

жительное отношение к своему здоровью, позднее обращение за медицинской помощью, рост алкоголизации, безработицы, отсутствие материальных возможностей для оплаты необходимого курса лечения, несовершенство медицинской помощи. Эти факторы связаны с уровнем развития здравоохранения и социальной помощью.

Поэтому рост сочетанной хронической патологии у людей пожилого и старческого возраста связан не только с анатомо-физиологическим старением, но и с качеством жизни. Необходимая пропаганда здорового образа жизни, рационального питания, физической активности, проводится, но она не эффективна для малообеспеченных групп населения.

АКУПУНКТУРА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС

Елифанцев А.В.

Областная детская больница
Ростов-на-Дону, Россия

В последние годы наблюдается четкая тенденция увеличения детской инвалидности, развивающейся в результате формирования антениатального и перинатального поражения плода. Такая патология характеризуется нервно-мышечной недостаточностью, вегетативными сдвигами, задержкой развития, сформированными за счет органических деструкций в различных отделах ЦНС.

Иглорефлексотерапия обязательно входит в комплексное лечение этой патологии, включающее фармакологическое воздействие, электролечение, массаж, пассивную гимнастику для детей первого года жизни. БАТ раздражались традиционными методами (возбуждающим и тормозным) в соответствии с возрастными нормативами. За 10 месяцев проводилось 2-3 курса лечения.

Сеансы акупунктуры получали 274 ребенка, в возрасте от 2-х до 12-и месяцев. Эффективность проводимой рефлексотерапии оценивали по критериям двигательных изменений: снижение тонуса мышц, появлению возможности самостоятельно удерживать голову, ползать, сознательно удерживать предметы в руке, сидеть. Для сравнения под наблюдением находилась группа малышей в количестве двадцати с идентичными диагнозами, которым проводили тот же комплекс реабилитационных мероприятий, но без рефлексотерапии.

Анализ результатов лечения свидетельствует, что положительные сдвиги по выше названным критериям наблюдаются у 68% детей, получавших ИРТ. У контрольной группы детей процент успеха после первого курса лечения был у 10 детей, т.е. 50%. Последующие курсы в течение первого года дополнительно увеличивало количество улучшений на 10%. У 60 детей (22 %) из-

менений в состоянии практически не было ни после первого, ни последующих курсов лечений. В последствие эти дети получали инвалидность.

Таким образом, ИРТ позволяет существенно улучшить результаты лечения перинатальных поражений у детей первого года жизни.

ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ШКОЛЬНОЙ БЛИЗОРУКОСТИ

Ермолаев В.Г., Тегза В.Ю., Алексеев В.Н.,

Ермолаев А.В.

Астраханская государственная медицинская академия
Астрахань, Россия

Основной причиной снижения зрительных функций у школьников является близорукость. Различают близорукость как аномалию рефракции и как болезнь. Наиболее часто встречается школьная, приспособительная, физиологическая близорукость, которая не приводит к инвалидности. В свою очередь высокая осложненная близорукость занимает одно из ведущих мест в структуре инвалидности по зрению.

В настоящее время существенно возросла зрительная нагрузка за счет увеличения школьных программ, особенно в образовательных учреждениях нового типа (гимназии, лицеи, колледжи), что приводит к высокой зрительной и эмоциональной нагрузке. Хорошо известно, что стрессовая ситуация является одной из основных причин развития многих заболеваний и органа зрения в частности. Широкое распространение близорукости среди школьников можно объяснить тем, что с физиологических позиций учебный процесс есть не что иное, как разновидность умственного зрительно-напряженного труда. В связи с этим школьную близорукость можно рассматривать как разновидность профессиональной.

По данным проводимого в г. Астрахани исследования было выявлено, что миопия среди детей дошкольного возраста составляет около 5%. В течение десяти лет обучения в общеобразовательном учреждении происходит постепенное увеличение распространенности близорукости с 4,1-8,6% в первых классах до 46-52% в одиннадцатых. Общая распространенность близорукости среди учащихся современных общеобразовательных учреждений высокая и находится в пределах 25-30%. Среди девочек близорукость встречается чаще (30-32%), чем среди мальчиков (22-26%). Это заключается в социально-психологических особенностях, проявляющихся в большей старательности, лучшей успеваемости, все большей вовлеченностью в общественную деятельность.

Структура миопии среди учащихся современного общеобразовательного учреждения при-

мерно следующая: большая часть ее представлена близорукостью слабой степени (75-79%), доля близорукости средней степени составляет 15-19%, миопия высокой степени 5-6%.

Ежегодный прирост количества детей с близорукостью составляет в среднем 5%. Периодами наибольшего прогрессирования близорукости оказались первый и третий годы обучения в школе. Поэтому в комплексе массовых профилактических мероприятий особое внимание следует уделять учащимся младших и средних классов, а также дошкольникам.

Неблагоприятные признаки возникновения и прогрессирования близорукости – наследственная отягощенность и низкие резервы аккомодации. Большое значение в комплексе профилактических мероприятий имеют диагностика и коррекция неблагоприятных педагогических, психологических и соматических факторов.

Педагогические факторы оцениваются по двум характеристикам: успеваемости учащихся и степени трудозатрат. Детей с близорукостью отличает относительно высокая успеваемость. Нередко пересиливая себя, они ориентируются больше не на степень сложности поставленных задач, а на конечный результат, который должен быть достигнут любой ценой. Особенности детей с близорукостью являются не только педагогическими, но и психологическими. Коррекция отношения педагогов и родителей к успеваемости детей с прогрессирующей близорукостью является обязательной и первоочередной профилактической задачей.

Психологические особенности детей с близорукостью средней и высокой степеней могут быть не только первичными, но и вторичными, обусловленными длительным и существенным снижением остроты зрения, необходимостью постоянной коррекции.

Необходима диагностика психологических особенностей у детей младшего возраста, что облегчается наличием в современных школах психологов. Выделение групп детей с типичными «миопическими» характеристиками для целенаправленных психокоррекционных мероприятий является первоочередной мерой профилактики возникновения и прогрессирования школьной близорукости.

Отрицательное влияние могут оказывать и дошкольные факторы. В частности, большинство родителей самостоятельно начинают подготовку своего ребенка к школе задолго до 6 и 7-летнего возраста. Начиная родителями самостоятельная подготовка ребенка к поступлению в школу может представлять опасность как для здоровья детей, так и для закрепления неправильныхученических навыков. Ускорению рефрактогенеза может способствовать не столько ранний срок начала обучения ребенка чтению и письму, сколько отсутствие у него желания начать такую подготовку. Кроме того, нарушение гигиениче-

ских норм организации рабочего места дошкольника в домашних условиях выражено сильнее, чем в школе.

Неблагоприятные соматические факторы также влияют на развитие и прогрессирование близорукости. Среди таких детей часто встречаются болезни желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, вегето-сосудистая дистония и гидроцефальный синдром.

Таким образом, целенаправленная коррекция ведущих неблагоприятных факторов возникновения и прогрессирования школьной близорукости осуществляется силами разных специалистов: педагогов, педиатра, психолога, невропатолога, офтальмолога, родителей, что в наибольшей мере отвечает принципу целостности человеческого организма.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Кудряшева И.А., Галимзянов Х.М.,
Полунина О.С., Шелепова Т.Н.

*Астраханская государственная медицинская
академия
Астрахань, Россия*

Вопрос о роли железосодержащих белков в патогенезе бронхолегочной патологии до настоящего времени изучен не полностью. Железосодержащий белок трансферрин (ТФ) взаимодействуя с другими факторами иммунитета, определяет характер острофазовых и иммунологических реакций и опосредованно участвует в поддержании неспецифической резистентности организма. Выраженность патологического процесса в легочной ткани также способна изменять интенсивность и характер выработки белка в силу их взаимосвязанности и взаимообусловленности. Эти, в основном априорные, положения о значении железосодержащего белка ТФ при внебольничной пневмонии (ВП) еще нуждаются в тщательной обработке. Сложность проблем ВП у пожилых пациентов затрагивает аспекты прогнозирования течения и выбора наиболее рациональной терапии. Традиционные методы не всегда могут обеспечить раннее прогнозирование течения острого воспаления в легких и егосложнений у лиц старших возрастных групп. Поэтому, поиск новых диагностических возможностей при ВП у пожилых пациентов, имеет важное научное и практическое значение.

Целью нашего исследования являлось оценка клинико-диагностической значимости определения уровней ТФ в сыворотке крови при ВП у лиц пожилого возраста в различные периоды легочного воспаления. Обследовано 126 пациентов с ВП средней степени тяжести.

Анализ показателей содержания сывороточного ТФ у больных с ВП в зависимости от их