

левого желудочка ($KCP_{ЛЖ}$, см), конечный диастолический размер левого желудочка ($KDP_{ЛЖ}$, см), индексы сферичности левого предсердия в диастолу ($ИС_{ЛП}$, ед.) и левого желудочка в диастолу ($ИС_{ЛЖ}$, ед.), относительная толщина стенок левого желудочка ($ОТС_{ЛЖ}$, ед.), масса миокарда левого желудочка ($ММ_{ЛЖ}$, г) и индекс массы миокарда левого желудочка ($ИММ_{ЛЖ}$, $г/м^2$). Выделялись следующие типы ремоделирования: концентрическое ремоделирование миокарда левого желудочка ($KP_{МЛЖ}$ – $ОТС_{ЛЖ}$ 0,42 ед. и более, и $ИММ_{ЛЖ}$ менее $115 г/м^2$ у мужчин); концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка ($KГ_{МЛЖ}$ – $ОТС_{ЛЖ}$ 0,42 ед. и более, и $ИММ_{ЛЖ}$ $115 г/м^2$ и более у мужчин); эксцентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка ($ЭГ_{МЛЖ}$ – $ОТС_{ЛЖ}$ менее 0,45 ед. и $ИММ_{ЛЖ}$ $115 г/м^2$ и более у мужчин). [3,4]

Полученные результаты. По типу ремоделирования миокарда левого желудочка были выявлены следующие различия между группами:

В первой группе, у мужчин с нормальным уровнем тестостерона, преобладал нормальный тип геометрии ЛЖ - 37% (14 человек), и концентрическая гипертрофия левого желудочка 24% (9 человек), эксцентрическая гипертрофия ЛЖ встречалась у 16% (6 человек), концентрическое ремоделирование ЛЖ у 21% (8 человек).

В свою очередь в группе с пониженным уровнем тестостерона у 50% мужчин (6 человек) наблюдалась концентрическая гипертрофия ЛЖ, а у 25% (3 человека) эксцентрическая гипертрофия ЛЖ, в то время как концентрическое ремоделирование ЛЖ и нормальный тип геометрии наблюдались у 16,6% (2 человек), и 8,3% (1 человек) соответственно. (Рисунок №1)

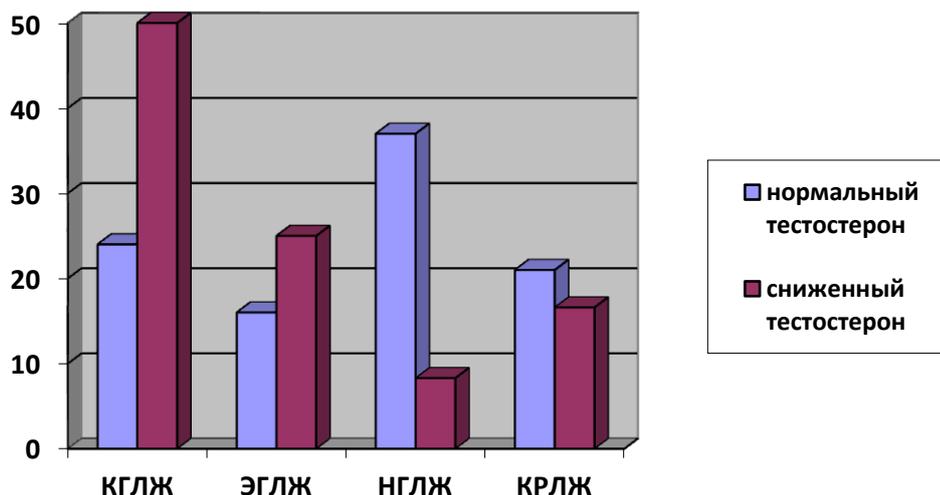


Рис. 1

Вывод. Таким образом, при прогрессирующем снижении уровня тестостерона, уменьшается количество пациентов с нормальной геометрией левого желудочка и увеличивается число концентрической и эксцентрической гипертрофии левого желудочка и как следствие увеличивается риск развития сердечно - сосудистых заболеваний.

Литература

1. Rosmond R, Wallerius S, Wanger P et al. // A 5-year follow-up study of disease incidence in men with an abnormal hormone pattern // j intl med 2003. № 254 (4). - 386–90.
2. Shores MM, Matsumoto AM, Sloan KL, Kivlahan DR // Low serum testosterone and mortality in male veterans // Arch Intern Med 2006. №166 - 1660-5
3. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) // Сердечная Недостаточность. – 2013. №81(7). – С. 379-472.
4. Lang RM, Bierig M, Devereux RB, Flachskampf FA, Foster E, Pellikka PA, et al. // Recommendations for chamber quantification // Eur J Echocardiogr. - 2006. № 7. - 79–108.

References

1. Rosmond R, Wallerius S, Wanger P et al. // A 5-year follow-up study of disease incidence in men with an abnormal hormone pattern // j intl med 2003. № 254 (4). - 386–90.
2. Shores MM, Matsumoto AM, Sloan KL, Kivlahan DR // Low serum testosterone and mortality in male veterans // Arch Intern Med 2006. №166:1660-5
3. National guidelines Society for heart failure, the Russian Society of Cardiology and the Russian Scientific Medical Society of physicians for the diagnosis and treatment of chronic heart failure (fourth revision) // heart failure. - 2013. №81 (7). - S. 379-472., National guidelines Society for heart failure, the Russian Society of Cardiology and the Russian Scientific Medical Society of physicians for the diagnosis and treatment of chronic heart failure (fourth revision) // heart failure. - 2013. №81 (7). - S. 379-472.
4. Lang RM, Bierig M, Devereux RB, Flachskampf FA, Foster E, Pellikka PA, et al. // Recommendations for chamber quantification // Eur J Echocardiogr. - 2006. № 7. - 79–108.

Чердниченко Н.Л.¹, Магомедова Р.Р.², Шанхоева Д.Р.³

¹Кандидат медицинских наук, доцент; ^{2,3}студент,

Ставропольский государственный медицинский университет

НАШ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ РЕФРАКЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Аннотация

В статье рассмотрено применение цветоимпульсной терапии в комплексном лечении у детей и подростков с рефракционными нарушениями. Результаты исследования позволили утверждать, что эффективность цветоимпульсной терапии в лечении рефракционных нарушений не составляет сомнения

Ключевые слова: терапия, рефракционные нарушения, цветоимпульсная.

Cherednichenko N.L.¹, Magomedova R.R.², Shanhoeva D.R.³

¹MD, associate professor; ^{2,3} student,

Stavropol State Medical University

The article discusses the use of color-pulse therapy in complex treatment of children and adolescents with refractive disorders. The research results allowed to state that the efficiency of color-pulse therapy in the treatment of refractive disorders is not doubt

Keywords : refractive disorders, color - pulse therapy.

Рефракционные нарушения - состояния клинической рефракции, которые приводят к снижению остроты зрения, астинопии, диплопии, изменениям функции бинокулярного зрения. Близорукость является преобладающей патологией рефракции и встречается более чем у 50 %, приводящая к зрительным расстройствам у детей и подростков (1). Гиперметропия составляет не менее чем 30 % от всей рефракционной патологии у детей (2). Особенности строения оптической системы при гиперметропической рефракции требуют постоянного и максимального тонуса цилиарной мышцы. Астигматизм встречается редко в 3,2-3,6% (4). Рефракционные нарушения являются социально значимыми (5). Лечение светом, в том числе его цветами и оттенками, - один из древнейших методов немедикаментозного воздействия, которое сейчас переживает период возрождения. Человек воспринимает видимую часть цветового спектра и получает 80% информации об окружающем мире через орган зрения. Цвет определенным образом влияет на внутреннее состояние человека, в том числе на зрение. Правильно задействовать канал входа информации, поставив нужные цветовые фильтры перед глазом, значит улучшить функцию зрительного анализатора (3).

Цель: оценить эффективность цветоимпульсной терапии, в комплексном лечении рефракционных нарушений у детей и подростков.

Материалы и методы. На базе клиники микрохирургии глаза СтГМУ, нами было обследовано 29 детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет (58 глаз). В первую группу вошли пациенты в возрасте от 7 до 10 лет-8 человек, во вторую - от 11 до 14 лет-12 человек, в третью - от 15 до 18 лет - 9 человек. Мальчиков – 14, девочек – 15 человек. Из них с миопией – 16, с гиперметропией – 6, с астигматизмом – 7 человек.

Пациенты предъявляли жалобы на зрительную усталость, боль, тяжесть в глазах при зрительной нагрузке, снижение зрения.

Всем пациентам выполняли следующие офтальмологические исследования: визиометрию, рефрактометрию, скиаскопию, оценку резервов аккомодации и запасов относительной аккомодации, пневмотонометрию, определение бинокулярного зрения, биомикроскопию, офтальмоскопию до и после лечения.

Критерием оценки эффективности служили данные визиометрии (по таблицам Сивцева–Головина), резервы аккомодации (РА) и запасы относительной аккомодации (ЗОА).

Для лечения применяли комплексную терапию, включающую аккомодационные тренировки по Аветисову- Мац, по Дашевскому, динамическую электронейростимуляцию и цветоимпульсную терапию с помощью аппарата ViDENS (производства Корпорации «ДНАС МС»).

Аппарат позволяет проводить воздействие с учетом возрастных особенностей биоритмов и обеспечивает индивидуальный подход к лечению у пациентов разных возрастных групп. Курс лечения включает в себя 10 сеансов, время процедуры – 8 минут, в режиме – «зрение», способствующее быстрому устранению признаков зрительного утомления, восстановлению функциональных резервов органа зрения и предохраняющее глаз от перенапряжения при интенсивной зрительной нагрузке.

Результаты. Полученные данные представлены в таблицах 1,2,3. Как показали наши исследования, применение цветоимпульсной терапии эффективно в комплексном лечении любых рефракционных нарушений.

Таблица 1 – Изменения остроты зрения, запасов и резервов относительной аккомодации до и после лечения у детей и подростков с миопией

Возрастные группы	Острота зрения		РА		ЗОА	
	до	после	до	после	До	После
7-10лет	0,95	1,0	(-)1,5	(-)8,5	(-)1,0 (+)2,0	(-)3,0 (+)2,0
11-14 лет	0,45	0,48	(-)4,9	(-)6,4	(-)3,0 (+)3,1	(-)4,6 (+)3,5
15-18 лет	0,24	0,24	(-)5,4	(-)8,3	(-)4,0 (+)2,25	(-)7,5 (+)3,25
Среднее значение	0,54	0,57	(-)3,9	(-)7,7	(-)2,6 (+)2,45	(-)5,0 (+)2,9

В результате лечения пациентов с миопической рефракцией отмечено повышение остроты зрения до 1,0, повысились также резервы аккомодации в 5,7 раза и положительная часть запасов относительной аккомодации в 3 раза в возрастной группе от 7 до 10 лет. Отрицательная часть ЗОА осталась без динамики. Отмечается улучшение качественных показателей аккомодации также и в других возрастных группах, но в меньшей степени.

Таблица 2 – Изменения остроты зрения, запасов и резервов относительной аккомодации до и после лечения у детей и подростков с гиперметропией.

Возрастные группы	Острота зрения		РА		ЗОА	
	до	после	до	после	до	После
7-10 лет	0,9	0,96	(-)2,25	(-)5,75	(-)2,5 (+)1,75	(-)6,5 (+)2,25
11-14 лет	1,0	1,0	(-)6,5	(-)7,5	(-)3,0 (+)1,0	(-)5,0 (+)3,0
15-18 лет	1,0	1,0	(-)10	(-)10	(-)4,0 (+)2,0	(-)5,0 (+)3,0
Сред.знач.	0,96	0,98	(-)6,25	(-)7,75	(-)3,1 (+)1,5	(-)5,5 (+)2,75

В результате лечения пациентов с гиперметропической рефракцией отмечено повышение остроты зрения во всех возрастных группах. Отмечается улучшение качественных показателей аккомодации также во всех возрастных группах, но в большей степени в возрастной группе от 7 до 10 лет РА и ЗОА повысились в 2,6 раза.

Таблица 3 – Изменения остроты зрения, запасов и резервов относительной аккомодации до и после лечения у детей и подростков с астигматизмом.

Возрастные группы	Острота зрения		РА		ЗОА	
	до	после	до	после	до	После
7-10 лет	0,86	0,95	(-)1,33	(-)5,2	(-)2,6 (+)1,6	(-)5,0 (+)2,3
11-14 лет	0,94	0,99	(-)4,75	(-)5,25	(-)1,5 (+)2,0	(-)2,5 (+)2,5
15-18 лет	0,35	0,35	(-)4,0	(-)8,5	(-)1,0 (+)2,0	(-)5,0 (+)3,0
Среднее значение	0,7	0,76	(-)3,4	(-)6,3	(-)1,7 (+)1,9	(-)4,2 (+)2,6

В результате лечения пациентов с астигматизмом отмечено повышение остроты зрения в возрастных группах младшего и среднего школьного возраста. В группе старшего школьного возраста острота зрения осталась без изменений. Отмечается улучшение качественных показателей аккомодации также во всех возрастных группах, но в большей степени в возрастной группе от 7 до 10 лет РА повысились в 3,9 раза. Положительная часть ЗОА повысилась в 5 раз в возрастной группе от 15 до 18 лет, отрицательная часть ЗОА повысилась во всех возрастных группах.

Сравнительная динамика показателей остроты зрения выявила, что из всех рефракционных нарушений гиперметропия лучше поддается лечению, чем миопия и астигматизм.

После проведенного анализа полученных данных эффективность цветоимпульсной терапии в лечении рефракционных нарушений не составляет сомнения. Повышение запасов относительной аккомодации выявлено во всех рефракционных группах, не зависимо от возраста пациентов. Пациенты всех рефракционных групп отмечают уменьшение астенопических жалоб и повышение остроты зрения.

Таким образом, применение цветоимпульсной терапии позволило повысить эффективность лечения и может использоваться в комплексном лечении рефракционных нарушений у детей и подростков в амбулаторных условиях.

Литература:

1. Аветисов Э.С. Близорукость.- М.: Медицина , 2002- 288 с.
2. Кашченко Т.П.,Аветисов Э.С. Зрительные функции у детей.-М. :Геотар Мед.Геотар Мед, 2006.
3. Митрофанова А.// корпорация ДЭНАС МС.
4. Пильман Н.И. Практические вопросы детской офтальмологии.- Киев, 1967-211 с.
5. Шапавалов С.Л., Корнюшина Т.А. Аккомодационная способность глаза// Зрительные функции и их коррекции у детей – М.- «Медицина»-2005- с.93-119.

References

1. Avetisov Je.S. Blizorukost'.- М.: Medicina , 2002- 288 s.
2. Kashhenko T.P.,Avetisov Je.S. Zritel'nye funkicii u detej.-М. :Geotar Med.Geotar Med, 2006.
3. Mitrofanova A.// korporacija DJeNAS MS.
4. Pil'man N.I. Prakticheskie voprosy detskoj oftal'mologii.- Kiev, 1967-211 s.
5. Shapavalov S.L., Kornjushina T.A. Akkomodacionnaja sposobnost' glaza// Zritel'nye funkicii i ih korrekcii u detej –M.- «Medicina»-2005- s.93-119.

Шовдра С.В.

Аспирант

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, Россия.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕНСОДЕРЖАЩЕГО ПРЕПАРАТА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Аннотация

Обследовано 28 детей с хроническим гастродуоденитом и 18 здоровых в возрасте 7-15 лет. Пациенты были разделены на 2 группы по 14 в каждой. 1 группа получала базисную терапию, включающую диету, антихеликобактерные препараты, антациды, седативные. Больные 2 группы наряду с традиционной терапией принимали препарат селена внутрь в дозе 45 мкг 3 раза в день в течение 1,5-2 месяцев. Сравнение эффективности терапии показало, что сочетанное лечение, дополненное селеном, имеет положительную динамику, так как продолжительность болевого синдрома уменьшилась на 3,4 дня, а диспепсического синдрома на 2,3 дня. Применение селена способствовало нормализации исходно сниженных показателей глутатиона.

Ключевые слова: селен, глутатион, гастрит, дети.

Shovdra S.V.

Postgraduate student

Volgograd State Medical University, Russia.

EXPERIENCE OF PREPARATION SELENIUM IN PEDIATRIC PRACTICE

Abstract

The study involved 28 children with chronic gastroduodenitis and 18 healthy aged 7-15. Patients were divided into 2 groups of 14 each. One group received basic therapy includes diet, H. pylori drugs, antacids, sedatives. Patients 2 groups together with traditional drug therapy took selenium orally at a dose of 45 mg three times a day for 1.5-2 months. Comparison of efficacy showed that the combined treatment, supplemented with selenium, has a positive trend, as the duration of pain decreased by 3.4 days and dyspeptic syndrome at 2.3 days. The use of selenium contributed to the normalization of indicators initially reduced glutathione level.

Keywords: selenium, glutathione, gastritis, children.