

2. Формулировка цели - с прогнозированием ее достижимости и сроков выполнения конкретно для индивидуума, а также микро- и макрогрупп детей, например спортивной команды.

3. Прогнозирование эффекта обучения и стратегии его достижения с учетом не только выбора программы для конкретного контингента занимающихся, но и психофизиологическим обоснованием возможностей их реализации в намеченные сроки.

4. Оценка эффективности обучения - с определением его психофизиологической стоимости и уровнем соответствия поставленной в обучении цели с фактически получаемыми результатами.

5. Перспективы планирования- модификация и коррекции программы на основе информационной многофакторной обратной связи, получаемой в реальном масштабе времени.

6. Организация индивидуального и микрогруппового физкультурного и спортивного обучения детей, с учетом проблем их социальной ориентации на спорт, физической подготовленности, физического развития и уровней физического и медицинского здоровья и т.д.

В представленном перечне возможных применений единого информационного пространства ВАСПЗР обозначен лишь малый диапазон проблем и вопросов, решение которых в значительной степени облегчит получение ожидаемых результатов мониторинга физического здоровья детей не только в общегосударственном (как это произошло с недавно проведенными общероссийскими диспансеризацией и мониторинга физического здоровья детей), но и на местных уровнях.

ВАСПЗР создает условия для проверки уже разработанных и организации новых, научно обоснованных адресных принципов и способов индивидуальной и групповой оптимизации многих сторон развития личности ребенка, в том числе и мотиваций к занятиям физической культурой. Единое информационное пространство ВАСПЗР способствует лучшей организации межведомственных взаимодействий в деле дальнейшего развития в РФ физической культуры и спорта.

ПРИМЕНЕНИЕ АКУПУНКТУРНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ПРИ ОДНОМОМЕНТНОМ ДВОЙНОМ КОНТРАСТИРОВАНИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Гендлина. И.О., Лепилов Ю.А., Васильков А.Ф.
Александро-Маршинская областная
клиническая больница № 1,
Астрахань

Вопросами диагностики заболеваний толстой кишки с использованием одномоментного двойного контрастирования в нашей стране и за рубежом успешно занимались многие авторы (П.В.Власов, Л.М. Портной, Н.А. Рябухина и др.). Как показывают работы этих авторов - это простая по исполнению, эффективная и высокоинформативная методика заслуженно получила широкое распространение в лечебно-профилактических учреждениях.

Методика одномоментного двойного контрастирования толстой кишки имеет три основных аспекта: подготовку больных, использование адекватного контрастного препарата и собственно технологию контрастирования и рентгенографии толстой кишки.

Повысить диагностическую ценность данной методики помогает применение релаксации /медикаментозной, зондовой, акупунктурной/. Часто рентгенологическая картина бывает недостаточно информативна из-за изменения тонуса и моторики, которые проявляются в виде слабости перистальтики, повышения тонуса, спазма мускулатуры и являются источником диагностических ошибок, затрудняют выявление органических изменений.

Метод акупунктурной релаксации при R-логическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием с использованием корпоральных и аурикулярных точек был предложен в середине 80-х годов группой врачей (Рабкин И.Х. и др.) из ВНЦХ.

Нами разработан и с 1996 года применяется метод акупунктурной релаксации при проведении одномоментного двойного контрастирования толстой кишки с использованием точек микроакупунктурной системы кисти /воздействие по точкам соответствия, по 6 Энергиям; Пак Чжэ Ву/. Методика позволяет осуществлять целенаправленное локальное воздействие на участки толстой кишки в контексте с целью диагностического исследования, которая была представлена перед нами.

Индивидуальный подбор точек, метода воздействия у каждого конкретного больного позволяет повысить эффективность проводимой акупунктурной релаксации.

R-логическое исследование толстой кишки (одномоментное двойное контрастирование) в условиях акупунктурной релаксации/ проводится в 2 этапа:

Первый этап - наложение акупунктурной релаксации в кабинете рефлексотерапии. Продолжительность сеанса около 25 минут.

Второй этап - изучение состояния толстой кишки в R-логическом кабинете при проведении ирригоскопии методикой одномоментного двойного контрастирования, после снятия игл.

При помощи данной методики нами было обследовано около 1000 человек. Выявлено:

- Изменения характерные для энтероколита - 104
- Хронический аппендицит -72
- Органические изменения - 96
- Болезнь Крона - 4
- Рубцово-спаечная деформация слепой кишки и червеобразного отростка - 72
- Баугинит - 46
- Спастическая дискинезия толстой кишки - 107
- Дивертикулез - 213
- Аппендикулярный инфильтрат - 22
- Липоматоз баугиниевой заслонки -10
- Неспецифический язвенный колит - 6

У остальных пациентов после применения этой методики удалось исключить ранее заподозренную патологию.

Учитывая главные преимущества акупунктурной релаксации – ее достаточно высокую эффективность, возможность целенаправленного воздействия, безвредность, простоту применения, экономичность, можно считать эту методику перспективной в решении вопросов рентгенологической диагностики.

ВЛИЯНИЕ АРАБИНОГАЛАКТАНА НА МЕХАНИЗМЫ И ДИНАМИКУ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ

Гуцол Л.О., Четверикова Т.Д., Васильева Л.С., Пивоваров Ю.И., Медведева С.А., Носкова Л.К.
*Медицинский университет,
Иркутск*

Исследование механизмов действия и биологических эффектов природных соединений, направленных на повышение естественной резистентности организма, составляет одно из перспективных направлений современной медицины.

Цель исследования – выявление гепатопротекторного действия арабиногалактана и его механизмов при отравлении этиленгликолем.

Опыты выполнены на 54 беспородных белых половозрелых крысах-самцах, из которых 6 оставались интактными, остальным перорально вводился 60% раствор этиленгликоля в дозе 4,8 мг/кг. Через 6 часов после введения ЭГ половине животных инъецировался арабиногалактан в дозе 200 мг/кг. Через 1, 3, 5, 15 суток после введения ЭГ определялась концентрация гидроперекисей липидов (ГПЛ) и малоновых диальдегидов (МДА).

Через 1 сутки после введения этиленгликоля наблюдается обширное повреждение гепатоцитов: более 70 % из них некротизированы, у 9% отмечается белковая дистрофия, в отдельных клетках выявляется жировая и баллонная дистрофия. В печеночной ткани резко активируются процессы липопероксидации, количество ГПЛ увеличивается в 1,5-2 раза по сравнению с исходными значениями ($P<0,05$). В 1,3 раза повышается активность АЛТ крови ($P<0,05$). На фоне введения арабиногалактана в условиях интоксикации в этот же срок отмечается значительно меньшая степень необратимой альтерации паренхимы печени (46% некротизированных гепатоцитов), белковая и жировая дистрофия развивается в 6% клеток ($P<0,05$), и практически не встречается баллонная дистрофия. Процессы ПОЛ не интенсифицируются, активность АЛТ увеличивается в меньшей степени, чем у крыс, которым арабиногалактан не вводился.

Таким образом, в начальные сроки интоксикации одним из ведущих звеньев патогенеза необратимой альтерации гепатоцитов у животных является гиперактивация процессов ПОЛ, что сопровождается накоплением ГПЛ в ткани печени.

Через 3 суток у животных обеих групп количество поврежденных гепатоцитов уменьшается за счет сокращения области некроза до 55% и 47% соответственно ($P<0,05$), а число клеток с дистрофией остается таким же, как и в предыдущий период наблюдения. При этом концентрация ГПЛ у животных, которым

арабиногалактан не вводился, продолжает нарастать и почти в 4 раза превышает исходную величину. У крыс, получавших арабиногалактан, количество ГПЛ тоже увеличивается в сравнении с начальным этапом эксперимента, но в 2 раза менее интенсивно, чем у леченых животных ($P<0,05$). Концентрация МДА у всех животных снижается в 2 раза ($P<0,05$). Активность АЛТ сохраняется на прежнем уровне.

Следовательно, в этот период интоксикации увеличение концентрации ГПЛ связано, главным образом, с замедлением их превращения в МДА.

Через 5 суток степень некротизации гепатоцитов по-прежнему больше у животных, не получавших арабиногалактан (50,4% и 43,3%, $P<0,05$). Количество клеток с дистрофией остается неизменным у крыс обеих групп. У всех животных уменьшается интенсивность образования ГПЛ в среднем в 1,8 раз, при этом скорость его превращения в МДА у крыс, не получавших арабиногалактан, тормозится в 2,5 раза ($P<0,05$), а при введении арабиногалактана она не изменяется. Содержание АЛТ нормализуется.

Таким образом, к 5 суткам активность липопероксидации снижается, и процессы альтерации стабилизируются.

К 15 суткам объем поврежденной ткани печени у крыс, не получавших арабиногалактан, остается довольно обширным и составляет 29%. Вновь активируются процессы липопероксидации, вероятно, вследствие повторного выброса депонированного этиленгликоля. В 1,6 раз увеличивается содержание ГПЛ и в 4 раза – МДА ($P<0,05$). На фоне введения арабиногалактана доля некроза прогрессивно снижается и становится равной 9% ($P<0,05$), дистрофические изменения в клетках отсутствуют. Содержание ГПЛ сохраняется на прежнем уровне, а МДА - возрастает в 3 раза ($P<0,05$), что говорит об интенсификации процессов окисления ГПЛ. По-видимому, с этим и связано уменьшение объема некротизированной ткани.

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

- Гиперактивация ПОЛ является одним из ведущих механизмов повреждения гепатоцитов при отравлении этиленгликолем.
- Арабиногалактан уменьшает содержание ГПЛ в печени и степень некроза гепатоцитов.
- Антиоксидантный эффект арабиногалактана обусловлен снижением образования ГПЛ и нормализацией скорости их превращения в МДА.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОТОРНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА У ДЕТЕЙ, ДЕПРИВИРОВАННЫХ ПО СЛУХУ

Ендолов В.В., Алексанян О.В.

Рязанский государственный педагогический университет им. С.А. Есенина, кафедра анатомии, физиологии и гигиены

Возникновение и развитие функциональной асимметрии мозга в процессе филогенеза человека следует рассматривать как одно из важнейших направлений нейрофизиологической адаптации к разно-