулярных мышечных элементов стенки пищеварительной трубки и дилататорных структур, выполняющих антирефлюксную функцию и обладающих функциональной автономией. Для переходных зон пищеварительного тракта, центральное место в которых занимают сфинктерные аппараты, характерен резкий перепад частот фоновой электрической активности.

Раздражение определенных зон желудочно-кишечного тракта при эндоскопии во время полипэктомии приводило к запуску моторной деятельности кишечника или к общей релаксации.

Производя большое количество эндоскопических исследований, мы обратили внимание на то, что при механическом воздействии на сфинктеры толстой кишки (инсуффляция, непосредственный контакт аппарата при колоноскопии) возникает однотипная реакция со стороны желудочно-кишечного тракта или всего организма, проявляющаяся в одних случаях в нормализации эвакуаторной функции, в других - общей релаксацией и наступлением кратковременного сна у пациентов). Подобные наблюдения навели нас на мысль о том, что при воздействии на сфинктерные зоны кишечного тракта можно получать ожидаемую реакцию со стороны толстой кишки и организма в целом.

После анализа данных литературы и собственных клинических наблюдений было обращено внимание на следующие моменты.

Часть БАТ пищевода и желудка локализуется в сфинктерных зонах (кардиоэзофагеальный переход, пилорус) (В.Л. Полуэтов, 1990).

Сфинктерные зоны толстой кишки имеют свойства БАТ (Ф.Ф. Сакс, В.Ф. Байтингер, 1994).

При заболеваниях пищевода, желудка, кишечника также должно быть выражено резкое повышение ЭП в БАТ желудочно-кишечного тракта.

Колоноскопия у различных больных может вызывать однотипную реакцию желудочно-кишечного тракта (улучшение двигательной функции) или релаксирующее действие на организм человека (собственные наблюдения).

Исходя из вышеизложенного можно предположить, что воздействие на сфинктерные зоны толстой кишки (12 зон) - БАТ - оказывает определенное воз-

действие, в ряде случаев - с положительным влиянием на двигательную функцию толстой кишки.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на определение БАТ толстой кишки, что позволит дополнить концепцию эндоскопической венрикулопунктуры и пополнить арсенал лечебных воздействий при нарушениях двигательной функции желудочно-кишечного тракта.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С НОРМАЛЬНОЙ И НАРУШЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ РЕЧИ

Белова О.А., Якушина Е.А.

*Рязанский государственный
педагогический университет им. С.А.Есенина*

Речевой процесс тесно связан с состоянием нервной системы, осуществляется в сложной системе единства её разных уровней и органов артикуляции. В большинстве развитых стран специалисты, работающие с детьми, относят детей с нарушениями функции речи к особой социальной группе, объединенной возрастом, специфическими условиями жизни, обучения, которые оказывают существенное влияние на формирование здоровья и качество обучения.

Целью исследования явился анализ физиологического, психологического, социального состояния детей с нарушениями функции речи и их здоровых сверстников. В исследовании были использованы стандартные методики: определяли физическое развитие детей 6-7 лет, соответствие паспортного возраста биологическому, работоспособность, их отношение к школе, вычисляли индекс Робинсона, адаптационный потенциал в группах детей с нормальным уровнем развития, и с нарушением функции речи в детском саду и школе.

Данная возрастная группа отличается, во-первых, своеобразием возраста - продолжающимися процессами интенсивного роста и развития. В отличие от своих сверстников, страдающих нарушениями функции речи, дети без речевых отклонений (контрольная группа) имели значительно худшее физическое развитие: среди них встречалось на 30% меньше детей имеющих гармоничное развитие. Это можно связать с тем, что за детьми с нарушениями функции речи больше следят, их физическому развитию уделяется большее внимание, а наполняемость групп - меньше. При этом они имеют более мягкий режим дня, чем у детей без речевых нарушений. У 80% детей с нарушениями речевой функции речь не плавная, спастичная, при беседе дети чувствуют себя неуверенно, ощущается гиперопека взрослых. У всех 100% детей данной группы и у 30% детей контрольной группы наблюдается негативное отношение к школе (лёгкое беспокойство, нежелание говорить на эту тему), так как их пугают школой. Однако благодаря многочасовым занятиям в логопедической группе, многие из детей группы были зачислены в лицейские классы.

Ценным критерием энергопотенциала ребёнка являются резервы сердечно-сосудистой системы. Поэтому после определения физического развития оценивалось состояние сердечно-сосудистой системы с

помощью индекса Робинсона (чем ниже ДП в покое, тем выше максимальные аэробные возможности сердечно-сосудистой системы и уровень соматического здоровья ребёнка). Анализ полученных результатов показал, что у детей 6-7-лет контрольной группы показатель ДП у 100% средние как у девочек, так и у мальчиков, среди них не встречается ни одного ребёнка с «наихудшими» величинами – высокими и выше среднего. В логопедической группе картина совершенно иная у 50% детей наблюдаются показатели выше среднего и высокие, что отражает значительно худшие показатели состояния соматического здоровья. Таким образом, можно сделать вывод, что наибольшее количество детей с высоким «наихудшим» ДП встречается у детей логопедической группы. Так как данный показатель в большей степени характеризует тотальные размеры тела, он также отражает физическое развитие детей 6-7- лет. Состояние здоровья, которых ухудшилось и отражает процесс децелерации физического развития, отмечающийся в настоящее время в России.

При расчёте адаптационного потенциала у 100% детей обеих групп наблюдается удовлетворительная адаптация, что отражает достаточно высокие функциональные возможности организма детей 6-7 лет. Полученный материал имеет.

При оценке умственной работоспособности методом дозированной во времени корректурной пробы оказалось, что она в 2 раза выше у детей контрольной группы, особенно по показателям коэффициента продуктивности работы (Q) и коэффициенту подвижности нервных процессов (K).

Поступление в школу часто оказывается трудным для психологически не подготовленных к этому изменению в их жизни. При напряженной умственной работе, которая наблюдается в лицейских классах, у детей часто возникают «школьный стресс», «школьный шок», «школьный невроз». Трудно сказать, смогут ли в дальнейшем наши первоклассники выдержать нагрузку лицейского класса, так как их биологический возраст отстаёт от паспортного на два и более года. Материал подвергнут статистической обработке, и является достоверным.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ВЕНОЗНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА ФОНЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ

Биктимиров Т.З., Матвеевкова Е.В.

*Ульяновский Государственный университет,
Ульяновск*

Среди неинфекционных заболеваний детского и подросткового возраста вегетососудистые дистонии (вегетативные дистонии) являются наиболее распространенной патологией с частотой встречаемости от 4,8% до 29,1% (Курочкин А.А., Аникин В.В., 1999). При этом, вегетативные дистонии привлекают внимание различных специалистов – педиатров, кардиологов, неврологов, подростковых и семейных врачей.

До настоящего времени остаются спорными вопросы не только терминологии, классификации, патогенеза, но и вопросы диагностики, фармакотерапии и

ее эффективности при вегетативных дистониях. В настоящее время наиболее общепринятыми и приемлемыми терминами являются вегетативная дистония (вегетососудистая дистония) и нейроциркуляторная дистония. Большинство исследователей рассматривают нейроциркуляторную дистонию как частное проявление вегетососудистой дистонии, при которой имеются дисрегуляторные изменения преимущественно в сердечно-сосудистой системе вследствие первичных или вторичных отклонений в надсегментарных и сегментарных вегетативных центрах. Однако кардиологи настаивают на диагнозе «нейроциркуляторной дистонии» (Покалев Г.М., 1994, Маколкин В.И., 2004 и др.) в качестве основного заболевания. А неврологи (Вейн А.М., 1999) утверждают, что вегетативная дистония лишь синдром (включающий в себя, как один из вариантов, нейроциркуляторную дистонию), который возникает на различном органическом или функциональном фоне. Довольно хорошо изучены проявления вегетативных дисфункций при различных органических поражениях головного мозга у взрослых (Вейн А.М., 1991), но остается неисследованным вопрос о вегетативных проявлениях при цереброваскулярной патологии у детей, особенно при венозной энцефалопатии.

Венозная энцефалопатия начала привлекать внимание ученых в начале 60х годов прошлого века (Холоденко М.И., 1963, Френкель В.И., 1960 и др.), но лишь в 80х годах начали публиковаться более детальные и подробные исследования по венозной патологии головного мозга (Бабенков Н.В., 1984, Ступин И.Д., Карлов В.А. и др., 1981, Бердичевский М.Я., 1989, Верещагин Н.В., 1980, и др.). В настоящее время венозная энцефалопатия диагностируется у взрослых (Белова Л.А., 2001), однако у детей данная патология выявляется крайне редко, маскируясь под различными масками, в том числе и под маской вегетативной дистонии. Венозная патология головного мозга у детей недостаточно изучена, практически нет работ по этой проблеме. Актуальным направлением в изучении венозной энцефалопатии у детей является коморбидность данной патологии с прогрессирующими дистрофическими заболеваниями шейного отдела позвоночника и связанными с ними нарушениями венозного кровообращения.

На сегодняшний день дистрофические заболевания шейного отдела позвоночника (остеохондроз) достаточно часто встречаются в детском, и особенно, в подростковом возрасте. И начальные проявления патологии в шейном отделе позвоночника чаще всего представлены синдромом вегетативной дистонии, и далеко зашедшие стадии нарушений кровообращения головного мозга на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника также представлены синдромом вегетативной дистонии. Однако, практические врачи не всегда дифференцируют изначальную причину возникновения вегетативной дистонии, ограничиваясь диагнозом «вегетативная дистония пубертатного периода». Диагноз же венозной энцефалопатии практически не встречается в историях болезни и амбулаторных карточках детей. Связано это с недостаточной информированностью по данной патологии, с отсутствием критериев диагноза и классификации венозной