

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

VII МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
“Современные аспекты реабилитации в медицине”

ФИТОПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Абдуллаев А.Х., Нурмухамедов А.И., Каримов М.М., Турсунбаев А.К., Шукуров Э.М.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель – изучить эффективность фитотерапии в сочетании с заместительной гормонотерапией (ЗГТ) в лечении и реабилитации заболеваний внутренних органов у женщин старших возрастных групп с климактерическим синдромом (КС).

Методы исследования. Наблюдали женщин (58-68 лет) с КС в сочетании с гепатобилиарной патологией и дисурическими расстройствами, нуждавшихся в длительной ЗГТ (климонорм или фемостон). 1 группа (36 больных) – ЗГТ + Гепакелп (HealtNHelpers) по 1 капсуле 3 раза в день. 2 группа (30 больных) – ЗГТ + ЦистоХелп (HealtNHelpers) по 1 капсуле 3 раза в день. Пациентки 3 и 4 групп (по 22 пациента) – только ЗГТ. До и после лечения (6-20 мес.) проводили необходимые исследования.

Результаты. Гепакелп (экстракты девясила, аира болотного, солодки, цикория, ревеня, кукурузных рыльцев, горца, бессмертника и тысячелистника) оказывает желчегонное, спазмолитическое, противовоспалительное, антисептическое, гипохолестерин- и гипобилирубинемическое действие, что благоприятно влияет на обмен веществ функцию печени, защищая от повреждающих факторов. У пациенток, получавших ЗГТ и ЦистоХелп (экстракты почечного чая, березы, брусники, карликовой пальмы, петрушки, элеутерококка), оказывающий бактерицидное, противовоспалительное, спазмолитическое, мочегонное действие и уменьшающий риск образования камней, позитивные изменения отмечены на более ранних этапах (в первые 2 месяца) - уменьшение дисурических жалоб, отсутствие болей при половом контакте. Оба препарата переносились хорошо и приводили к более раннему положительному эффекту как клинических, так и лабораторно-инструментальных показателей и улучшению качества жизни. Фитопрепараты способствовали лучшей переносимости ЗГТ и значительно повышали её эффект.

Выводы. Включение в комплекс лечения женщин старших возрастных групп с КС Гепакелп и ЦистоХелп позволяет проводить более эффективное лечение и реабилитацию заболеваний гепатобилиарной и мочеполовой системы.

МЕХАНИЗМЫ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАКОПУНКТУРЫ

Агасаров Л.Г., Бобырь М.А., Кузьмина И.В., Мосолова Э.Г.
ФГБУ РНЦ «Медицинская реабилитация и курортология» МЗ России,
Академия медико-технических наук РФ, Москва

Фармакопунктура (синонимы – мезотерапия, биопунктура, гомеосиниатрия и др.) представляет собой результативный способ введения лекарственных средств в область точек рефлексотерапии. Метод включен в реестр знаний и умений рефлексотерапевта; по данной проблеме издан ряд монографий, разработана и внедрена программа обучения врачей, защищено более двух десятков диссертаций. Однако механизмы фармакопунктуры раскрыты далеко не полностью. Здесь, во-первых, выделяют роль пролонгированной стимуляции точек – за счет изменения их объемных характеристик. Во-вторых, подчеркивают терапевтическое значение формируемых депо препарата. И, основное, предполагается гипотетическое включение тонких механизмов взаимодействия точки и препарата. При этом обычно указывается на терапевтическое превосходство гомеопатических средств над «классическими» медикаментами. В исследованиях этот факт нашел подтверждение на модели дорсопатии - как одной из непреходящих медико-социальных проблем. Подобным примером является диссертационная работа Н.Е.Путилиной, выполненная в 2001 году.

Под наблюдением находилось 110 больных с рефлекторными и радикулярными проявлениями дорсопатии на поясничном уровне. Больным двух основных групп, наряду с базовой терапией, назначали гомеопатический препарат Дискус композитум (Хеель, Германия). Методически в 1-ой группе медикамент вводили внутримышечно, во 2-ой - путем фармакопунктуры. Сопоставление динамики клинических проявлений подтвердило преимущество фармакопунктуры. В частности, улучшение наблюдалось здесь в 80% наблюдений, достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем в сравниваемой группе. Кроме того, при радикулярных синдромах положительные изменения в двигательной и чувствительной сфере были значимы только в случае фармакопунктуры. Число внутримышечных инъекций препарата, обеспечивающих стабильный эффект, составило при рефлекторных синдромах 5,7, при радикулярных – 7,8. В случае фармакопунктуры для достижения сходного результата требовалось 3,8 и 6,2 процедур соответственно. Клинические сдвиги были верифицированы оценкой соматосенсорных вызванных потенциалов. Аналогичные положительные результаты наблюдали при дорсопатиях с ведущим вазовегетативным компонентом (исследование А.В.Болдина, 2005 год). В этой работе фармакопунктура гомеопатическим препаратом Плацента композитум (Хеель, Германия), в отличие от его внутримышечных инъекций, обеспечивала дополнительное сосудистое влияние. Однако, учитывая единичные

сведения об эффективности фармакопунктуры «классическими» медикаментами, в 2006 году О.А.Тихая выполнила работу с применением хондропротектора алфлутоп.

Под наблюдением находилось 90 больных с дорсопатией на пояснично-крестцовом уровне, при доминировании вазоспастического компонента. Обследуемые были разделены на 3 группы. Помимо базовой терапии, в двух первых группах алфлутоп вводили внутримышечно: в 1-ой группе самостоятельно, во 2-ой – на фоне классического иглоукалывания. В 3-ей группе выполняли фармакопунктуру этим медикаментом. Таким образом, две последние группы объединяло применение методик традиционной медицины.

В результате данного традиционного лечения отмечены сопоставимые положительные эффекты, превосходящие показатели 1-й группы. Так, если в этой группе улучшение было отмечено всего у 50% больных, то в двух других - у 70%. Клинические характеристики были подтверждены результатами термо - и доплерографии. При этом в 1-ой группе устойчивый эффект наблюдался в среднем после 6,1 инъекций препарата в случае рефлекторных синдромов и 7,5 – радикулопатий. Сроки наступления подобного эффекта в ответ фармакопунктуру составили в среднем 4,5 и 6,8 процедур соответственно. Иначе говоря, фармакопунктура алфлутопом превосходила по результативности внутримышечное введение данного препарата, однако уступала (недостаточно) эффектам, наблюдаемым при использовании гомеопатических средств. В развитие этого, в 2012 году С.К.Макиной выполнена работа, посвященная дополнению фармакопунктуры алфлутопом методом биорезонансной терапии (БРТ).

Под наблюдением находилось 110 лиц с дорсопатией на пояснично-крестцовом уровне, при доминировании мышечного компонента процесса. Больные были распределены на четыре группы - три основные и одну сравнения. Дополнительно к базовой терапии, в 1-ой группе применяли биорезонансную терапию, во 2-ой - введение алфлутопа в триггерные точки. В 3-ей группе использовали комплекс из БРТ и фармакопунктуры алфлутопом. В группе сравнения воздействие ограничивалось базовой терапией. В результате установлено достоверное ($p < 0,05$) превосходство комплекса, объединяющего БРТ и фармакопунктуру, над другими группами. В частности, общая результативность в данной, 3-ей группе составила 80% наблюдений - против 55-66% в других группах. В клиническом плане внимание уделяли индексу мышечного синдрома, который претерпевал отчетливые изменения именно в 3-ей группе, в ответ на комплексное воздействие. Улучшение качества жизни достигало явных сдвигов (с 31,5 до 8,5 баллов, $p < 0,05$) также в случае сочетанного воздействия.

Таким образом, в результате исследований подтверждена результативность применения при дорсопатиях фармакопунктуры гомеопатическими препаратами или комплекса, объединяющего введение в точки «классического» медикамента и определенный аппаратный метод.

К ВОПРОСУ ОБ ЭСТЕТИЧЕСКОМ ОМОЛОЖЕНИИ КОЖИ
ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОГО
ВОЗДЕЙСТВИЯ И ПРЕПАРАТА «АЛАСЕНС» В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Аджиева З.А., Геворкян А.А., Щукина А.В., Рябова Е.В.,
Кузьмин С.Г., Калиниченко В.Н., Лощенов В.Б.*

Институт Красоты на Арбате, Институт общей физики им. А.М. Прохорова РАН,
ФГУП «ГНЦ «НИОПИК», г. Москва, Россия.

В настоящее время во многих странах проводятся клинико-экспериментальные исследования, направленные на эстетическое омоложение кожи лица с использованием различных физико-химических методов воздействия в комплексе ряда препаратов синтетического и природного происхождения.

Методика фотодинамического омоложения (ФДО) кожи с нанесением 5-аминолевулиновой кислоты (5-АЛК) на все лицо привлекает внимание многих специалистов в области эстетической медицины благодаря безопасности, эффективности и безболезненности, а также отсутствию серьезных побочных эффектов.

Используя аппликационное нанесение 5-АЛК мы стимулируем образование в тканях протопорфирина IX (ППИХ) в области нанесения, являющегося эффективным фотосенсибилизатором. При достижении существенной концентрации ППИХ в слоях эпидермиса можно приступить к проведению сеанса ФДО: при облучении светом возникает ответная фотохимическая реакция. Имеется предположение относительно того, что ключевую роль в ФДО играет активация синтеза коллагена, ускорение митотической активности клеток эпидермиса. В данной работе представлены результаты по распределению индуцированного ППИХ при аппликации мазей, содержащих 10% 5-АЛК (Аласенс®, ФГУП «ГНЦ «НИОПИК»), на кожу экспериментальных живых мышей. Использовали гели следующих составов: гель №1: вода 88.6%, ДМСО 5%, пропиленгликоль 5%, ГЭЦ 1.4%; гель №2: вода 88.6%, ДМСО 10%, ГЭЦ 1.4%; гель №3: вода 78.6%, ДМСО 20%, ГЭЦ 1.4%. Флуоресцентные исследования проводили на лазерном электронном спектроанализаторе ЛЭСА-01-Биоспек при возбуждении лазером 532 нм.

Спектры флуоресценции регистрировали в диапазоне 540-740 нм спустя разные промежутки времени после нанесения гелей. Кроме того, проводили анализ флуоресцентных изображений срезов кожи на лазерном конфокальном сканирующем микроскопе LSM-710-NLO (Carl Zeiss, Jena, Germany). Анализ экспериментальных данных по синтезу 5-АЛК индуцированного ППИХ показал, что среди исследуемых гелей наибольшей скоростью накопления ППИХ в слоях эпидермиса обладает гель №1, содержащий 5% ДМСО и 5% пропиленгликоля. Аппликация 10% 5-АЛК в составе этого геля дает накопление ППИХ в количестве 1 мг/кг менее чем через 2 часа после нанесения, что дает возможность проведения сеанса ФДО.

Таким образом, проведенные экспериментальные исследования позволяют заключить о возможности использования фотодинамического воздействия на кожу в комплексе с препаратом «Аласенс» с целью эстетического омоложения кожных покровов.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРСТИМУЛЯЦИИ
ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ МИОПИИ**

Азнаурян И.Э., Хасиева Г.Г., Корчажкина Н.Б.

Клиническое объединение «Ясный взор», г. Москва, г. Калининград, Россия

Одним из актуальных вопросов офтальмологического направления восстановительной медицины является разработка корригирующих методик у пациентов с миопией, которая является важным признаком дезадаптации зрительной системы, приводящей к развитию функциональных расстройств и к выраженному снижению зрительных функций, к психологическим и социальным проблемам как в повседневной жизни, так и в профессиональной сфере. В настоящее время общепризнана гипотеза о важной роли ослабленной аккомодации в развитии миопии, в связи с чем разработаны специальные методы по стимуляции аккомодационного аппарата глаза с использованием различных физических факторов воздействия.

Среди современных методов стимуляции цилиарной мышцы глаза при лечении миопии применение лазера считается весьма эффективным и безопасным, не оказывающим вредного воздействия на ткани глазного яблока. Проведены исследования по разработке и оценке эффективности комплексного метода по восстановлению зрительных функций у пациентов с миопией с использованием низкоинтенсивного лазера (НЛ) в сочетании с физической тренировкой аккомодации при помощи аккомодационной линейки "Ручеек". Мощность излучения на уровне склеры - 2 мВт. с мощностью (НЛ) на уровне цилиарного тела до 10 Вт/см. Курс лазерстимуляции из 10 ежедневных сеансов по 5 минут. Дана объективная оценка метода коррекции зрительных нарушений у детей с миопией на фоне разработанного комплекса и целесообразность его включения в сочетании с физической тренировкой аккомодации в практику восстановительной терапии.

Установлено, что облучение (НЛ) области цилиарного тела органа зрения детей в сочетании с физической тренировкой с использованием аккомодационной линейки "Ручеек" способствует стойкой коррекции нарушенной функциональной активности органа зрения у детей. Определены показания и разработан безопасный и нетравматичный способ коррекции миопии средней степени выраженности у детей. При этом установлено повышение в несколько раз некорригированной остроты зрения с продлением периода ремиссии в 2 раза по сравнению с контрольной группой пациентов, получавшей традиционную терапию. Разработанная методика оценки остроты зрения у детей с применением комплексной восстановительной коррекции миопии способствует эффективному восстановлению функциональной активности органа зрения на фоне комплексной восстановительной терапии. Объективные исследования остроты зрения, абсолютной и относительной аккомодации, фузионной способности и тонких зрительных функций глаза на основе регистрации зрительных вызванных потенциалов позволили определить эффективность разработанной комплексной восстановительной терапии при миопии у детей. Применение лазерстимуляции в системе комплексного лечения детей с миопией позволяет улучшить процессы нейротрансмиссии в цилиарной мышце глаза и передачу нервных импульсов по зрительному нерву в кору головного мозга, восстанавливая процесс зрительного восприятия на уровне формирования зрительных образов в мозге, что способствует улучшению визометрического эффекта, сокращению сроков функциональной реабилитации пациентов и сохранению устойчивости полученных результатов в отдаленные сроки наблюдений.

ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СИАЛАДЕНИТАХ

Алексеева С.Р., Забалуева Э.Ю., Иванчук Е.И.

Первый МГМУ им.И.Сеченова, ФГБУ "Национальный НИИ общественного здоровья"
РАМН, Ставропольский государственный медицинский университет,
г.Москва, г.Ставрополь, Россия

Изучен ряд показателей иммунитета при воспалительных процессах околоушных желез – сиаладенитах с целью нормализации и коррекции подавленных функций иммунитета с использованием физических факторов. При проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с сиаладенитом большое внимание уделялось коррекции локальной резистентности ротовой полости, нарушенной при воспалительном процессе. В результате снижения иммунитета создаются условия для развития различного рода воспалительных осложнений, а также снижаются общие резервные и адаптивные механизмы организма.

Под наблюдением находились 20 больных с сиаладенитом в возрасте от 16 до 30 лет. По данным многих исследователей в результате воспалительного процесса отмечается резкое угнетение функций некоторых показателей местной реактивности организма, в частности, интерферона, лизоцима и нейтрофилов.

Изучена возможность иммунокоррекции при комплексной терапии сиаладенита с использованием УЗ-терапии и иммуномодулятора имудона. Воспаленные участки околоушных желез подвергали ультразвуковому воздействию с интенсивностью 0,2 Вт/см² контактным способом с использованием персикового масла, с экспозицией 5мин., №12. В работе использовали аппарат УЗТ-102 со специальной боковой излучающей насадкой. Как оказалось, УЗ-терапия и имудон, помимо антагонистической способности в отношении патогенной и условно-патогенной микрофлоры, обладают еще и противовоспалительной, интерферонсинтезирующей способностью и целым рядом других полезных свойств, которые вызывают всевозрастающий интерес у специалистов различного профиля, активно изучаются с целью купирования различных форм и проявлений воспалительных процессов. Было установлено улучшение ряда показателей местной реактивности организма у пациентов с сиаладенитом при комбинированном лечении с использованием УЗ-терапии и иммуномодулятора имудона. Так, показатели абсолютного содержания нейтрофилов в 1 мл. смешанной слюны у пациентов с сиаладенитом при комбинированном лечении оказались лучше, чем у тех пациентов, которые получали традиционную терапию (эффективность нормализации нейтрофилов была в 1,7 раза выше, чем в контроле). Выявлена также тенденция к нормализации общего пула Т- и В-лимфоцитов, иммуноглобулинов классов IgA, IgM и IgG. Изучение указанных показателей в динамике под влиянием комплексной терапии с использованием УЗ-терапии и имудона выявило более активную стимуляцию иммунитета, о чем свидетельствовали показатели, достигшие до значений физиологической нормы.

Таким образом, можно заключить, что комплексная терапия с использованием физических факторов способствует коррекции и нормализации ряда показателей иммунитета и реактивности организма, что оказывает положительное влияние при лечении больных с сиаладенитами. воспалительными заболеваниями слюнных желез.

Однако такая терапия может быть более эффективной при использовании в комплексе с другими методами лечения, и может претендовать как на метод выбора при восстановительной терапии заболеваний слюнных желез.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ТОТАЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
ПРИ ПОМОЩИ ИСКУССТВЕННОГО СФИНКТЕРА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ А-1

Алиев М.Г.-Б.
ГКУБ № 47, Москва, Россия

Тотальное недержание мочи представляет большую медико-социальную проблему, а врачи во многих урологических клиниках изыскивают всевозможные методы и подходы с целью оказания квалифицированной и направленной помощи больным, страдающим этим тяжелым недугом. Распространенность тотального недержания мочи у мужчин в настоящее время изучена недостаточно, хотя этот недуг является сложным с медицинской точки зрения и социально значимой проблемой современной урологии. Тенденция роста распространенности проблемы очевидна и чаще всего это осложнение приводит к операции на шейке мочевого пузыря и предстательной железе.

Лучшей моделью среди искусственных сфинктеров мочевого пузыря общепризнан сфинктер Скотта последнего поколения. В отечественной практике для лечения тотального недержания мочи нами впервые разработан и представлен к серийному производству сфинктер А-1, состоящий из гидравлического блока и манжеты–пинцета, соединенных изгибостойким проводником. Гидравлический блок помещается в мошонку, манжета–пинцет имплантируется в области бульбозного отдела уретры. Устройство упрощено в содержании и достаточно просто в эксплуатации. Гидроблок активируется простым нажатием двух фрагментов складного корпуса, пинцет–манжета герметично сдавливает уретру, при этом не «складывает» ее при сдавливании, создает эффективное пережатие при минимальном давлении 40–45 мм.вод.ст., а для дезактивации устройства достаточно нажатия кнопки сброса.

Активируется механизм через 4-5 недель после операции. При недостаточной эффективности компрессии используется «второй» шелчок сжатия корпуса гидроблока. Полное отключение механизма компрессии происходит при нажатии кнопки дезактивации, находящейся с боку корпуса гидроблока.

Таким образом, предложенное нами устройство А-1 имеет безусловные преимущества перед всеми имеющимися аналогами, что позволяет нам рекомендовать его для лечения и реабилитации больных со сфинктерной недостаточностью при тотальном недержании мочи у мужчин.

EFFICIENCY OF MEDICAL MAGGOTS APPLICATION FOR THE LOCAL
TREATMENT OF FULL THICKNESS BURNS IN CLINICAL PRACTICE

Harutyunyan B.N, Martirosyan E.V.

Scientific research institute of spa treatment and physical medicine,
Yerevan State Medical University aft M.Heratsi, Yerevan, Armenia

For the recent time the treatment of burn trauma was generally improved, especially the death rates were markedly decreased and the treatment of superficial burns is giving satisfying results. The treatment results for the full thickness burns, are still remaining less satisfying, there are higher rates of disability, hypertrophic scarring and need for long term rehabilitation for such patients. As is known rapid debridement of burn wound bed is one of the important steps for full thickness burn treatment.

In this article the effectiveness of medical maggots application for the treatment of local full thickness burns was studied. 80 patients with various etiology full thickness burns and less than 15% of TBSA were included in current study, the medium age of patients was 49 +/-15. Two study groups were defined, the control group received treatment with mechanical debridement and dressing of wounds, and in the study group beginning from the 7-10 days after burn medical maggots were used. For the evaluation of the wound bed condition during treatment various methods were used including wound assessment scale, cytology, and digital planimetry. One sample Students T test was used for the comparison of study groups.

According to our data the use of medical maggots was more effective for the rapid and selective debridement of the burn wound bed. Also the use medical maggots was accompanied with simulation of wound healing process, which was observed in clinical and cytological findings. The application of medical maggots was also effective for the rapid preparation of wound bed for the skin grafting, no rejection cases were observed in the study group, meanwhile 5 patients had skin grafts rejection in control group.

Conclusion: The use of medical maggot is effective for the debridement of the local full thickness burn wounds, and for the rapid preparation of wound bed for the skin grafting

“ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՀԱՍ ԱԶԳԱԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ
ՄՆԵՂԱՅԻՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑՆԵՐԻ” ՄՇԱԿՈՒՄ

Հարությունյան Բ.Ն., Պետրոսյան Վ.Ֆ

Կուրորտաբանության և ֆիզիկական բժշկության ԳՀԻ, Երևան, Հայաստան

Վերջին տարիներին ամբողջ աշխարհում մարդկության առողջության կանխարգելման և պահպանման գործում խիստ կարևորվում է սննդի դերը: Մննդի նշանակությունը հստակ սահմանագծվում է ինչպես ոչ ինֆեկցիոն քրոնիկ հիվանդությունների, այնպես էլ՝ մի շարք այլ սնունդ-կախյալ հիվանդությունների /երկաթ-պակասություն, սակավարյունություն, օստեոպորոզ և այլն/ էթիոպաթոգենեզում, կանխարգելման և բուժման մեջ:

Նշված հիվանդությունների կառավարման մեջ բազմաթիվ ուրիշ քաղաքականությունների հետ մեկտեղ խիստ կարևոր է ազգաբնակչությանը սննդի և հիվանդությունների մասին հավաստի, ճշգրիտ, պարզ և մատչելի տեղեկատվության և խորհրդների հաղորդումն ու համապատասխան ուսուցումը: Այս քայլը հատկապես կարևորվում է մեր ժամանակներում, երբ մեղիան հեղեղված է “մոդայիկ” սննդի մասին կասկածելի, հաճախ իրարամերժ, սխալ տեղեկատվությամբ, ինչն էլ շատ խրթին է դարձնում ինչպես առանձին հիվանդի հետ բժշկի աշխատանքը, այնպես էլ՝ հասարակական առողջապահության մեջ որևէ ներմուծություն անելը /օրինակ՝ մեր երկրում այլուրի հարստացման վերջին դեպքերը/:

Կուրորտաբանության և ֆիզիկական բժշկություն ԳՀԻ-ը ՀՀ ԱՆ և ԱՀԿ համագործակցության շրջանակներում կազմել է “Հայաստանի Հանրապետության Չափահաս Բնակչության Մննդային Ուղեցույց”։ Նախապատրաստական շրջանում ստուգվել է ՀՀ ազգաբնակչության փաստացի սնունդը, դրա սննդային կազմը՝ մակրո-, միկրոտարրերով, այդ սննդատարրերի հիմնական աղբյուր-սննդատեսակները, որոշվել է ՀՀ Ազգաբնակչության հիմնական հիվանդացությունների և սննդի կապը, վերլուծվել է սննդատեսակների հասանելիությունը, որոշվել է ՀՀ հասանելի և օգտագործվող ավանդական սննդատեսակների ցանկը: Այս բոլոր նախնական հետազոտությունների հիման վրա կազմվել է սննդային ուղեցույց՝ բուրգի տեսքով և ուղեկցող խորհուրդներ, որը հաստատվել է ՀՀ ԱՆ կողմից:

“НАРИНЕ-АРОХЧУТЮН” БАКТЕРИАЛЬНЫЙ КОНЦЕНТРАТ

Арутюнян Б.Н., Эминян Р.С., Мадоян Р., Майсуриян К.В., Григорян Э.Г., Мурадян Д.А.
НИИ курортологии и физической медицины, Ереван, Армения

Известно, что диагностика, профилактика и лечение дисбиоза кишечника является одной из актуальных проблем внутренней медицины, в частности гастроэнтерологии.

Нами получен новый продукт «Нарине-Арохчутюн», в котором использован сочетанное применение *Lactobacillus acidophilus* и *Lactobacillus rhamnosus*. Проведенные клинико-лабораторные исследования показали, что при этом повышается бактерицидная, и главное – противогрибковое действие. В 100 гр. концентрата содержание микроорганизмов доведено до 3×10^{11} . Указанных штаммы устойчивы по отношению к антибиотикам, активны в кислой среде до pH=2.0, стойко прикрепляются к кишечной стенке и проявляют свое активное действие. Клинические наблюдения показали, что предложенный нами концентрат «Нарине-Арохчутюн» заметно уменьшает проявления дисбиоза кишечника при различных заболеваниях, главным образом, при патологии органов пищеварения. По результатам бактериологического анализа кала после курсового приема данного концентрата содержание бифидум бактерий, лактобактерий, активной кишечной палочки определялось в пределах нормы, с заметным уменьшением содержания патогенной микрофлоры: стафилакокков, стрептококков, дрожжеподобных грибов, клостридий. Концентрат обладает антагонистической активностью в отношении широкого спектра патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, включая шигеллы, сальмонеллы, протей, грибки, оказывает корригирующее действие на нарушенный микробиоценоз, способствует восстановлению нормальной микрофлоры кишечника, стимулирует местные репаративные процессы и соответственно улучшается пищеварение, обменные процессы, иммунные механизмы защиты.

Биоконцентрат «Нарине-Арохчутюн» рекомендуется использовать в качестве лечебно-оздоровительного и профилактического средства при дисбиозе на фоне различных заболеваний, антибиотикотерапии, в случаях антихеликобактериальной терапии, диарее различной природы, антибиотик-ассоциированных, кишечных инфекциях, энтеропатиях, главным образом, при воспалительных заболеваниях кишечника, кожных заболеваниях, аллергиях, стоматитах, гингивитах, с целью повышения сопротивляемости организма в качестве иммуномодулятора, предотвращения побочного действия химио- и лучевой терапии. Принимать по 1-2 упаковки в 2-3 приема за 15-20 минут до еды в течение 20-25 дней. Срок хранения 17 дней при T+8°C.

НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПРИРОДНЫЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ,
КАК БАЗА РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕБНОГО ТУРИЗМА РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ

Арутюнян Б.Н., Эминян Р.С., Майсуриян К.В., Чичакян С.М., Езекян Н.А.
НИИ курортологии и физической медицины МЗ РА, Ереван, Армения

Проводимые нами комплексные исследования минеральных вод и режимные наблюдения выявили новые бальнеологические ценные воды с редкими для Армении свойствами. Выведенная из Ширакских песчаных отложений минеральная вода скважины Гарибджанян углекислая, $\text{CO}_{2\text{раств.}}$ 1,5 г/л, кремнистая H_2SiO_3 60 мг/дм³, бороносная HBO_2 42 мг/дм³, нейтральная pH 7,2, холодная T 15⁰С, гидрокарбонатно-магниевая магниево-натриевого состава, с минерализацией 1,12 г/л, что позволяет отнести данную воду к маломинерализованным питьевым лечебным минеральным водам. Вода чистая, с особым вкусом, относится к очень редким типам.

Наличие микроэлементов: Mn, Cu, Fe, Al, Li и органические вещества: N_2 , $\text{C}_{\text{орг.}}$ придают воде особую ценность. Высокое содержание ионов Mg способствует уменьшению спазмов желчного пузыря и желчевыводящих путей и снижению уровня холестерина в крови и желчи. Поэтому вода рекомендуется при заболеваниях печени и желчевыводящих путей.

Минеральная вода из пульсирующей скважины Амасия-Зуйгахпюр сильно углекислая, $\text{CO}_{2\text{раств.}}$ 4,2 г/л, холодная T 7⁰С, слабоуглекислая pH 6,7, маломинерализованная M 2,3 г/л, сильно кремнистая H_2SiO_3 129 мг/дм³, гидрокарбонатная магниево-натриево-кальциевого состава относится к природным питьевым лечебным водам. Присутствие большого количества железа и сопутствующих микроэлементов: Cu, Mn, Mo, Co позволяет рекомендовать эту воду как лечебное средство при лечении железодефицитной анемии, для профилактики и лечения желудочно-кишечных болезней и заболеваний гепатобилиарной системы. Значительное содержание общего CO_2 позволяет использовать воду в бальнеологии в виде углекислых ванн. Данную воду можно также использовать для розлива.

Уникальная минеральная вода Ширакской долины Гетк -метано-углекислая, слабо углекислая $\text{CO}_{2\text{раств.}}$ 1,4 г/л, среднегазирующая Гф-0,5, кремнистая H_2SiO_3 65 мг/дм³, бороносная HBO_2 70 мг/дм³, холодная T 15⁰С, маломинерализованная M 1,1 г/л, слабощелочная pH 7,5, с наличием биологически активных микроэлементов: Li, F, Cu, Mn, гидрокарбонатно-магниево-натриевого состава, относится к природным лечебным минеральным водам и может быть использована в бальнеотерапии.

ОЦЕНКА ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА В У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Асратян А.А., Мусина Е.Е., Новикова Ю.Б., Соловьев Д.В., Казарян С.М., Русакова Е.В.
ФГБУ «ФНИЦЭМ им.Н.Ф.Гамалеи» Минздрава России, г.Москва, Россия

Одним из наиболее эффективных средств снижения профессиональной заболеваемости ГВ в группе медицинских работников является специфическая вакцинопрофилактика.

Цель работы – изучение напряженности и длительности поствакцинального иммунитета против ГВ медицинских работников 2-х крупных стационаров (туберкулезного - 96 сотрудников и наркологического - 361 человек) г.Москвы.

Материалы и методы: Проведено клинико-эпидемиологическое обследование медицинского персонала на наличие маркеров ГВ. Маркеры вируса ГВ (HBsAg, анти-HBs, анти-HBc) определяли методом ИФА, а наличие ДНК ВГВ — методом ПЦР.

Результаты: Среди медицинского персонала *противотуберкулезного стационара* выявлено: HBsAg - 0%; анти-HBs - у 80,2% лиц, анти-HBc – 33,3%: моно анти-HBc обнаружены в 5,2% случаев, в сочетании с анти-HBs - у 28,1% лиц. Медицинские работники были вакцинированы по стандартной схеме (0–1–6 мес.) вакциной Энджерикс. Уровень сероконверсии с протективными титрами антител после вакцинации составил 80,2%. Установлена зависимость количества лиц с концентрацией антител выше протективного (>10 mME/ml), от времени (спустя 1 год после вакцинации 84,2%, 2-5 лет - 76,9%, через 6-10 лет до 66,7%).

Среди медицинских работников *наркологического стационара* в отношении ГВ выявили аналогичную закономерность. Так, HBsAg был обнаружен у 1,9% лиц, у одного из них (14,3%) выявлен ДНК ВГВ; анти-HBs - у 74,5% лиц, анти-HBc – в 18% случаев: моно анти-HBc обнаружены у 3% лиц, в сочетании с анти-HBs - 15% сотрудников. Медицинские работники также были вакцинированы по стандартной схеме (0–1–6 мес.). Установлено наличие защитных уровней антител у 74,5% медицинского персонала. Выявлено уменьшение числа лиц с протективным уровнем специфических антител по мере увеличения срока после последней прививки (спустя 1 год после вакцинации 86,8%, через 2-5 лет – 77%, 6-7 лет – 69,1%, 8-15 лет – 65,2%).

Заключение. Медицинские работники продолжают оставаться группой риска по инфицированию парентеральными гепатитами. Показано, что длительность сохранения протективного иммунитета не превышает 6-7 лет, рекомендуется проведение ревакцинаций против ГВ — желательно под серологическим контролем.

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ НА ИМПЛАНТАТАХ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГРАНУЛ ИЗ ПОРИСТОГО ТИТАНА NATIX**

Балин В.Н., Мдинарадзе Г.Н., Сирак С.В., Мартиросян Р.В., Турсунова Р.Р., Балин В.В.
Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова, Академия медико-технических наук РФ, Стоматологическая клиника «Дентарус», Главный клинический военный госпиталь им. Н. Н. Бурденко, Москва, Россия

В последнее время дентальная имплантация заняла прочное место в ряду основных стоматологических специальностей. Традиционно дентальная имплантация проводится лишь через 3-6 месяцев после удаления зуба. Наряду с этим, возможность одновременной и немедленной постановки имплантата в альвеолу зуба после его удаления является весьма актуальным и экономически выгодным и оправданным способом совершенствования в процессе оказания стоматологической помощи. Однако в обеих клинических ситуациях необходимо одно немаловажное условие, а именно достаточный объем плотных (костных) тканей, необходимых для достижения первичной и прочной стабилизации введенных имплантатов в воспринимающем ложе, который, как известно, создается искусственным способом. Чаще всего для этого используют аллогенные и ксеногенные биоматериалы с проблемными сенсibiliзирующими свойствами, что порой неблагоприятно отражается на здоровье пациента-реципиента, в том числе и развитием иммунологического конфликта между организмом и имплантированным субстратом. Использование же абиогенных материалов с целью восстановления нарушенных объемов костной ткани в значительной степени способствуют исключению подобных нежелательных последствий и осложнений.

Целью исследования явилось повышение эффективности ортопедической помощи пациентам с дефектами зубных рядов путем усовершенствования метода непосредственной дентальной имплантации за счет использования гранул из пористого титана Natix.

Данная методика позволяет сохранять и регенерировать костную ткань, основывается на уникальных свойствах титановых гранул с открытопористой структурой. Нами проведена непосредственная дентальная имплантация у 28 пациентов после удаления зубов с использованием гранул из пористого титана Natix. Под воздействием капиллярного эффекта гранулы склеиваются между собой, вступая в контакт с кровью или слюной пациента. Титановая поверхность обладает высоким тромбогенным эффектом, что способствует формированию устойчивого сгустка крови вокруг гранул. При этом улучшается остеоинтеграция за счет колонизации костеобразующих клеток. Материал в достаточной степени легок в употреблении и не требует никаких дополнительных или особых инструментальных средств. После завершения процесса остеоинтеграции можно использовать обычную технику сверления новообразованной костной ткани. У всех 28 пациентов, перенесших операцию непосредственной имплантации с использованием данного метода, послеоперационный период протекал гладко с первичной интеграцией имплантатов в лунку и их эффективное функционирование под зубными протезами.

Таким образом, основное преимущество непосредственной дентальной имплантации в сочетании с пластикой костного дефекта пористым титаном Natix заключается в возможности полноценного восстановления функционально-протетического и косметического статуса челюстно-лицевой области в максимально сжатые сроки после удаления зуба, а также избежать возможности возникновения иммунологического конфликта между введенным в организм чужеродным имплантационным материалом и тканевыми элементами организма пациента-реципиента.

ИГРОВОЕ БИОУПРАВЛЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА

Барабанов Р.Е.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России,
Москва, Россия

В работе рассмотрены вопросы фонopedической коррекции с применением программно-аппаратного комплекса «БОСЛАБ». «БОСЛАБ» - это методика игрового биоуправления, которая позволяет выявлять субъектов с предпосылками к ситуативной тревожности на ранней стадии; заранее прогнозировать симптомы неблагоприятного психоэмоционального напряжения в различных стрессовых ситуациях; вовлекать их в различного рода профилактические мероприятия.

Говорится о том, что длительное неблагоприятное психоэмоциональное воздействие заметно уменьшает эффективность функционирования голосового аппарата и снижает качество профессиональной деятельности, пациент при этом вынужден компенсировать это сверхвысокими психофизиологическими затратами как во время, так и после пребывания в стрессовом состоянии.

Ввиду этого, вовремя проведенные коррекционные мероприятия помогают сохранять здоровье и высокий уровень качества жизни.

В статье описаны приемы и методы работы на аппарате. Обоснована эффективность данного метода в реабилитации голосовой функции у больных с нарушением голоса.

Наглядно продемонстрировано, что курс игрового биоуправления благоприятно влияет на общее психическое состояние пациентов и показан людям с повышенным уровнем тревожности.

Многokратное проигрывание искусственно смоделированных стрессовых ситуаций очевидным образом снижает восприятие пациентом стресса как угрозы в акте игры и позже этот рефлекс закрепляется в реальной жизни и в сфере голосоведения.

MORPHOLOGICAL CHANGES IN CEREBELLAR CORTEX AFTER
INJECTION OF NALBUPHINE DURING FOUR WEEKS

Bekesevych A.M.

Danylo Halytsky National Medical University, Lviv, Ukraine

The objective of this work was to study changes in the structure and angioarchitecture of cerebellar cortex of the rat after injection of nalbuphin during 4 weeks.

These investigations were carried out on adult rats. Nalbuphine was injected to the experimental animals during 4 weeks. 9 white male rats to which saline solution was injected served as the control group. The studies were conducted using histological and electron microscopic methods of investigation. All experiments were approved by the University Animal Care and Use Bioethical Committee (Protocol #2/2012).

The research material was presented by histological specimens, ultrathin sections of the cerebellar cortex, preparations of the rats' cerebellum with injected vascular bed.

Histological study of the rat's cerebellar cortex showed impairment of the microstructure of all of its layers. Cells of the molecular layer become elongated, though nuclei of most of the cells are preserved. A pericellular edema was found around the stellate and basket cells. Pathological changes in ganglionic neurocytes are edematic, their cytoplasm clarified, contains vacuoles. Nuclei of these cells are enlarged and have an altered form. Some areas were found to contain no cells. Sharpness of the boundaries between the layers is being lost.

Specimens of cerebellar cortex with injected vascular bed display obliteration of the capillaries, hemorrhages, unevenness of the vessels' caliber, decreased density of the vessels' network, tortuosity of the preserved vessels. Arteriolar and venular components of hemomicrocirculatory bloodstream of cerebellar cortex are dilated. Electron microphotographs of ultrathin sections of cerebellar cortex show signs of degenerative changes in the neurons at various stages of development. The nuclei have sharp contours, even distribution of chromatin, though a small aggregation of heterochromatin was found by the internal nuclear membrane with nucleoli missing in some of them. Golgi complex cisterns are dilated, endoplasmatic reticulum hypertrophic, destruction of cristae is taking place in mitochondrions, organelles are hypertrophic.

К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СПЕКТРАЛЬНОЙ
ФОТОТЕРАПИИ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ

Беляева М.И., Агасаров Л.Г.

Центр восстановительной медицины, г.Воронеж, ФГБУ Российский научный центр
«Медицинская реабилитация и курортология», Москва, Россия

Исследована результативность спектральной фототерапии, включенной в комплекс реабилитационных мероприятий при вертеброгенных синдромах. Под наблюдением находилось 60 больных (32 женщины и 28 мужчин) в возрасте 34-60 лет с дорсопатией на пояснично-крестцовом уровне. Продолжительность заболевания колебалась от 1 до 10 лет, длительность последнего рецидива составила в среднем $2,2 \pm 0,8$ месяцев. Рефлекторные синдромы выявлены в 36 случаях, компрессионные – в 24, при сравнительно равном соотношении мышечно-дистонических и нейро-сосудистых проявлениях процесса.

В работе использовали следующие методы обследования: клиничко-неврологический, с оценкой интенсивности боли (по данным визуально-аналоговой шкалы); клиничко-психологический, с применением метода «самочувствия-активности-настроения»(САН); электрофизиологический, с доплеровской оценкой уровня кровотока в нижних конечностях. Динамику изменений оценивали до и после лечения, с компьютерно-статистической обработкой по Стьюденту. Больные были разделены на 3 лечебные группы, каждая из 20 человек. Во всех группах использовали базовую терапию с минимальным медикаментозным воздействием, мануальную терапию, ЛФК. В 1-ой группе проводили спектральную фототерапию (аппарат «Спектор-Р», Россия), способствующая коррекции функций организма стимуляцией рефлексогенных зон электромагнитными колебаниями света строго определенного спектрального состава. Вторая группа получала плацебо-воздействие, имитируя фототерапию. Лечебный курс состоял из 10 процедур, проводимых 4 раза в неделю. 3-я группа получала только базовую терапию.

При анализе установлено достоверное превосходство спектральной фототерапии (1-ая группа) над плацебо и базовой терапией. Эффективность здесь составила 75% наблюдений - против 55-60% в сравниваемых группах. При этом положительные результаты в первой группе, как и при других вариантах коррекции, достоверно чаще отмечались при рефлекторных синдромах. Динамику алгического синдрома фиксировали, применяя визуально-аналоговую шкалу. Показано, что оцениваемый показатель претерпевал достоверные ($p < 0,05$) сдвиги только в 1-ой группе, снижаясь с 6,2 до 1,4 единиц. Естественно, улучшение состояния сопровождалось и восстановлением характеристик САН у больных 1-ой группы. Экономическая эффективность выражена в сокращении сроков реабилитации больных.

Таким образом, результаты проведенных исследований подтверждают целесообразность и возможность назначения спектральной фототерапии в комплексных мероприятиях при дорсопатиях.

МЕТОДИКА ДЕФАНОТЕРАПИИ ПРИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Бобырь М.А., Беляева М.И.

Реабилитационный Центр доктора Бобыря, г.Москва, Россия,
Центр восстановительной медицины, г.Воронеж, Россия

В настоящее время существуют различные методы восстановительной терапии при вертеброгенной патологией у школьников. Однако многие из них малоэффективны или недоступны в экономическом плане для многих пациентов школьного возраста.

Нами разработана оптимальная методика восстановления функции позвоночника - «Дефанотерапия», которая по эффективности и экономической доступности не имеет аналогов. Название «Дефанотерапия» происходит от французского слова «Дефанс» - напряжение и лечение, т.е. лечение напряжения.

Работы профессора В.П.Веселовского по биокинетике человеческого тела показывают, что позвоночник и конечности это - единая биокинетическая цепь, звеньями которой являются атлanto-окципитальный сустав, все ПДС, суставы нижней конечности. Нарушив одно звено этой биокинетической цепи, обязательно подвергаются изменениям остальные звенья этой цепи.

Объективным показателем этих изменений являются гипо- или гипермобильность в определённых ПДС, наличие патологических изменений в мышцах, окружающих позвоночник и конечности, что проявляется в возникновении определённых патобиохимических изменений, и формирование в коре головного мозга специфических очагов возбуждения - доминанты неоптимального двигательного стереотипа (НОДС).

Дефанотерапия является оригинальным методом восстановления патологически изменённого ДС и включает в себя разделы: метод кинестезической диагностики по локальному дефансу; воздействие на позвоночник тракционно-импульсным способом на все ПДС, находящиеся в состоянии гипо- и амобильности; восстановление функции мышц методом постизометрической, постреципрокной релаксаций, массажем или рефлексотерапией; формирование у пациента соответствующего новым костно-связочным параметрам ДС мышечного корсета и соответствующей ему - доминанты.

Обязательное воздействие во время одного сеанса мануального лечения на все составляющие ДС является отличительной особенностью дефанотерапии.

Методика оригинальна из-за запатентованных элементов: кинестезическая диагностика, тракционно-импульсное воздействие (ТИВ) на позвоночник и способ выполнения аутопсихофизических упражнений (АПФУ).

Методы постизометрической, постреципрокной релаксации, массажа, являющиеся составными частями дефанотерапии, изучены видными учеными и вошли в повседневную практику.

Существенным отличием дефанотерапии от классической мануальной терапии является то, что манипуляцию по классической методике врач осуществляет в одной плоскости, в то время как врач-дефанотерапевт (надеюсь, что такой специалист появится) выполняет манипуляцию одновременно в двух плоскостях: сагитальной и горизонтальной, чем достигается высочайшая эффективность лечения при полной безболезненности, а значит, атравматичности воздействия.

Это преимущество позволяет эффективно, но относительно просто и безопасно, проводить манипуляции на шейном отделе позвоночника даже у тех пациентов, которым канонизированные методики мануального лечения либо противопоказаны, либо применение их не даёт лечебного эффекта.

Кроме того:

1. Методика на порядок эффективнее, так как при отсутствии мышечной патологии, можно восстановить у пациента функцию позвоночника за 2-3 сеанса;

2. Только при дефанотерапии применяется кинестезическая диагностика, позволяющая выявлять заболевание на ранних стадиях развития, и в ходе лечения не применять дополнительного R-облучения;

3. Лечение дефанотерапией сколиоза, кифоза, межпозвонковой грыжи, головной боли вертебрального генеза и др. предусматривает устранение как болезни, так и ее причин;

4. Только дефанотерапия восстанавливает функцию позвоночника с формированием мышечного корсета у пациента, что устраняет на длительное время возможность рецидива заболевания;

5. На обучение курсантов методике дефанотерапии времени затрачивается в несколько раз меньше, значительно экономнее, чем в случае канонизированных методик мануальной терапии.

Таким образом, дефанотерапия при вертеброгенной патологии является патогенетической обоснованной, а применение её может способствовать более эффективному купированию болевого синдрома, следовательно значительному сокращению периода восстановительной терапии.

ИНГРИДИЕНТЫ КОМПЛЕКСА СИСТЕМНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Болтенко Ж.В.

ФГБУ Федеральное бюро медико-социальной экспертизы
Министерства труда и социальной защиты РФ, Москва, Россия

Базовая программа мероприятий восстановительного лечения пациентов после тотального протезирования коленных суставов включает следующие ингредиенты: различные виды лечебной физической культуры – индивидуальные занятия лечебной гимнастикой, групповые занятия, реабилитационный тренинг с использованием силовых и кардиотренажеров, классический массаж, аппаратный массаж, безконтактный гидромассаж.

Блок процедур традиционной аппаратной физиотерапии (низкочастотная электромиостимуляция, магнитная стимуляция и системная магнитотерапия, массаж оперированной конечности в электростатическом поле системы NIVAMAT, лазеротерапия).

Блок роботизированной механотерапии включает восстановление стереотипа ходьбы на реабилитационном комплексе Локомат, применение универсального комплекса для функциональной оценки, диагностики и реабилитации опорно-двигательного аппарата Primus, тренажеры Kinetec, посредством которых проводится продолжительная пассивная разработка суставов. Для реабилитации конечностей используется тренажер TheraTrainer для активной (силой мышц) и пассивной (силой мотора) тренировки. Занятия на артрологическом программном комплексе BiodexSystems 4 Pro позволяют сочетать динамические и статические мышечные нагрузки, проводить мобилизацию суставов в различных направлениях.

Блок рефлексотерапии включает классическую рефлексотерапию (корпоральная, аурикулярная, кранеальная), а также Су Джок- терапию, Цзю-терапию (прогревание точек полыньными сигарами), Цубо–терапию (воздействие медными шариками, магнитами, микроглами, зёрнами), поверхностное иглоукальвание.

В отделе психологической диагностики и реабилитации с целью планирования и проведения реабилитационных мероприятий осуществляется оценка актуального психологического состояния пациента, определяется реабилитационный потенциал личности, наличие компенсаторных возможностей и сохранных психических функций.

Центр проектирования и производства протезно-ортопедических изделий изготавливает различные ортезы, корсеты, реклинаторы и другие средства малой ортопедии. налажено индивидуальное изготовление ортопедической обуви.

Данный комплекс системных мероприятий восстановительного лечения несколько лет успешно функционирует в Федеральном бюро медико-социальной экспертизы. Использование современных методов медицинской реабилитации больных после эндопротезирования коленного сустава позволяет пациенту вернуться в привычный образ жизни в более короткие сроки.

**ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГОНАРТРОЗА
МЕТОДОМ ГОМЕОСИНЕАРТРИИ**

Величкина А.Б., Нахаев В.И., Ярыгин Н.В., Дужинская Ю.В.

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет
им.А.И.Евдокимова. Москва, Россия

Альтернативой стандартному лечению гонартрозов являются гомеопатические препараты. А иногда они бывают и очень эффективным дополнением к терапии НПВС или кортикостероидными гормонами. Отсутствие дифференцированной тактики применения различных методов лечения, диктуют необходимость дальнейшего изучения проблемы компенсации и восстановления функции коленного сустава.

Обследовано 144 пациента с посттравматическим артрозом в возрасте от 23 до 64 лет (ср. возраст 43,2±5,7). Из всех обследованных лиц мужчин было 63 (43,7%), женщин - 81 (56,3%). Обследованные были поделены на 4 группы: 1) 48 больных с I ст. ДОО, 2) 38 со II ст. ДОО, 3) 35 с III ст. ДОО, 4) 23 больных с IV-й ст. ДОО. В ходе исследования использовались следующие методы: клинические, физикальные, инструментальные, катанестический, лучевые (МРТ, КТ, R-графия), эндоскопические, лабораторные. В соответствии с проведенной терапией пациенты были разделены на следующие группы:

1) - гомеосинеартрия ГС (n=36, 13 муж., 23 жен.) получали специально разработанную программу: Гомеосинеартрическое лечение (ГС) 3 раза в неделю в периартикулярную область пораженного коленного сустава по схеме Траумель С и Цель Т по 2.2 мл каждого препарата, гипотензивную и сосудистую терапию внутримышечно,

2) Стандартный протокол лечения (СПЛ); n=36, 11 муж., 25 жен.) получали медикаментозное лечение по СПЛ - нестероидные противовоспалительные препараты в дозе 100-150 мг в сутки в пересчете на диклофенак, гипотензивную и сосудистую терапию внутримышечно.

3) ГС и ЛФК , n=36, 20 муж., 16 жен.). Пациенты выполняли ежедневно комплекс ЛФК для укрепления мышц, окружающих коленный сустав, с преимущественным воздействием на четырехглавую мышцу бедра. Действие активное, направленное на увеличение подвижности в суставе, для средних и крупных мышечных групп, в тренируемом режиме. А также по схеме, указанной выше получали периартикулярное обкалывание пораженного коленного сустава гомеопатическими препаратами.

4) СПЛ и ЛФК (n=36, 19 муж., 17 жен.) получали ежедневно в течение 10 дней медикаментозный СПЛ. Через 3-4 ч пациенты выполняли комплекс физических упражнений для укрепления мышц, окружающих коленный сустав. Продолжительность занятия 25-35 мин., срок лечения 14 дн.

Эффективность лечения методик в 1 и 2 группах была практически одинаков: улучшение - 63,9% и 61,1%, значительное улучшение -13,8% и 11,1%. У 19,4% (ГС) и 18,8% (СПЛ) динамики не наблюдалось, а у 2,7% в группе ГС и у 5,5% в группе СПЛ отмечалось ухудшение. Наилучшие показатели выявлены в 3-ей группе: значительное улучшение 16,6%, улучшение - 63,9%, без перемен -16,6%, ухудшение - 2,7%. В 4-ой группе значительное улучшение - 13,8%, улучшение -41,6%, без перемен -36,1%, ухудшение - 8,3%. Сравнивая уровень значимости полученных различий в исследуемых группах (p), следует отметить, что статистически достоверные различия мы наблюдали между первыми тремя группами и контрольной (СПЛ и ЛФК) - (p<0,05). По показателю «значительное улучшение» наиболее значимая положительная динамика наблюдалась в группе ГС+ЛФК.

НОВАЯ МЕТОДИКА АРОМАТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С БОЛЬЮ ВНИЗУ СПИНЫ

Воробьев Д.В., Юрикова М.В.

Центр медицинских инноваций доктора Воробьева Д.В., Лечебно-диагностический
центр высокоэффективных медицинских технологий «Альтернатива»,
г. Самара, Россия

Разработка новых безопасных и эффективных методов психоэмоциональной коррекции с целью улучшения показателей жизнедеятельности занимает особое место в восстановительном лечении пациентов с болью внизу спины [1].

К таким методам относится ароматерапия, так как эфирные масла (ЭМ) положительно влияют на психоэмоциональную сферу человека и обладают антидепрессивным эффектом. Эфирные масла оказывают нормализующее действие на состояние нервной системы [2].

Однако существующие методики ароматерапии и устройства для её проведения обладают рядом существенных недостатков не позволяющие применять её широко и эффективно на практике.

Нами предложена новая методика, позволяющая рационально использовать эфирное масло кедра в коррекции психоэмоционального напряжения у пациентов с болью внизу спины и предложено изменение устройства для индивидуальной формы ароматерапии (удостоверение на рацпредложение №317 от 16.07.2015г., выдано Самарским государственным медицинским университетом).

Новая методика и усовершенствованное устройство для ароматерапии позволяют: применять их в курсовых сеансах с целью повышения терапевтического воздействия и расширения круга больных, нуждающихся в таких процедурах; рационально использовать дорогостоящие натуральные эфирные масла; безопасно проводить терапию у сложных больных (пожилые люди, лежачие пациенты и др.) и при её проведении обеспечить сохранение первоначального химического состава эфирных масел и их лечебных свойств.

1. Сарно Д. Как вылечить боли в спине / Перев. с англ. — М.: ООО Издательство «София», 2010. — 224 с.
2. В.В. Николаевский. Ароматерапия: справочник. – М.: Медицина, 2000 - 336с.

TRANSDERMAL ELECTROPHARMSTIMULATION IN TREATMENT OF
DISEASES OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

Vorobev D.V.

«Dr. Vorobev's Center of Medical Innovations» Samara, Russia

At present, the abundance of degenerative and dystrophic diseases of the musculoskeletal system in the developed countries has reached epidemic sizes. In 2002, Dr Vorobev first suggested a new method of introduction of pharmaceutical substances by means of stimulating bipolar pulse currents used for electroanalgesia (patent of invention No. 2290217 of the Russian Federation, D.V: Vorobev), which was named transdermal electropharmstimulation (TEPS).

We conducted clinical studies in the city's Rheumatologic Centre in Samara. We observed 102 patients with osteoarthritis of the knee joint in the age between 43 and 75. The comparison group (n=51) was treated using the conventional therapy according to the decree of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation No.123 from 11.02.2006. In addition to the conventional therapy, the patients of the main group (n=51) received an application of a 10% solution of medical mud from Sergievsk mineral waters resort on the knee joint, introduced by TEPS. Before treatment, the total WOMAC pain score was 41.4 ± 0.13 , that of stiffness — 12.9 ± 0.17 and that of lower extremity functional insufficiency — 12.9 ± 0.12 , test for walking the distance of 15 m — 31.8 ± 4.6 s.

The daily diclofenac dose was 143.0 ± 26.3 mg. After the treatment, the total WOMAC score changed as follows: the pain score in the comparison group was 34.9 ± 0.14 and that in the main group - 27.4 ± 0.17 . The stiffness score in the comparison group was 7.9 ± 0.16 , that in the main group — 5.1 ± 0.17 . The lower extremity functional insufficiency in the comparison group was 92.7 ± 0.17 , that in the main group — 73.8 ± 0.17 . The time needed to walk the distance of 15 meters in the comparison group was 27.3 ± 4.2 s, that in the main group — 19.2 ± 4.6 s. The daily diclofenac dose in the comparison group was 90.3 ± 21.8 mg, in the main group - 66.0 ± 36.3 mg. All the results were statistically significant ($p < 0,05$).

Therefore, the TEPS application considerably improved clinical parameters in the main group.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА РОМБОВИДНОЙ МЫШЦЫ

Галагуза В.Н., Гаткин Е.Я., Рустамова Н.А.

РУДН, Медицинский институт, ФПКМР, г. Москва, Россия

Практический опыт показывает, что довольно часто у больных имеет место боль в шее с иррадиацией в межлопаточную область, в область проекции ромбовидной мышцы, что нами трактуется как "синдром ромбовидной мышцы". В его основе лежит повреждение межпозвонковых дисков C_{IV}-C_V, C_V-C_{VI}, C_{VI}-C_{VII}, сопровождающаяся радикулопатией корешков C_V-C_{VI}, C_{VI}-C_{VII}. У больных имеет место резкая болезненность при пальпации ромбовидной мышцы, сопровождающаяся повышением её тонуса в острый период и возникновением в ней болезненных триггерных зон, что обуславливает мышечно-тонический и болевой компоненты этого синдрома.

Целесообразно выделить синдром мышц межлопаточной области, учитывая, что для этого есть все необходимые предпосылки – чёткие клинические симптомы, коррелирующие с данными объективных методов диагностики.

Выделение данного синдрома позволит правильно ориентировать как практикующих врачей, так и пациентов на особенности патогенеза боли в межлопаточной области и выбрать соответствующую адекватную тактику лечения больных.

Наша задача заключалась в выявлении радикулопатии шейных корешков у больных с синдромом ромбовидной мышцы для определения тактики лечения таких пациентов. Методом сплошной выборки была сформирована группа больных из 65 человек (мужчин-28; женщин-37), средний возраст которых составил 32± 8 лет.

Пациенты предъявляли жалобы на боль в шее с иррадиацией в межлопаточную область, в плечо, кисть. Всем больным проведен неврологический осмотр, мануальная диагностика, игольчатая электромиография, рентгенография, МРТ - томография шейного (ШОП) и грудного отдела позвоночника (ГОП). Длительность заболевания составила от 3 месяцев до 20 лет.

В выборку были включены больные в острый период заболевания. Из них у 49 (75,3 %) ведущим симптомом была острая боль в межлопаточной области, усиливающаяся при пальпации ромбовидной мышцы, больше слева.

В неврологическом статусе у больных имело место нарушение чувствительности в виде гипостезии, повышение бицепс- и карпорадиального рефлексов со стороны поражения корешков ШОП, анизорефлексия.

На цифровых рентгенограммах с боковой томографией ШОП и ГОП в прямой проекции у всех больных был выявлен грудной сколиоз на уровне позвонков ThIV-ThVII и наличие вторичной компенсаторной дуги в ШОП на уровне CV-CVII (60,7 %).

На рентгенограммах ШОП в боковой проекции у большинства больных был выпрямлен шейный лордоз (92,3 %) с тенденцией к кифотической деформации (58,4%), стеноз позвоночного канала чаще на уровне CV-CVI (30,7%). Анализ МР томограмм ШОП показал сужение корешкового отверстия у (84,2%) больных, деформацию дурального мешка у (65,8%), протрузии межпозвонковых дисков (одного или двух) чаще всего на уровне CV-CVI, CVI-CVII у (65,8%) размерами от 2 до 4 мм.

По данным игольчатой ЭМГ радикулопатия шейных корешков была выявлена у 50 больных (76,8 %), невропатия – у 15 (23%). Радикулопатия С6 - у 17 (26,1 %), С7- у 13 (20 %), С8- у 20 больных (30,7 %), чаще слева. Выявлена корреляция между радикулопатией корешков С6 с наличием протрузий или грыжи дисков CIV-CV, CV-CVI и выраженностью межлопаточного болевого синдрома.

Для лечения пациентов с синдромом ромбовидной мышцы мы применяли мобилизационные и манипуляционные техники мануальной терапии, приёмы постизометрической релаксации, назначали лечебную физкультуру для мышц шеи и межлопаточной области.

Применяли квантовую терапию, используя установки серии РИКТА-ЭСМИЛ с мощностью в импульсе 15 Вт, длинами волн: лазера - 890 нм (частоты следования импульсов - 5, 50, 1000 Гц и переменной), светодиодов ИК-диапазона 860-960 нм, светодиодов красного диапазона 600-700 нм, магнитным полем с индуктивностью не менее 35 мТл и электростимулирующим модулем. Воздействовали паравертебрально на шейный отдел позвоночника (места выхода корешков шейного отдела позвоночника), область трапециевидной и ромбовидной мышцы, а также на область плечевого сплетения.

Все эти диагностические и лечебные мероприятия позволили значительно улучшить результаты лечения и качество жизни наших пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЁЛЫМИ ОЖОГАМИ

Гаткин Е.Я.

РУДН ФПКМР, каф. Биофизических методов в медицине, Москва, Россия

В работе представлен опыт лечения 286 детей в возрасте от 3 до 14 лет с глубокими ожогами (ШАБ-IV степени) с общей площадью поражения от 1 до 60 % поверхности тела, в комплексном лечении которых использовалась энергия квантовых источников высокой и низкой интенсивности.

Группу клинического сравнения составили 210 пациентов. Детей с неглубокими ожоговыми ранами II-IIIa степени, которые не нуждались в оперативном вмешательстве - аутодермопластике, лечили консервативно с применением низкоинтенсивного лазерного излучения на перевязках. В ходе квантового лечения изучали клеточный состав и состав тканевого детрита ожоговых ран методом световой и электронной микроскопии. В ожоговой ране лазерный луч способствовал ускоренной утилизации детрита, он диспергировал его плотные агрегаты, переводя их в водорастворимую форму, разрушая фибриновые и липидные структуры.

При фотостимуляции гранулирующих ожоговых ран, на 10 - 30% усиливался положительный хемотаксис в зону обработки фагоцитов, с увеличением их активности на 35–40% . для чего было достаточно 60-секундного воздействия. В зависимости от глубины термического поражения, иссечение ожогового струпа (некрэктомия) проводили в пределах глубоких слоев дермы или до поверхностной фасции. В остром периоде ожоговой травмы использовали СО₂-лазер “Scharplan-20С”, с помощью которого, в режиме резки, бескровно осуществляли тангенциальное очищение раны и фасциальную некрэктомия. В послеоперационном периоде на перевязках производили обработку ран энергией СО₂-лазера в режиме абляции (выпаривания). Для закрытия ожоговых ран применяли аутодермопластику, с сеансом фотостимуляции трансплантата энергией оптических квантовых генераторов низкой интенсивности. При ИК-воздействии на аутодермотрансплантат в полнослойном лоскуте обнаружено ускорение новообразования ортогональных сосудов, количество которых, по сравнению с исходными, повышалось в 3 – 5 раз. В ближайшем послеоперационном периоде воздействовали на область пересадки кожи энергией аппарата «РИКТА». Количество дней пребывания в стационаре больных основной клинической группы было в среднем на 23% меньше, чем у больных из группы клинического сравнения. Применение энергии оптических квантовых генераторов в лечении тяжело обожженных детей позволяет значительно улучшить его результаты.

МЕТОД ЛИФТИНГА КОЖИ ЛИЦА И ШЕИ

Гаткин Е.Я.

РУДН ФПКМР, каф. Биофизических методов в медицине, Москва, Россия

Старение – процесс, характеризующийся морфофункциональными изменениями, сходный с патоморфозом заболеваний, только растянутый во времени. Однако, при определённых условиях, он поддаётся коррекции. Применяя физические факторы для улучшения трофики тканей мы использовали известное воздействие на кожу тепла и холода. Тепло открывает поры и способствует расширению сосудов, что улучшает кровоток. Кратковременное воздействие холодом стимулирует "игру вазомоторов", т.е. вызывает спазм сосудов лица с последующей вазодилатацией. В последние годы в эстетической косметологии с успехом применяются низкоинтенсивные лазеры. При использовании аппаратов серии «РИКТА», работающих в импульсном режиме (длина волны 0,89 мкм), косметолог может улучшать микроциркуляцию в капиллярной сети кожи, усиливать пролиферативные способности клеток, активизировать процессы синтеза коллагена и эластина, улучшать лимфодренажную функцию и венозный отток. В результате этого снимаются отеки, улучшается тургор тканей. После сеанса пикноз ядер эпителиальных клеток в аутодермолоскуте практически отсутствует. В ядрах появляются множественные ядрышки (активация рибосом и усиление синтеза белка).

После обработки энергией прибора РИКТА митохондриальные ферменты кожи активизировались во всех слоях. Квантовое воздействие энергией прибора «РИКТА» способствует улучшению кровотока, стимуляции образования фибробластов, появляется большое количество сохранных клеток лейкоцитарного ряда. Показаниями для крио-квантового воздействия при решении возрастных проблем являются: сухая, увядающая, дряблая кожа, отеки, двойной подбородок, атония глубоких мышц. Последним этапом нашей методики является ручной массаж. После процедуры отмечается повышение тонуса и эластичности кожи, отсутствие лимфостаза в параорбитальной области, эффект подтяжки овала лица, улучшение общего самочувствия пациента. Омолаживающий эффект методики мы объясняем комплексным воздействием на различные звенья генеза старения квантового излучения в сочетании с термо-криовоздействиями и массажем. Таким образом, крио-квантовое воздействие с последующим пластическим ручным массажем и элементами китайской рефлексотерапии может считаться высокоэффективным методом ухода за увядающей кожей, дающим быстрый и стойкий эффект. Метод защищен патентом РФ.

ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ КВАНТОВОЙ ФОТОСТИМУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ
С ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ НА ФОНЕ
ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ГЕНЕЗА

Гаткин Е.Я., Корсунский А.А., Коновалов А.К., Виноградов А.Я., Пеньков Л.Ю.

РУДН ФПКМР, каф. Биофизических методов в медицине,
Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского,
Москва, Россия

У 28 детей от 5 до 14 лет с парезом кишечника на фоне разлитого перитонита аппендикулярного генеза, в 1-е сутки после оперативного лечения, мы применяли квантовую стимуляцию с помощью аппаратов серии «РИКТА» с длиной волны лазера 890 нм (группа сравнения - 26 пациентов). Всех пациентов оперировали по А.Г. Генералову (1979г.).

Применяли стандартные методы разрешения пареза кишки, и если они были малоэффективны, облучали области обоих мезогастриев, правую подвздошную, и эпигастральную с экспозицией от 20 до 60 с.

При электромиографии кишки (ЭМГ) вольтаж исходных значений кривой при парезе составлял $- 0,35 \pm 0,05$ мВ. Через 0,5 часа ЭМГ-волны становились упорядоченными и периодичными с вольтажем $- 0,9 \pm 0,1$ мВ. Амплитуда ЭМГ волн у всех пациентов, получавших квантовое лечение, в течении суток возрастала, в среднем, с $0,4 \pm 0,1$ мВ до $1,3 \pm 0,3$ мВ. В этот период аускультативно определялись перистальтические шумы. Активное отхождение газов и стула начиналось в среднем через 40 минут после сеанса.

В группе клинического сравнения амплитуда ЭМГ-волн в ходе лечения изменялась в ходе первых послеоперационных суток с $0,38 \pm 0,07$ до $0,7 \pm 0,15$ мВ, что требовало дополнительного медикаментозного и физиотерапевтического лечения. Разрешение пареза кишечника достигалось на 3 – 4 сутки, а время пребывания в отделении реанимации увеличивалось на 2 – 3 суток. Противопоказанием к проведению квантовой фотостимуляции кишки является наличие в брюшной полости не дренированных гнойных очагов.

Достоинством метода является его простота и неинвазивность, что особенно важно в педиатрической практике. В ФГУ ФИПС РФ получен патент на изобретение № 2308994 «Способ лечения пареза желудочно-кишечного тракта» от 27 октября 2007 г.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ В
КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ГОЛОСА

Герцен А.В., Орлова О.С.

Научно –клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства, Москва, Россия

Реабилитация больных с дисфониями является комплексной и междисциплинарной, базируется на взаимодействии специалистов разного профиля: медиков, логопедов, психологов, включение которых в систему восстановления голоса обеспечивает оптимальный функциональный результат.

Цель - разработка и апробация инновационных технологий реабилитации больных с дисфониями с использованием физических методов, направленных на эффективное преодоление комплекса нарушений, препятствующих успешной социализации в общество.

Под нашим наблюдением находилось 40 больных с функциональными дисфониями (гипотонусной, гипертонусной, спастической) и параличами гортани.

Коррекционная работа строилась с учетом данных, полученных при комплексном клинико-психолого-педагогическом обследовании, базировалась на знании особенностей голосового дефекта при разных нозологических формах и учете личностных психологических особенностей пациентов.

Опираясь на учение А.А.Ухтомского и Н.Е.Введенского о формировании модели мыслеформы, которую невозможно разрушить, кроме как чрезвычайно слабыми импульсами, для повышения эффективности и сокращения сроков реабилитации нами были включены в комплексную терапию лазерные лечебные манипуляции.

Внутривенное лазерное облучение крови нормализует кислотно-щелочное равновесие и гомеостаз, активизирует иммунную систему и способствует нейро-вегетативной регуляции тонуса мышц. Локальные аппликации способствуют быстрой релаксации при спастических состояниях и приобретении тонуса при атонии. Функциональные тренировки проводили после процедур.

Нами разработаны технологии биологической обратной связи (БОС) применительно к различным клиническим формам с учетом степени выраженности нарушения голоса, психологических личностных особенностей больных и ведущего канала сенсорной модальности.

Наш опыт показывает, что разработанная нами методика позволяет ускорить формирование и автоматизацию голосовых навыков, повышает самоконтроль; следует внедрять лазерную терапию и БОС в фониатрическую практику.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОРЕШКОВЫМ СИНДРОМОМ. МАССАЖ. МАНУАЛЬНАЯ
ТЕРАПИЯ. КВАНТОВОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ. ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ

Грабовщинер А.Я., Гаткин Е.Я., Галагуза В.Н.

ФПКМР мединститут РУДН, Клиника современных технологий ООО «МЕДЭП»,
Институт квантовой медицины РФ, Москва, Россия

На кафедре биофизических методов в медицине мединститута РУДН, отделении реабилитации ООО «МЕДЭП», совместно с институтом квантовой медицины разработана методика лечения и профилактики корешкового синдрома у пациентов различных социальных и возрастных групп. Первую группу составил 471 пациент с заболеваниями позвоночника от 18 до 85 лет, которую мы условно разбили на 3 возрастные подгруппы (18-33 лет, 34-50 лет, 50 лет и старше). Вторая группа состояла из 37 беременных женщин, которых мы наблюдали в «школе молодой семьи» МЕДЭП. Третью группу составили 76 спортсменов-пилотов, принимавших участие в Чемпионатах Мира по водно-моторному спорту, начинающих парашютистов и борцов-самбистов в возрасте от 16 до 55 лет.

Больные жаловались на боли в спине, вынужденное положение, нарушения опорно-двигательной функции, а также функций органов и систем.

Тяжесть состояния мы оцениваем по этиологии, степени болевого синдрома (в балльной системе: 0 – отсутствие болей, 1 – слабые болевые ощущения, 2- средняя интенсивность болевого синдрома, 3- интенсивные боли), длительность процесса, наличие нарушений в органах и системах, качество сна, как состояние поддается лечению.

Клинические методы обследования мы обязательно дополняем инструментальными. Методы лечения, в зависимости от этиологии и патогенеза, делятся на медикаментозные, массаж, мануальные действия, воздействия физических факторов или комплекс указанных мероприятий. Мы в своей практике культивируем массажно-мануально-квантовый метод в сочетании с электростимуляцией. В среднем на курс назначается 10 сеансов. С профилактической целью выполняется от 1 до 5 сеансов. При лечении корешкового синдрома, в зависимости от тяжести состояния, назначается от 6 до 15 сеансов. В особо тяжелых случаях - до 20. Основные клинические эффекты квантовой терапии: повышение иммунитета, нормализация функций центральной и вегетативной нервной системы, обезболивание, противовоспалительное действие, противоотечное действие, регенерация тканей, улучшение кровообращения и лимфотока, улучшение состава и функций крови, образование новых микрокапилляров, бактерицидное действие, активизация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, повышение адаптационных возможностей организма.

Результаты. У пациентов 2 и 3 групп улучшение наблюдали в 100% случаев. В первой группе после лечения выздоровление происходило почти в 70% случаев, улучшение – в 28%, без существенной динамики – 2%, ухудшение – менее 1%. У больных с нарушением функций верхней конечности количество сжатий кистевого эспандера увеличивается в среднем в 3 раза. Высокая лечебная эффективность метода выражается в уменьшении, или полном исчезновении болевого синдрома, восстановлении функций органов и систем, нормализации самочувствия пациентов, более длительной ремиссии у больных с хроническим течением этого состояния, улучшении кровотока в структурах центральной нервной системы, что в 1,5 - 2 раза сокращает сроки лечения по сравнению с традиционными методами.

МЕТОДЫ РЕГИСТРАЦИИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
СПОРТСМЕНОВ-ЕДИНОБОРЦЕВ

Грабовщинер А.Я., Гаткин Е.Я., Сударев А.М., Ерёмушкин М.А.,

Наумцев С.А., Абашии А.И., Рухманова М.Н., Исупов В.Г., Фещенко В.С.

Международная Ассоциация «КВАНТОВАЯ МЕДИЦИНА», Мединститут РУДН, Научно-образовательное учреждение «Институт квантовой медицины», ООО «Технологии прогресса», ЦИТО им. Н.Н.Приорова, ООО «КОНСТЭЛ», ООО «МЕДЭП», АНО «Семейный спортивно-оздоровительный клуб «Звягинец», Москва, Россия

В настоящее время спорт высших достижений предъявляет высокие требования к функциональному состоянию спортсменов. Одним из ключевых критериев этого статуса, несомненно, является работоспособность структур сердечно-сосудистой системы. С 2010 года для тестирования состояния сердечно-сосудистой системы спортсменов-единоборцев мы применяем метод тахоосцилографии (ТОГ). За этот период было протестировано 32 действующих спортсмена. Из них 9 имели квалификацию кандидатов в мастера спорта, 20 – мастеров спорта, 3 – мастеров спорта международного класса. 11 были представителями борьбы САМБО, 7 – борцами-дзюдоистами, 9 – выступали в соревнованиях по рукопашному бою, 5 – по КАРАТЭ Кофукан.

Указанные методики применяли не только для определения общего состояния спортсменов, но и для оценки в динамике саморегуляции сердечно-сосудистой системы при нагрузках и реакции её на реабилитационные мероприятия в режиме реального времени.

При обследовании использовался метод тахоосцилографии, в сочетании с определением PWC 170. Обследование проводилось по схеме двойного теста PWC 170 с интервалом между нагрузками в 30 минут. В этот период проводили реабилитационные мероприятия (массаж с элементами мануальной терапии, квантовая терапия с электростимуляцией мышц). Анализ полученных данных после математической обработки показал, что наибольшей информативностью обладает топический коэффициент (ТК), характеризующий тип гемодинамики. При проведении обследования ТК колебался от 0.33 до 3.29, при этом минимальных значений он достигал на пике физической нагрузки и был максимальным при отдыхе. Это соответствует данным других авторов показавших, что у тренированных спортсменов сосудистый тонус снижен и после нагрузки продолжает снижаться, повышение после нагрузки рассматривается как неблагоприятный признак. Наибольший интерес представляют сравнительные результаты анализа ТК при отдыхе и проведении реабилитационных мероприятий. Оказалось, ТК при отдыхе – 1.57 ± 0.23 , при воздействии – 3.29 ± 0.27 , что свидетельствует о выраженном влиянии на микроциркуляторное русло и снижении периферического сопротивления. Общеизвестно, что снижение периферического сопротивления в процессе отдыха способствует лучшему восстановлению физических возможностей.

Выводы: 1. Метод тахиосцилографии может быть использован для скрининговой оценки состояния гемодинамики у спортсменов в режиме реального времени. 2. Использование топического коэффициента, полученного методом тахиосцилографии, позволяет объективизировать ответ организма спортсмена на реабилитационные мероприятия. 3. Исследования с использованием тахиосцилографии перспективны в оценке состояния спортсмена в разные периоды тренировочной и внутренировочной деятельности. 4. Нами разработана эффективная методика контроля за состоянием спортсмена и способы медицинского сопровождения спорта высших достижений в режиме реального времени.

ՀԵՏՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ
ԿԱԶՄԱԿԵՐՂՄԱՆ ՀԻՄՆԱՀԱՐՑԵՐԸ

Գրասկի Մ.Ա.

Կուրորտաբանության և ֆիզիկական բժշկության ԳՀԻ, Երևան, Հայաստան

Վերականգնողական հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման ֆինանսավորումը կարևորագույն առողջապահական խնդիր է հատկապես հաշվի առնելով առողջապահության ֆինանսավորման առկա միջոցների՝ բժշկական և տնտեսական ցածր արդյունավետությամբ օգտագործումը: Ունենալով մեկ շնչին հասնող բժիշկների բավարար քանակ, հիվանդանոցային մահճակալներ և մոտավորապես նույն մակարդակի հոսպիտալացում, Հայաստանի Հանրապետությունում, հիմնական առողջապահական ցուցանիշները ավելի վատ են քան Եվրոպական երկրներում են :

Հիվանդանոցային մահճակալների ռացիոնալ օգտագործման հիմնական խոչընդոտը՝ ըստ ինտեսիվության և բարդության հիվանդների բուժման խնդիրն է, հետևաբար նաև հիվանդների բուժման գնի, դրա հաշվարկման և բուժհաստատության ծախսերի փոխհատուցման միասնական և հիմնավորված մեթոդի բացակայությունը:

Հիվանդությունների բուժման գնի հաշվարկման սովորաբար կիրառվող մեթոդները. ըստ տևողության՝ մահճակալ օր կամ ըստ մատուցած ծառայությունների քանակի, չեն նպաստում հիվանդանոցային բուժման համար հիվանդների նպատակային ընտրությանը, բուժաշխատողների աշխատանքի արդյունավետության բարձրացմանը, հիվանդների բուժման որակի բարելավմանը և հիվանդանոցային բուժման ժամկետների նվազեցմանը:

Այս խնդիրների լուծման նպատակով, պետությունը պետք է ապահովի ԱՀԿ կողմից առաջարկվող երկրի ՀՆԱ-ի մինչև 6% առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման նվազագույն ծանրաբեռնվածություն և հիվանդանոցների վերակազմակերպում, հաշվի առնելով ախտորոշման և բուժման գործընթացը, հիվանդությունների բուժման բարդությունն ու ինտեսիվությունը, բուժման միջին տևողությունը, հետևաբար,

հիվանդանոցային մահճակալների քանակը, բժշկական օգնության որակի գնահատման համակարգը, արդյունքներն ու ծախսերը յուրաքանչյուր հիվանդի համար, ինչպես նաև բուժաշխատողների աշխատանքի ինտենսիվության աստիճանն ու նրանց նյութական խրախուսման մակարդակը:

Վերջին տասնամյակներում, բոլոր զարգացած երկրներում առողջապահության, մասնավորապես, հիվանդանոցային բուժօգնության գնի կտրուկ աճը հանգեցրել է առողջապահական ծախսերի նվազեցման, առկա ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման փնտրտուքի:

Այլ երկրների փորձի վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ առանց բուժօգնության որակի վատթարացման առողջապահական ծախսերի նվազեցման, բուժհաստատության վերակազմակերպման առավել արդյունավետ մոտեցումներ են.

- սուր և սրացած հիվանդությունների բուժման մահճակալների նվազեցում,
- հետհիվանդանոցային վերականգնողական բուժման կազմակերպում ,
- մեկ մահճակալ օրվա տարբերակված գնի կիրառում,
- հիվանդների վարման արձանագրությունների օգտագործում՝ հիվանդանոցում բուժական գործունեության մշտական վերահսկման և բուժման ծախսերի միասնական հաշվարկման համար:

Նվազեցնելով նախապես գոյություն ունեցող սուր և սրացած հիվանդությունների հիվանդանոցային բուժման մահճակալների քանակը, անցնելով հիվանդանոցային բուժօգնության նոր՝ հետհիվանդանոցային վերականգնողական բուժօգնության կազմակերպման համակարգի, սկզբնական շրջանում, առաջարկվում է ծավալել հետհիվանդանոցային վերականգնողական բուժօգնության 20 մահճակալ <<Կուրորտաբանության և ֆիզիկական բժշկության ԳՀԻ>> ՓԲԸ կազմում:

Կլինիկայի այսօրինակ վերակազմակերպումը, մահճակալների ընդհանուր թվի և բուժաշխատողների քնակի պահպանմամբ, կբերի բուժական աշխատանքների կտրուկ ակտիվացման՝ կախված ընդունվող առավել բարդ հիվանդների, միջին մահճակալ օրերի նվազեցման և մեկ մահճակալի շրջապտույտի ավելացման հետ, ընդ որում, այս դեպքում կլինիկայի ծախսերը ավելի պակաս կլինեն քան սովորական շուրջօրյա հիվանդանոցային բուժման դեպքում:

ДИНАМИКА В АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЕ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Григорян Э.Г., Малерян Д.С., Черчинян А.С., Искандарян В.А., Наханетян А.С.
НИИ курортологии и физической медицины, г.Ереван, РА

В недостаточной степени изучено состояние антиоксидантной системы при хроническом некалькулезном холецистите (ХНХ) в зависимости от признаков метаболического синдрома (МС).

Цель работы: установить изменения в свободно-радикальном окислении липидов и показателях антиоксидантной активности эритроцитов у больных ХНХ с МС под влиянием комплексного восстановительного лечения.

Материал и методы: под наблюдением находилось 50 больных ХНХ и 34 больных ХНХ, неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) с МС.

Методы исследования: антропометрия, УЗИ, в сыворотке крови определяли содержание малонового диальдегида (МДА), ацилгидроперекисей (АГП), супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (К), фосфолипазы А₂ (ФА₂).

Результаты: у больных с избыточной массой тела и особенно экзогенно-конституциональным ожирением (ЭКО) III степени и МС заметили нарастание показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ). Это свидетельствует о том, что ЭКО с признаками МС при отсутствии выраженных клинических проявлений воспаления в желчевыводящих путях является фактором нарушения нормального функционирования клеточных мембран и способствует росту липидных перекисей. У больных ХНХ с МС в большей степени регистрировалось повышение активности свободно-радикального окисления липидов, что связано с усилением воспалительного процесса в билиарной системе. В наибольшей степени патологический сдвиг в антиоксидантной системе наблюдался при ХНХ в сочетании с НАЖБП и МС. Так, до лечения содержания МДА, АГП, СОД, К, ФА₂ определялось в пределах 345±15,2 мкмоль/л, 12,2±0,7 мл, 578,2±29,3 ед, 17,8±1,2 ед, 1,82±0,18 ед, а после лечения соответственно: 269,5±13,8 мкмоль/л, 5,1±0,4 мл, 338,2±19,6 ед, 9,8±0,77 ед, 1,15±0,27 ед. (p<0,05) Полученные данные свидетельствует о том, что в оценке лечения больных ХНХ в сочетании с МС следует учесть состояние антиоксидантной системы.

Закключение. При хроническом некалькулезном холецистите в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени и метаболическим синдромом отмечается резкое повышение показателей перекисного окисления липидов в связи с усилением воспалительного процесса в гепатобилиарной системе. После лечения отмечена тенденция к нормализации.

АНТИГЕЛИКОБАКТЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТОЙ КИШКИ И ХРОНИЧЕСКОГО ЭРОЗИВНОГО
ГАСТРИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ПРОБИОТИКА

Григорян Э.Г., Серобян Н.С., Эминян Р.С., Майсурян К.В., Мадоян Р.А.
НИИ курортологии и физической медицины, г.Ереван, Армения

В комплексное лечение геликобактер ассоциированной язвенной болезни и хронического эрозивного гастрита целесообразно включать физические факторы и пробиотик.

Цель работы: изучить эффективность комплексного антигеликобактерного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) и хронического эрозивного гастрита (ХГ) с применением физических факторов и пробиотика.

Материал и методы: под наблюдением находилось 28 больных ЯБ ДПК в фазе затухающего обострения и 30 больных ХГ.

Методы исследования: эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с изучением морфологического состояния слизистой гастродуоденальной зоны, внутрижелудочная рН-метрия, бактериологический анализ кала.

Методы лечения: диета, 4 компонентная антигеликобактерная терапия в течение 14 дней (омепразол или нольпаза, флемоксин солютаб или ампициллин, де-нол, кларитромицин или левофлоксацин) с продолжением приема ингибитора протонной помпы до 25-26 дней, магнитолазер, внутренний прием пробиотика «Нор Нарине» с минеральной водой «Джермук».

Результаты: под влиянием комплексного лечения явления гастроэзофагеального рефлюкса в слабой форме проявлялись у 3% больных. По данным ЭГДС у пациентов ХГ воспаление в желудке, в частности антральном отделе, после лечения в 80% заметно уменьшилось. В 90% отмечено заживление эрозий в желудке. Язва зарубцевалась в 80%, а у остальных размеры резко уменьшились. Противовоспалительное действие в слизистой желудка выявлено в 72%, а в двенадцатиперстной кишке в 77%. У больных ХГ в желудке установлено повышение рН среды, в среднем до $5,0 \pm 0,4$ в 1 фазу секреции, во 2 фазу до $4,8 \pm 0,6$, а при ЯБ ДПК соответственно: $6,3 \pm 0,4$, $5,8 \pm 0,3$. Под влиянием комплексного лечения с пробиотиком заметно повышалось содержание бифидум, лактобактерий с понижением патогенной микрофлоры.

Заключение. Эффективность антигеликобактерной терапии хронического гастрита и язвенной болезни ДПК повышается при сочетанном применении медикаментов с магнитолазером, пробиотиком «Нор Нарине» и минеральной воды «Джермук».

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ БАКТЕРИОФАГОВ И АНТИБИОТИКОВ В СТОМАТОЛОГИИ

*Грудянов А.И., Фролова О.А., Исаджанян К.Е., Никитин В.В.,
Пашкова Г.С., Попова В.М., Лебедеко С.И.*

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-
лицевой хирургии, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить чувствительность микрофлоры полости рта пациентов с пародонтитом и периимплантитом к антибиотикам (АБ) и бактериофагам (БФ).

Материалы и методы. После клинического обследования у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (36) и периимплантитом (18) проводили забор материала, транспортировку образцов (54) в лабораторию НПЦ «МикроМир», культивирование, идентификацию и тест на литическую активность препаратов: авелокс, амоксиклав, аугментин, доксициклин, клацид, линкомицин, роцефин, рулид, сумамед, таваник, флемоксин соллютаб, ципролет, ципробай, цифран – и средства «Фагодент».

Исследование антимикробной активности геля на основе 56 видов БФ к патогенам полости рта «Фагодент» проводили с помощью метода spot-тестирования.

Результаты показали, что авелокс и роцефин эффективны при нанесении на 50% образцов; доксициклин- на 41%; аугментин, таваник и ципробай -на 33%; флемоксин соллютаб- на 25%; ципролетна 16%; а амоксиклав и линкомицин-на 8%. клацид, кулид, сумамед и цифран не показали литической активности. На 18 образцах (33,3%) выявлена поливалентная резистентность на все исследуемые АБ.

Результаты spot-тестирования (определение литической активности БФ) показали положительный результат у 72% образцов. Отрицательный результат был получен практически у 28%. Дальнейшие исследования показали в образцах, где отределяются сплошной бактериальный рост на фоне воздействия БФ, наличие нормофлоры, сапрофитов и условно-патогенных микроорганизмов.

Вывод. Было доказано значительное преимущество бактериофагов, что может стать основой при выборе тактики антимикробного воздействия.

ПРИМЕНЕНИЕ КВАНТОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ
С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Гусева Н.Б., Гаткин Е.Я., Казанская И.В.

РУДН ФПКМР, каф. Биофизических методов в медицине, Детская городская
клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

Неблагоприятными условиями для хирургического вмешательства считается воспаление мочевого пузыря - следствие нейрогенной его дисфункции (гипер- и гипорефлекторной). Например, когда пациенты нуждаются в реплантации мочеточников при наличии пузырно-мочеточникового рефлюкса, или пластике лоханочно-мочеточникового сегмента. Мы наблюдали 87 детей в возрасте от 5 до 15 лет. В основной группе (57 пациентов) помимо базового лечения применяли лазеропунктуру и квантовую терапию с электростимуляцией (аппарат РИКТА-ЭСМИЛ: лазер – 890 нм, частота - 5 Гц, 50 Гц, 1кГц, переменная - 0-250 Гц, импульсная мощность - 15 Вт). В группе клинического сравнения было 30 детей. Действовали на область мочевого пузыря (30-60 с) и на референтные точки (5-10 с). На курс назначали 10 сеансов, но в 25 случаях курсы были укорочены до 4-6 сеансов. Квантовое лечение прекращали за 1,5 – 2 недели до операции.

В результате лечения у 57 больных основной группы в течение 1-2 недель наблюдали снижение внутрипузырного давления на 33% и увеличение максимального объема мочевого пузыря, на 66%. У всех пациентов были ликвидированы незаторможенные сокращения мочевого пузыря. Наблюдал регресс воспалительных изменений со стороны слизистой мочевого пузыря и снижение лейкоцитурии вплоть до нормализации анализов мочи. В 67 % случаев ликвидировано дневное недержание мочи, интервалы между мочеиспусканиями увеличились в полтора - два раза. У 5 из 8 пациентов, за счет снижения внутрипузырного давления, мы достигли ликвидации ПМР I - II степени, что не наблюдали ни у одного из 6-и пациентов группы сравнения. В группе сравнения максимальный объем мочевого пузыря возрастал в положении пациентов стоя на 39,6% меньше, чем в основной группе, а лежа эта цифра была меньше таковой в основной группе на 8,5%. Воспалительные изменения со стороны слизистой мочевого пузыря регрессировали в этой группе в среднем на 5 дней позже. Исчезало менее 50% булл, а высота оставшихся элементов уменьшалась на 20%, что на 30% меньше, чем в основной группе. Всего неудачные результаты у больных этой группы составили 40%, что существенно больше, чем у пациентов основной (22,8%). Важную роль в улучшении состояния пациентов играет исчезновение явлений цистита, что позволяет исключить тяжёлые осложнения в послеоперационном периоде и на 5 дней сократить пребывание ребёнка в хирургическом стационаре.

ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИЯ И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ

Давлятов С.Б., Асадов С.К.

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения
Республики Таджикистан », Душанбе, Республика Таджикистан

Нами изучены клинические данные и некоторые показатели гуморального и клеточного звеньев иммунной защиты, фагоцитоза и показателей ЦИК у 52 (контрольная группа – 16 и основная – 36) больных с сочетанным эхинококкозом.

Результаты иммунологических исследований перед выпиской у 52 больных с сочетанным эхинококкозом после соответствующей иммунокоррекции указывают на некоторое снижение уровня иммуноглобулина IgA, повышение – IgM и IgG классов и сохранение высокой концентрации ЦИК. Эти изменения были наиболее выражены у детей контрольной группы с резко выраженным (у 7 больных) осложненным послеоперационным течением. Но при этом у детей контрольной группы по сравнению с ПЗД количество IgA оказалось сниженным на 11% в контрольной и на 5% в основной группе. Содержание ЦИК в обеих группах больных было повышенным на 13,8 и 26,5% соответственно, IgG и IgM – на 2,5 и 18,6%; 31,0 и 43,0% соответственно, что характеризует высокую степень антигенной нагрузки на организм.

Способ иммунореабилитации разработан нами с учетом выявленных изменений со стороны иммунологических показателей и в зависимости от тяжести нарушения функции легких, сердечно-сосудистой системы, ФПН и течения заболевания.

Способ комплексного восстановительного лечения детей, перенесших эхинококкэктомию, заключается в следующем: после выписки из стационара в условиях поликлиники или стационара одного дня проводится курс лечения: алоэ или ФиБС (по 1,0 подкожно 30 дней), оротат калия (из расчета 10-20 мг на кг массы тела ребенка) или метилурацил (по 0,75 г в сутки), пентоксил (по 0,45 г в сутки), чрескожное облучение крови (ЧКОК) гелий-неоновым лазером (излучение в области югулярной вены с мощностью лазера 20 мВт), магнитотерапия (электромагнитное облучение), квантовая терапия (аппаратом «Витязь», частота 5-50 Гц, экспозиция 1-5 минут, ежедневно, 12 сеансов), иммуномодуляторы (циклоферон по схеме, иммунал или иммунафан), оксигенатерпия и ЛФК.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НОВОЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗРЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Дембский Л.К., Ширинова О.Н., Цамерян А.П.

ГАУЗ РК «Крымский центр реабилитации зрения» Симферополь, Россия.

Существующая система охраны зрения детей и подростков, построенная на принципах экстенсивного развития, с ее клинической эффективностью не более 20 процентов, полностью исчерпала свои возможности. Любые попытки улучшения этой системы в рамках экстенсивного развития влекут неоправданные экономические затраты. Жизненно назрела необходимость немедленного перехода от экстенсивной к интенсивной системе единственно эффективной, продуктивной и мало затратной.

Так, в Государственном автономном учреждении здравоохранения Республики Крым «Центр реабилитации зрения» разработана новая форма организации диспансерного наблюдения больных с ориентацией на донологическую диагностику и медико-социальную профилактику, а также принципиально новые подходы к организации системы охраны зрения в детском и подростковом возрасте. Это послужило поводом для пересмотра организационных основ первичной офтальмологической помощи (системы охраны зрения) детям и подросткам и создания новой системы, основанной на интенсивных технологиях.

Система интенсивной медицины – новая форма организации здравоохранения, предусматривающая увеличение производительности труда медработника. Отличительной особенностью этой системы является увеличение количества обслуживаемых одним медработником пациентов без снижения качества.

Разработанная концепция системы интенсивной медицины основывается на созданной в Крымском центре реабилитации зрения – прогрессивной технологии – лечебно-диагностическом конвейере – новой модели интенсивной медицины. На ее основе создана передовая и перспективная система охраны зрения с производительностью в 8 раз выше существующей.

Создание новой системы на основе принципов поточной специализации и стандартов качества офтальмологической помощи детям послужило основой для возможности оказания реальной медицинской помощи не 20% нуждающимся в ней детям, а 100% с теми же материальными затратами. Здесь же, в Крымском центре реабилитации зрения были обкатаны все три этапа офтальмологической диспансеризации и детально разработана технология их выполнения.

Конвейерный принцип лечения нарушений зрения представляет комплекс аппаратов, приборов, оптики, инструментария последовательно воздействующих на глаз пациента, либо находящегося неподвижно, либо перемещающегося относительно неподвижных аппаратов, приборов, оптики, инструмента.

Компонентом конвейерного принципа является поточная многопозиционная линия, представляющая поток пациентов, перемещающихся вдоль аппаратов, приборов, оптики, т.е. по всему конвейеру с целью развития и совершенствования у них элементов зрительного акта. Она включает 24 различных аппарата, прибора, элемента оптики.

В процессе лечения на пациента воздействуют от 5 до 10 различных приборов и аппаратов, скомпонованных в определенной последовательности. Различное количество применяемых для данной нозологии аппаратов и приборов объясняется различием форм одного и того же заболевания.

Пропускная способность лечебного конвейера составляет 200 человек в смену. Сам же лечебно-диагностический конвейер – ЛДК, явился принципиально новой системой как в организационном, так в клиническом и научном качестве.

Лечебная эффективность конвейера составляет 97,6%.

Экономическая эффективность индустриальной системы охраны зрения оказалась в 3,8 раза по Крыму и в 4 раза по Симферополю выше существующей.

Теоретическая и практическая дееспособность индустриальной системы охраны зрения, как и любой системы, определялась ее функционально-стоимостным анализом (ФСА). Функциональный подход позволяет представить любую систему, в том числе и систему охраны зрения, как комплекс выполняемых функций. При этом происходит сопоставление значимости функций с затратами на их реализацию и уровнем качества их осуществления. Этот прием позволил дать экономическую оценку существующей и предлагаемой системам.

Экономическая эффективность получена за счет минимизации текущих затрат на дорогостоящие функции, соединения инженерного и экономического подхода, использования высокопроизводительных конвейерных технологий на всех трех этапах системы охраны зрения детей и подростков, а также повышения в 8 раз производительности труда отдельного работника, Центра, аппарата управления и системы в целом за счет интенсификации труда и использования системного подхода в организации самой системы.

В целом же медико-экономические расчеты показали, что организация комплексной индустриальной системы охраны зрения детей и подростков повышает эффективность работы органов здравоохранения в 4 раза и является показательным примером реорганизации всей системы здравоохранения страны.

ПРИМЕНЕНИЕ КВАНТОВОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН

Дербенёв В.А., Гаткин Е.Я., Веселов А.Э.

РУДН ФПКМР, каф. Биофизических методов в медицине. РФ,
ГНЦ лазерной медицины РФ, ВЦМК «Защита» Минздрава РФ,
Москва, Россия

Для разработки метода мы провели серию экспериментов. В опытах использовали модель экспериментальной огнестрельной раны. Всем животным опытной и контрольной групп (крысы) за пятнадцать минут до нанесения ранения проводился внутрибрюшинный калипсоловый наркоз, после чего их фиксировали на специальных планшетах. Мягкотканное стандартное огнестрельное ранение наносилось в область средней трети правого бедра крысы из пистолета Марголина (калибр 5,6 мм, начальная скорость полета пули 320 м/сек) с расстояния шесть метров.

При лечении экспериментальных огнестрельных ран у крыс методом ФДТ придерживались следующей тактики. Раневые каналы животных промывали растворами антисептиков и затем рыхло тампонируют марлевой салфеткой с раствором или гелем фотосенсибилизатора. Через 24 часа аппликации салфетка удалялась, а раневая поверхность в течение 6 минут обрабатывалась низкоэнергетическим лазерным излучением (аппарат «Аткус 2» с длиной волны света 662 нм, использовали плотность энергии 30 Дж/см²). По окончании процедуры раневой дефект после его санации растворами антисептиков вновь рыхло тампонируют салфетками с раствором антисептика или гелями фотосенсибилизатора. Метод ФДТ с фотодитазиним использовали в течение трех суток (четыре аппликации ран салфетками с фотосенсибилизатором и три обработки раневой поверхности лазерным излучением). Дальнейшее лечение животных осуществляли применением мазевых повязок. До перехода раневого процесса во вторую фазу заживления перевязки животным производили ежедневно. Лечебные мероприятия выполняли после проведения щадящей ПХО ран, которая заключалась в рассечении раневого канала без иссечения видимых некротических тканей и промывании раневой поверхности растворами антисептиков.

Метод квантовой стимуляции огнестрельных ран мы использовали в зоне чрезвычайной ситуации в Чеченской республике (Мобильный полевой госпиталь ВЦМК «Защита») в лечении 23 пациентов. Способ заключается в остановке кровотечения, иссечением инфицированных краёв раны, с последующим дренированием раневого канала, промыванием антисептическими растворами и наложением асептических повязок. Квантовое лечение начинали не ранее, чем на вторые сутки, чтобы за счёт улучшения микроциркуляции не усилить кровотечения. После снятия первичных асептических повязок на область входного и выходного отверстий раневого канала воздействовали импульсным лазерным излучением с одновременным воздействием магнитным полем при частоте следования лазерных импульсов в последовательности 5 и 50 Гц при мощности излучения 8-50 Вт, значении индукции магнитного поля 35 - 40 Мтл и времени воздействия

1-5 минут. Воздействие импульсным лазерным излучением и магнитным полем осуществляли при помощи медицинской установки «РИКТА-04» или «РИКТА-ЭСМИЛ». Нами была выработана тактика применения квантовой энергии у пострадавших с огнестрельными ранениями: 1. Воздействие начинать не ранее, чем **на вторые сутки** после травмы (в первые сутки после ранения квантовая терапия может усугубить кровотечение за счет улучшения кровотока 2. При множественных слепых осколочных ранениях и при слепых пулевых ранениях, когда нет угрозы для жизни пострадавших, извлечение инородных тел производить в отсроченном периоде. Квантовое воздействие начинать на вторые - третьи сутки после ранения. 3. Раневые каналы широко дренировать без наложения швов (профилактика анаэробной инфекции) и промывать антисептическими растворами. 4. После снятия отека производить извлечение осколков и пуль через раневые каналы или контрапертуры. 5. Квантовое воздействие продолжать в послеоперационном периоде до полного заживления.

Ни в одном случае мы не наблюдали осложнений в виде анаэробной инфекции или нагноения раны. Заживление происходило в среднем на 3-5 дней раньше, чем у раненных не получивших в комплексном лечении квантовой терапии. (Группа клинического сравнения – 28 пациентов).

Пример. Женщина, 51 год, получила пулевое огнестрельное ранение в голову из пистолета с расстояния около двух метров. Входное отверстие располагалось слева от средней линии в проекции альвеолярного отростка верхней челюсти. При дальнейшей ревизии определялось касательное ранение спинки языка и в области средней трети левой небной миндалины выявлен раневой канал. Отмечалось продолжающееся кровотечение из альвеолярного отростка и задней стенки глотки.

Произведена тампонада раны задней стенки глотки, после чего проводилась интенсивная противошоковая и гемостатическая терапия. В области задней поверхности шеи выявлено выходное пулевое отверстие. Раневой канал дренирован резиновым выпускником, промыт антисептическим раствором с наложением асептической повязки.

Через два дня проведен первый сеанс квантовой терапии: через насадку в ротовую полость доставлялось лазерное излучение с частотой следования импульсов 1 кГц в течении 120 секунд при мощности в импульсе 8 Вт. На область входного и выходного отверстия воздействовали по 120 секунд с частотой 5 и 50 Гц. Через три часа после первого сеанса пострадавшая отметила, что дышать стало легче, ночью спала хорошо впервые после получения ранения, дыхание стало свободным за счет уменьшения отека глотки.

На третьи и четвертые сутки проводились еще два сеанса квантовой терапии, после чего пациентка была вертикализована и выписана домой. На повторный осмотр явилась через две недели. Состояние удовлетворительное.

На метод получен патент на изобретение № 2302886 от 20 июля 2007 г.

Таким образом, наш первый опыт применения квантовых методов в лечении пострадавших с огнестрельными ранами в зоне боевых действий дал хороший эффект и, на наш взгляд, перспективен для использования военными и гражданскими хирургами не только в лечебных учреждениях, но и в полевых условиях.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАССАЖНО-ТРАКЦИОННОЙ РАЗГРУЗКИ
ПОЗВОНОЧНИКА В СОЧЕТАНИИ С ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЕЙ
ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ**

Евдокименко П.В., Мосолова Э.Г., Даренских Ю.Н., Даренских Г.И., Даренских Т.Ю.
Академия медико-технических наук, Москва, Санаторий-профилакторий «Волна»,
г. Челябинск, Россия

В настоящее время тракционная терапия является патогенетически обоснованным методом лечения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника с болевым синдромом. Многочисленными рентгенологическими исследованиями доказано, что в момент тракции расстояние между телами позвонков может увеличиваться на 1-2,5 мм, а вертикальный размер межпозвонковых отверстий соответственно на 0,2—0,65 мм (это связано в первую очередь с растяжением спазмированных межпоперечных мышц пораженного ПДС при действии на них длительной статической нагрузки). Кроме того, анатомо-топографические изменения проявляются в виде снижения давления межпозвонкового диска на переднее внутреннее венозное сплетение и заднюю продольную связку, что, в свою очередь, ведет к уменьшению венозного и ликворного застоя и снижению отека корешков и межпозвонковых связок. Нами проведен анализ эффективности лечения больных с острыми и подострыми болевыми проявлениями вертебральных синдромов при действии компрессионно-механического фактора.

Под наблюдением находились 56 мужчин в возрасте от 30 до 73 лет. Средний возраст составил 52,5 года. Всем пациентам проведено рентгенологические исследования, КТ, МРТ. У пациентов выявлены трещины фиброзного кольца, протрузии межпозвонковых дисков, сопровождающиеся компрессией корешков при пролябировании грыжи диска и ущемлением капсулы межпозвонкового сустава. В основном учитывались общепринятые клинические критерии. Вертеброгенные рефлекторные синдромы на шейном уровне (цервикалгии) имели место у 12, на грудном-торакалгии - у 16, пояснично-крестцовом (люмбагии, люмбоишалгии) - у 27. Течение заболевания у всех было рецидивирующим.

Длительность заболевания составляла от 1 года до 18 лет. Слабовыраженный болевой синдром наблюдался у 34 человек, умеренно выраженный у 22. На курс лечения было проведено 10 процедур тракции на аппарате ORMED в сочетании с иглорефлексотерапией по классической методике. Положительный эффект в виде уменьшения боли в позвоночнике и восстановления двигательных функций в пораженных сегментах отмечено у 42 человек, что расценено как улучшение состояния. Слабый эффект был отмечен в 8 случаях, и только у 6 пациентов лечение было без положительного результата. В то же время при дисфиксационном механизме необходимо помнить, что паравертебральная мускулатура в течение 2 часов после проведения тракции миографически нейтральна, т. е. незащищена и существует большой риск возникновения осложнений: при дизгемическом варианте вытяжение может вызвать перегиб и ишемию межпозвонковых артерий (исключая шейный отдел, так как в разных отделах позвоночника они входят в межпозвонковый канал под разными углами), а при асептико-воспалительном - возрастает риск травматизации возвратного нерва образовавшимися спайками и швартами. Наряду с чисто механическим эффектом, при вытяжении отмечается регресс клинических проявлений рефлекторных экстравертебральных синдромов остеохондроза позвоночника, обусловленных компрессионно-механическим фактором.

Таким образом, тракционная терапия показана в основном при компрессионно-механическом варианте развития вертеброгенных синдромов.

DEPENDENCE OF PHYSICAL ACTIVITY ON FUNCTIONAL STATUS OF
AIRWAYS AND ITS IMPORTANCE IN REHABILITATION PROCESSES

Eliava G.G., Tsintsadze T.G., Topuria L.S., Mzhavanadze R.G., Tabidze M.Sh.

Georgian Technical University, Georgian State Teaching University of Physical Culture and Sport, Tbilisi Balneological Resort “Tbilisi SPA” – National Scientific and Practical Centre of Health and Medical Rehabilitation, Tbilisi, Georgia

One of the most important tasks facing the health service is carrying out of measures focused on public health care.

Package of measures includes optimization of motion activity and human working capacity that eventually determines his/her successful labor activity.

Cycloergometric load is widely used for assessment of motion activity and physical working capacity. For study of optimality of motion activity there were registered cycloergograms determining time limit for performed load with given intensity up to the moment, when signs of inadequacy (back-breaking signs) to physical load appear, while general physical working capacity was determined according to PWC₁₇₀ test.

Rehabilitation period after physical load reflecting the state of adaptive response of body on loads was varied for different types of breathing. Under nasal breathing the rehabilitation period was shorter than in case of mouth breathing, while general physical working capacity was higher.

Rehabilitation period dynamics after physical load, indices of cycloergogram and general physical working capacity point at significant role of nasal breathing in activity of body functional systems and first of all, of respiratory and cardiovascular systems during physical load and in restoration period.

Nasal breathing through wide-spread reflexes defines optimal performance of functional systems determining necessary level of motion activity and physical working capacity. That's why during rehabilitation process for compensation of dysfunction of different bodily organs and systems, recovery of motion activity and physical working capacity is necessary to take into account functional status of airways, improvement of which will promote positive dynamics of rehabilitation measures and patient health.

**МЕТОДЫ БЫСТРОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СПОРТСМЕНА
МЕЖДУ СТАРТАМИ В ДЕНЬ СОРЕВНОВАНИЙ**

Ерёмушкин М.А., Гаткин Е.Я., Грабовщинер А.Я., Наумцев С.А., Абашии А.И.

Международная Ассоциация Квантовой Медицины, НОУ «Институт квантовой медицины»,
Федерация массажа РФ, ООО «Технологии прогресса», Университет Дружбы Народов
(РУДН), ООО «МЕДЭП», АНО «Семейный спортивно-оздоровительный клуб «Звягинец»,
Москва, Россия

Целью нашей работы является улучшение состояния спортсмена в день ответственных соревнований путём повышения его функциональных возможностей.

Международная ассоциация «КВАНТОВАЯ МЕДИЦИНА», НОУ «Институт квантовой медицины», ООО «ПКП ГИТ», ООО «Технологии прогресса», совместно с Университетом Дружбы Народов разработали медицинскую аппаратуру нескольких поколений и эффективные методы её использования.

Для использования в повседневной практике спортивной медицины мы разработали аппарат «РИКТА-ЭСМИЛ-02», весом не более 200 г., удобно помещающийся в руке и с высокой мощностью (8-15 Вт в импульсе). Вариабельность частот следования лазерных импульсов (от 0 до 3000 Гц), инфракрасные светодиоды и постоянный магнит, с индуктивностью не менее 35 мТл, а также электроды для чрезкожной электротерапии позволяют глубоко проникать энергии в ткани, работать на стимулирующих и обезболивающих режимах, что заметно повышает эффективность оказания помощи спортсмену в восстановлении между двумя стартами.

Сразу после традиционного массажа мы применяем квантовую фотомодификацию с электростимуляцией паравертебральных участков для повышения эластичности межпозвоночных дисков и мышечно-сухожильных образований, что снижает вероятность травмы. Экспозиция воздействия 1-5 минут. Частоты следования лазерных импульсов подбираем в соответствии с поставленными задачами. Помимо непосредственного воздействия на мышечно-сухожильные образования с успехом применяем для бездопинговой стимуляции спортсменов транскутанную квантовую гемотерапию, которая в течении нескольких минут улучшает реологию крови, усиливает микроциркуляцию, повышает кислородную ёмкость эритроцитов и энергетический потенциал клеток,

Указанные методы успешно используются в медицинском сопровождении соревнований на уровне Чемпионатов Мира, в частности по водно-моторному спорту. В 2007 г. команда Red Star Mercurу выступала в самом престижном классе V (объем двигателя до 2,5 л) Результат: I место – (участвовало 12 экипажей). В результате применения указанных методов команда, которая раньше не входила в число призёров Чемпионатов Европы и Мира, стала показывать стабильные результаты. Восстановление спортсменов в постстартовом периоде занимало 1-2 дня, хотя раньше пилоты отмечали явления утомления еще в течении 30-40 суток.

Наши методы были применены в медицинском сопровождении Российской команды в Кубке Мира по каратэ Кофукан в 2011 г.. Функциональные возможности спортсменов значительно улучшились. Результат -1 общекомандное место.

Заключение. Введение в повседневную практику спортивных врачей России аппаратных методов контроля за состоянием спортсменов и квантовых методов восстановления, позволяет сделать спортивную медицину бездопинговой и безопасной для здоровья человека.

CHANGES IN THE ULTRASTRUCTURE OF CORPUS CALLOSUM
UNDER THE EFFECT OF OPIOID IN THE EXPERIMENT

Zelenjak M.V., Zinko A.V.

Danylo Halytsky National Medical University, Lviv, Ukraine

The effect of opioids on the structural organization of the organs remains to be one of the pressing problems of modern medicine. Results of the studies published in the professional literature often bear the character of separate observations and are often contradicting. The objective of this study was to establish peculiarities of ultrastructural organization of corpus callosum under the effect of injection of nalbuphin in the experiment during six weeks.

The material used in the study were ultramicroscopic sections of corpus callosum of 15 mature white male adult rats. Nalbuphine was injected intramuscularly in therapeutic doses taking into consideration the coefficient of the species' endurance.

The work was carried out using the method of electron microscopy. The study and photographing of the material was conducted with the aid of УЕМБ-100 К microscope at acceleration speed 75 kV and magnification on the microscope screen $\times 4000$ – 8000. After 6 weeks of injecting nalbuphine structure of the nerve fibers of corpus callosum is impaired, with an edema being found in axis cylinders.

Axons' cytoplasm is of non-uniform electron-optical density, dark regions alternating with light regions, the number of organelles decreases. Axis cylinders of the nonmyelinated fibers contain numerous phagosomes, there are occasional large rounded or oval mitochondria with ruined cristae.

The number of macrophages and fibroblasts increases, which is an indication of gliosis. The size of glial cells located between fascicles of the nerve fibers increases.

Cytoplasm of oligodendrocytes is lucid and swollen, nuclei hypertrophic, with dentate nucleolemma and contain heterochromatin. Nuclei contain 1-2 nucleoli of the reticular structure.

Some nerve fibers are fragmented, they acquire an irregular form, the clear linearity of the structure of the nerve fibers is lost, with fissured vacuoles being found. Thus, long term injection of nalbuphine predetermines pathological changes in the ultrastructural organization of corpus callosum. The obtained results may serve as a morphologic basis for further scientific research work in neurology.

ИНФРАКРАСНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ УРОЛИТИАЗА

Ибодов Н.С., Асадов С.К., Мираков Х.М., Курбонов К.Б.

Республиканский научно-клинический центр урологии, ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, г. Душанбе. Таджикистан

Цель работы. Изучить диагностические возможности инфракрасной спектроскопии в диагностике уролитиаза.

Материал и методы. Методом инфракрасной (ИК) спектроскопии были исследована плазма крови 70 больных с уролитиазом в возрасте от 15 до 60 лет. Для спектрального анализа кровь брали из локтевой вены, выделяли плазму и, используя методику получения тонких пленок, записывали ИК- спектры.

Результаты. Исследование молекулярно-динамических характеристик ИК – спектров плазмы крови больных при уролитиазе и их сравнительный анализ со спектрами донора, показывает об их существенном отличии.

Сравнительный анализ ИК – полос поглощения, лежащих в области частот 3750 - 2700 см^{-1} , плазмы крови больных уролитиазом и донора показывают, что в зависимости от видов камней и стадии воспалительного процесса наблюдается изменение формы интегральной интенсивности и уширение полос. Во-первых, в области максимума полос ОН-групп, уширяется и становится более пологой; во-вторых, изменяется соотношение между интенсивностью полосы 3315(± 25) см^{-1} (ОН-групп) и 2930 см^{-1} (CH_2 -групп). В-третьих, наблюдается общее увеличение интенсивности и уширение полосы.

У больных с мочекаменной болезнью оценка интегральной интенсивности полосы показывает, что она по сравнению со значением полосы донора увеличивается на $25\pm 5\%$, что свидетельствует о количественном изменении состава отдельных компонентов крови, которые имеют характерное поглощение в данной области частот. Анализ полученных ИК спектров показывает, что происходит также существенное изменение ИК полос поглощения, лежащих в области частот 1800–1000 см^{-1} . Наблюдается общее увеличение интегральной интенсивности и перераспределение интенсивности дуплетной полосы с ν_{max} 1640 и 1550 см^{-1} , что приписывают к колебаниям “АМИД” -ных групп с сильным увеличением интенсивности полосы 1550 см^{-1} . При уролитиазе наблюдается небольшое смещение ν_{max} полосы 1550 см^{-1} в сторону высоких частот на 10 ± 2 см^{-1} . Интенсивность полосы 1640 см^{-1} уменьшается на $15\pm 3\%$, а интенсивность полосы 1550 см^{-1} наоборот увеличивается на $25\pm 2\%$. У пациентов на фоне общего увеличения интенсивности полос наблюдается уменьшение интенсивности слабых пиков с ν_{max} 1450 и 1396 см^{-1} . Происходит практическое сглаживание пиков с ν_{max} 1295 и 1230 см^{-1} , но в области частот 1100 ± 5 см^{-1} проявляется новый слабый пик, который отсутствует в спектрах плазмы крови донора.

Таким образом, анализ ИК - спектров плазмы крови больных показывает, что при уролитиазе происходит не только изменение форм полос поглощения, но также появляется новая полоса, которая характерна только данной форме болезни. В целом, анализ полученных ИК -полос поглощения плазмы крови свидетельствует о том, что при уролитиазе происходит изменение состава крови больных.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Ибодов Х., Давлатов С.Б., Азизов Б.Дж., Мирзоев Д.С., Баротов А.А.

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии
ГОУ Института последипломного образования в сфере здравоохранения
Республики Таджикистан, г. Душанбе

Цель работы. Дать оценку методам ликвидации остаточной полости в зависимости от локализации эхинококковых кист.

Материал и методы. Анализированы результаты исследований и лечения 153 детей, оперированных по поводу эхинококкоза печени. Произведены 159 операций у 153 пациентов в возрасте от 2 до 7 лет - 35 (22,8%), 8-10 лет- 51 (33,3%), 11 – 15 лет – 64 (43,9%) больных. Одиночные эхинококковые кисты (ЭК) были у 94 (61,5%), множественные ЭК у 59 (38,5%), сочетанные поражения легкого и печени наблюдались у 18 (11,7%) больных. Чаще ЭК локализовалось в правой (85,5%) доли печени, при этом сегменты печени больных распределялись следующим образом: I- 12-4,1%; II – 14-4,8%; III – 17-5,6%; IV – 72-24,6%; V - 531- 17,0%; VI – 48-16,4%; VII – 41-14,5%; VIII – 35-13,5%.

Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 97(63,6%) из 153 оперированных детей, в сроки 2 года обследованы у 10 (10,3%), 2-5 лет у 21 (21,6%), 5-10 лет у 22 (22,6%) , свыше 10 лет у 44 (45,5%) человек.

С целью исключения эхинококкоза и характеристики состояния куполов диафрагмы всем детям сделана обзорная рентгенография грудной клетки. Для выявления остаточной полости (ОП) и рецидива ЭК производили УЗИ печени, органов брюшной полости и забрюшины. Всем больным эхинококкэктомией IV-V сегментов печени для характеристики морфофункционального состояния желчного пузыря и рубцовых изменений на месте удаленных ЭК по показаниям осуществлена компьютерная томография печени и холецистография.

С целью выявления мелких ЭК, ОП и характеристики архитектонических состояний сосудистой системы печени больным после эхинококкэктомии по поводу центрально расположенных малых, средних, больших и гигантских ЭКП произведена трансортальная (15) и чрезупочная (25) ангиография печени. 153 больным ЭК печени после эхинококкэктомии ОП (223) фиброзной капсулы кисты (ФКК) ликвидированы следующими способами: капитонажом краев ФКК (23); инвагинационным (35); заворачиванием краев ФКК в виде рулета по Н.Ф. Березкину (42); оментопексия по А.Т. Пулатову (46); атипичные резекции печени (11); подшивание диафрагмы или лоскута диафрагмы ко дну ОП (14); с созданием

опоры для желчного пузыря по Т.А.Абдуфатаеву (24); выкроенными лоскутами из ФКК на сосудистой ножке (28).

Осложнение после эхинококкэктомии печени в отдаленные сроки наблюдались у 12% больных. Осложнения после ликвидации ОП методом капитонажа наблюдались у 30% больных. На ангиографии печени отмечалось сближение и извитливость с расширением сосудов в проекции ликвидации ОП ЭКП.

В результате нарушения кровообращения с образованием очагов инфильтрации печеночной ткани, которые деформируя внутripеченочные желчные ходы в отдаленные сроки привели к развитию хронического гепатита и локальному циррозу. Осложнения после ликвидации ОП по Н.Ф. Березкину наблюдались у 18,6% больных. На ангиографии печени отмечались отруб сосудов и объединение сосудов в проекции удаленного ЭК с склеротическим изменением печеночной ткани в результате нарушения кровообращения завернутых краев ФКК в виде рулета. Осложнения после ликвидации ОП с подшиванием диафрагмы или его лоскута к дну ОП наблюдалось у каждого второго больного с нарушением участия диафрагмы в акте дыхания. Осложнения после инвагинационного способа наблюдались у 3,7% больных, у которых на холицистограмфии отмечалось деформация и хроническое воспалительное изменение желчного пузыря. После ликвидации ОП по А.Т.Пулатову, по Т.А.Абдуфатаеву, лоскутами ФКК на сосудистой ножке, атипичной резекции и инвагинационным способом осложнение не наблюдалось. После эхинококкэктомии центрально расположенных малых, средних, больших и гигантских ЭК остается глубокая ОП, дно которой оказывается ближе к магистральным сосудам печени. В таких случаях, общепринятые методы ликвидации ОП (способ капитонажа, по Н.Ф.Березкину, инвагинационный, подшивание диафрагмы или его лоскута) малоэффективны.

Таким образом, при малых и средних, периферически расположенных ЭК приемлемым способом ликвидации ОП является инвагинация краев ФКК к дну полости.

Оментопексия по А.Т.Пулатову показана при средних, больших периферически расположенных ЭК по передней и нижней поверхности печени. Ликвидация ОП с созданием опоры для желчного пузыря по Т.А. Абдуфатаеву показана при средних, больших и гигантских центрально расположенных ЭК с распластанием желчного пузыря на ФКК. Ликвидация ОП с лоскутами ФКК на сосудистой ножке приемлема при средних, больших и гигантских центрально расположенных ЭКП с поддиафрагмальной локализацией. Рецидивы ЭК наблюдались у 1,5% больных.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ

Иванчук Е.И., Алексеева С.Р.

Ставропольский государственный медицинский университет, г.Ставрополь,
Первый МГМУ им.И.Сеченова, г.Москва, Россия

В последние годы, благодаря эпидемиологическим исследованиям, проведенным в различных странах, отмечается значительный рост воспалительных заболеваний слизистой полости рта, вызванных различного рода микроорганизмами - бактериями и вирусами. Четкая диагностика может способствовать более эффективному лечению заболевания. Важное значение имеет изменчивость микрофлоры с появлением новых, более резистентных к антибиотикам и химио препаратам разновидностям, что снижает результаты терапии, с удлинением сроков лечения. Возбудителями различных форм воспалений слизистой полости рта могут быть и вирусы, и бактерии, фоном для развития которых является снижение уровня факторов неспецифической защиты организма. В этой связи нами проведена дифференциальная диагностика заболеваний слизистой полости рта с определением возбудителя, вызвавшего воспалительный процесс. Проведено комплексное диагностическое обследование больных с применением микробиологических и вирусологических методов для выявления истинного возбудителя воспалительного процесса с подбором соответствующего этиологически направленного комплексного лечения. Наряду с бактериями стрепто-стафилококковой группы был выявлен вирус герпеса из протоковых секретов слюнных желез с использованием полимеразно-цепной реакции. Комплексное обследование пациентов с помощью молекулярно-генетических методов позволило уточнить этиологию заболевания для детекции вируса герпеса, что повысило эффективность диагностики и лечения больных с воспалительным процессом слизистой полости рта.

Таким образом, комплексная противовирусная и антибактериальная терапия с использованием «Анолит нейтральный АНК» выявила выраженный лечебный эффект, с сокращением периода купирования воспалительного процесса, в среднем в 1,5-1,8 раза по сравнению с контролем. Эффект физического фактора – «Анолита», обусловлен неспецифическими свойствами воздействия на микрофлору любого происхождения, как вирусного, так и бактериального характера. При этом важным преимуществом является исключение возможности развития резистентности у микробно-вирусных возбудителей к антисептику, что способствует более эффективному восстановительному процессу в воспаленных тканях пародонта.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ У ДЕТЕЙ
С ДВУСТОРОННИМ УРОЛИТИАЗОМ

Икромов Т.Ш., Ибодов Х.И., Ибодов Н.С., Абдулалиев А., Убайдуллоев В.Р.
ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ,
Душанбе, Таджикистан

Цель работы. Оптимизация послеоперационной анальгезии у детей с двусторонним уролитиазом осложнившийся хронической почечной недостаточностью.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ методов послеоперационной анальгезии у 113 детей с двусторонним уролитиазом в возрасте от 2 до 15 лет. Продолжительность посленаркозной депрессии колебалась от 1 до 3,5 часов. В зависимости от методов послеоперационной анальгезии больные были распределены на четыре группы. I группа - 33 больным проведена послеоперационная анальгезия внутривенным введением фентанила и дроперидола. II группа – 31 больной - анальгезия баралгином. III группа – 34 больных - регионарная анальгезия через катетер, вставленный интраоперационно в паранефральную клетчатку. IV группа – 15 больных - анальгезии 1,0% раствором лидокаина и ксефакамом.

Оценка интенсивности болевого синдрома по пятибалльной шкале: 0 - отсутствие боли; 1 – боли при движении; 2 – боль при глубоком вдохе и выдохе; 3 – слабая боль в покое; 4 – интенсивная боль в покое (нет эффекта от анальгезии).

Результаты и обсуждение. Определить в точности частоту, интенсивность, распространенность и тяжесть послеоперационной боли трудно, из-за неопределенности оценки степени боли. Наши исследования, проведенные с применением общедоступных способов, приближенных к объективной оценке частоты, распространенности и тяжести послеоперационной боли у детей, оперированных на почках показали, что внутривенное введение детям I группы во время операции фентанила (2мкг/кг) и дроперидола (0,1 мг/кг) способствовало уменьшению болей в оперированной половине поясницы через $5 \pm 2,3$ минуты, а через $10 \pm 2,5$ мин они засыпали, дыхание становилось равномерным, тахипноэ уменьшалось. Оценка по пятибалльной шкале составила 1-2 балла.

Продолжительность анальгезии составляла в среднем $3,6 \pm 0,4$ часов, в последующем появлялись боли, детям требовалось повторное введение анальгетиков. У 92% детей отмечено полное отсутствие боли в покое, а у 58% больных боль наблюдалась при движении, кашле и глубоком вдохе. Больные во время лечебной анальгезии находились в состоянии медикаментозного сна, при

котором урежалась частота сокращения миокарда, с незначительным улучшением производительности и снижением периферической вазоконстрикции. Признаки снижения показатели почечного кровотока на оперированной почке отмечались в 15% случаев, СКФ и канальцевой реабсорбции (КР) - 8-10% соответственно. В результате введения опиатов сохранялась гипоксия и гиперкапния за счет снижения реакции дыхательного центра. У 17 (60,7%) из 28 больных наблюдалось угнетение кашлевого рефлекса.

Клинические исследования показателей центральной гемодинамики, газов крови, функции внешнего дыхания показали, что у больных II группы при применении баралгина эффективность анальгезии была недостаточна, поэтому потребовалось использование дополнительных анальгетиков.

Больным III группы анальгезия осуществлялась путем регионарной анальгезии через катетер, вставленный интраоперационно в паранефральную клетчатку - 1,0% раствором лидокаина, из расчета 3-5 мг на 1 кг массы тела ребенка каждые 4-5 часов. Эффект наблюдался через $15 \pm 0,3$ мин. Продолжительность анальгетического эффекта $5 \pm 0,3$ часов, боль оценивалась в 2-3 балла. Отмечалось улучшение сократительности миокарда и производительности левого желудочка, снижение периферической вазоконстрикции, но эти показатели сравнительно с I-II группой больных оказались недостоверными. В то же время отмечалось достоверное улучшение почечного кровотока, СКФ и канальцевой реабсорбции.

У больных IV группы анальгезию осуществляли 1,0% раствором лидокаина, из расчета 3-5 мг на 1 кг массы тела ребенка и ксефакамом каждые 5-6 часов. Анальгетический эффект наступал через $6,0 \pm 0,5$ мин. Очередную дозу лидокаина и ксефакама вводили после возобновления болевых ощущений. Лидокаин и ксефакам в корень почки вводились каждые $5 \pm 0,15$ часов, то есть необходимость в анальгезии составляла 4-5 раз в сутки и продолжалось $2 \pm 0,5$ дня. Осложнений, связанных с регионарной анальгезией не наблюдалось. Оценка боли в этой группе составляла 0-1 балла. После регионарной анальгезии в паранефральной клетчатке лидокаином и ксефакамом через $10 \pm 0,5$ мин наблюдалось достоверное снижение тахикардии, улучшение сократительной и производительной способности миокарда, периферической вазоконстрикции. Отмечалось достоверное увеличение почечного кровотока, СКФ и КР сравнительно с данными после операции и с остальными тремя группами больных.

Следует отметить, что после лечебной анальгезии показатели больных IV группы (лидокаин + ксефакамом) свидетельствуют о наибольшей эффективности, по сравнению с I - III группами. Эффективность последнего достигается в определенной степени за счет блокады нервов парасимпатической и симпатической системы.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АПРИКОТАБСА У
ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Исаханян А.Г., Арутюнян К.Э.

Ереванский государственный медицинский университет им. М Гераци,
НИИ курортологии и физической медицины, Ереван, Армения

С целью повышения эффективности профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов с абдоминальным ожирением необходимо включать в рацион продукты, являющиеся источниками витаминов, и прежде всего витаминов антиоксидантов - А, Е, С, β - каротин. Одним из направлений в коррекции ожирения, а тем самым, в снижении риска возникновения ССЗ, является использование биологически активных добавок (БАД).

Цель нашего исследования - определить эффективность применения БАД *Априкотабс* в сочетании с дозированными физическими нагрузками у пациентов с абдоминальным ожирением.

Обследовано 72 пациента с абдоминальным ожирением, рандомизированных на основную и контрольную группы. Пациенты основной группы принимали таблетки *Априкотабс* в сочетании с дозированной физической нагрузкой. Всем пациентам проводилось базовое обследование, включающее: анамнестические и антропометрические данные, клинические (ЭКГ, функциональная проба) и биохимические (ОХС, ТГ, ЛПНП, калий, натрий) исследования.

Полученные данные выявили положительный сдвиг липидного спектра у пациентов, принимающих *Априкотабс* в сочетании с физическими нагрузками. Уровень ОХС снизился от $219,9 \pm 8,079$ до $193,5 \pm 7,339$, $P \leq 0,01$; ЛПНП от $134,71 \pm 7,663$ до $103,0 \pm 6,318$, $P \leq 0,01$; ТГ от $185,2 \pm 19,64$ до $156,6 \pm 12,23$, $P \leq 0,001$. Понижение уровня ОХС в основной группе составляло 16%. Примерно такое же изменение было получено и для уровня ТГ в крови (14%). Необходимо констатировать, что в контрольной группе не отмечено достоверного снижения уровня ОХС, ТГ, ЛПНП. В основной группе наблюдается достоверное повышение уровня калия, при практически неизменном уровне натрия. Постоянное поддержание уровня калия в концентрациях, близких к верхнему пределу физиологической нормы способствует нормализации АД и ЧСС.

Совместное использование *Априкотабса* и дозированной физической нагрузки может способствовать быстрому снижению лишнего веса, без опасности для ССЗ, нормализации ЧСС и АД, улучшению функциональных показателей, а также коррекции липидного спектра, обусловленное наличием в *Априкотабсе* флавоноидов, в частности рутина.

**МАРКЕРЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В и С и ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ у
БЕРЕМЕННЫХ и ЖЕНЩИН с АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Казарян С.М., Даниленко Е.Д, Асратян А.А.

ФГБУ «ФНИЦЭМ им.Н.Ф.Гамалеи» Минздрава России, г. Москва, Россия

Цель - выявление частоты инфицирования вирусами гепатита В и С (ГВ и ГС), возбудителями оппортунистических инфекций (ГВИ и ЦМВИ) беременных и женщин с акушерско-гинекологической патологией.

Материалы и методы. Обследованы 3 группы женщин с акушерско-гинекологической патологией (АГП) -120 человек: с бесплодием (1 гр.); не беременные (2 гр.) и беременные с невынашиванием беременности в анамнезе (3 гр.). Группа сравнения - 150 женщин детородного возраста и 200 – с нормально протекающей беременностью. Маркеры вируса ГВ, ГС, ЦМВИ и вируса простого герпеса типа 1 и 2 определяли методом ИФА; ДНК ВГВ и РНК ВГС - методом ПЦР.

Результаты исследования. Не выявлено существенных различий в обнаружении маркеров ГВ в опытных и контрольных группах: в 30,8 %, 31,0% - 34%. Среди женщин с АГП выявлен большой процент лиц с наличием маркеров вируса ГС: во 2 группе он составил 10% (50% РНК ВГС+) и 5% - в 3 группе (все РНК ВГС +), среди лиц контрольной группы -2 % - 3%.

Установлено, что значительная часть беременных женщин являются носителями маркеров смешанных инфекций: ВГВ+ВПГ, ВГВ+ВМВ, ВГВ+ВПГ+ЦМВ; ВГС+ВПГ, ВГС+ВПГ+ЦМВ. У таких женщин беременность протекает с наибольшим числом осложнений. Среди женщин с АГП установлено в значительном проценте случаев наличие IgM антител к ЦМВИ (от 2,5% до 5%, а в группе сравнения - 0%), к ВПГ (5%, а в группе сравнения – 1%). Показано широкое распространение сочетания маркеров вирусных гепатитов В и С с ВПГ и ЦМВ во всех группах женщин с АГП: в 50% случаев маркеры острой стадии заболевания ГС (РНК ВГС) сочетались с маркерами ЦМВ (класса IgM); наличие маркеров ГВ в большей части случаев сочеталось с ВПГ+ЦМВ, причем в 13% случаев с маркерами ВПГ класса IgM. Среди клинических проявлений преобладали: бесплодие, невынашивание беременности в анамнезе, угроза невынашивания текущей беременности, задержка внутриутробного развития плода, плацентиты.

Заключение. Выявлено широкое распространение маркеров ГВ, ГС, ЦМВИ, ВПГ среди беременных и женщин с АГП. В обследованных группах женщин не было манифестных клинических проявлений этих инфекций, поэтому на первое место в диагностике этих инфекций выходят серологические методы исследований. Беременных, женщин с АГП с наличием маркеров смешанной инфекции можно отнести к группе риска по формированию угрозы прерывания беременности, задержке внутриутробного развития плода, неразвивающейся беременности.

КАНЦЕРОМАТОЗ БРЮШИНЫ И ИНДУЦИРОВАННАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ

Китаев А.В., Зубрицкий В.Ф., Айрапетян А.Т.

ГКА им. Маймонида. Главный клинический госпиталь МВД России, Москва, Россия

Основной причиной неэффективности хирургического лечения злокачественных опухолей грудной, брюшной полостей и таза является диссеминация и имплантация раковых клеток по висцеральной и париетальной плевре, брюшине и тканях полости таза в раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования: оценить структурные изменения при локальном гипертермическом воздействии ($t^0 > 42^0\text{C}$) в опухолевых и мезотелиальных клетках брюшины с использованием гистохимического и электронно-микроскопического методов.

Материалы и методы. В исследование включены 35 человек, находившиеся на лечении в Центральном военном клиническом госпитале им. А.А.Вишневого МО, которым проводили циторедуктивные операции (ЦО) с внутрисплетной гипертермической химиотерапией (ВГХТ). Анализ гистологической структуры опухолей показал, что доля аденокарцином составила более 90%, причем низкодифференцированные, умеренно- и высокодифференцированные аденокарциномы встречались соответственно в 17,1%, 28,8% и 9,5%. Доля муцинозной карциномы и недифференцированного рака составила 33,8% и 5,4% соответственно. Для лечения больных с запущенными формами колоректального рака использовали комплексную методику, включающую в себя циторедуктивные операции и ВГХТ. На основании наших исследований мы установили, что глубина проникновения опухолевых клеток в здоровые ткани зависит от распространенности опухолевого процесса по «этажам» брюшной полости. Сонографические данные показали, что наибольшая глубина пенетрации канцероматозных узлов наблюдается в гипогастральном отделе (≥ 10 мм) и меньшая (≤ 5 мм) – в эпигастральной области. Поэтому, по-нашему мнению, перитонэктомия при наличии канцероматозных очагов в нижнем «этаже» брюшной полости надо проводить обязательно. При исследовании биопсийного материала отмечено, что при использовании метода ВГХТ площадь паренхимы опухолевых клеток уменьшается, а площадь стромы и некроза увеличивается. Следовательно, после проведения ВГХТ уменьшалась наиболее активная часть канцероматозного узла, и она замещалась соединительной и некротической тканью. Кроме того, ВГХТ практически в 2 раза снижает митотическую активность опухолевой ткани.

Таким образом, внутрибрюшная гипертермическая химиотерапия приводит к значительным деструктивным изменениям в опухолевой ткани: уменьшается площадь паренхимы и увеличивается площадь стромы и некроза; снижается митотическая активность; появляются признаки апоптотической дегенерации в ядрах и митохондриях раковых клеток. Митотическая активность клеток опухоли полностью отсутствует на глубине до 3 мм. В более глубоких слоях клеток в 2 раза снижена пролиферативная активность. Индуцированная гипертермия не оказывает деструктивного влияния на клеточные структуры здоровых тканей.

ПРИМЕНЕНИЕ КВАНТОВОЙ ЭНЕРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАНЕННЫХ
И БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ПОЛЕВОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО ГОСПИТАЛЯ
В ЗОНЕ ВООРУЖЁННОГО КОНФЛИКТА

Коновалов А.К., Гаткин Е.Я., Веселов А.Э., Яндиев С.И.

РУДН ФПКМР, каф. Биофизических методов в медицине, Москва, Россия

В составе полевого многопрофильного госпиталя ВЦМК Минздрава Российской Федерации мы осуществляли лечение раненых и больных в г. Гудермес Чеченской Республики в период с 20 августа по 10 октября 2001 г. В комплексном лечении раненых и больных нами была использована энергия квантового медицинского аппарата «РИКТА». Квантовое лечение получило 49 пациентов. Каждому из них было произведено от 1 до 15 сеансов воздействия. Всего было отпущено 228 процедур. Мы применяли квантовую терапию у больных и раненых. У 12 пациентов с осколочными ранениями квантовая энергия использовалась нами при непосредственной обработке ран. В 1 случае ранение было проникающим (торако-абдоминальным). Были произведены торакоцентез и лапаротомия. В раннем послеоперационном периоде развился парез кишечника, который был разрешен при квантовом воздействии за 1 сеанс. Из 5 точек облучали брюшную полость с частотами 5 и 50 Гц. На каждую точку воздействовали по 60 секунд.

Тактика применения квантовой энергии у пострадавших с огнестрельными ранениями: 1. Воздействие начинать не ранее, чем на вторые сутки после травмы (*в первые сутки после ранения квантовая терапия может усугубить кровотечение за счет улучшения кровотока*). На этом слайде – денситометрические исследования сосудов конъюнктивы глаза до и после квантовых влияний. 2. При множественных слепых осколочных ранениях и при слепых пулевых ранениях, когда нет угрозы для жизни пострадавших, извлечение инородных тел производить в отсроченном периоде. Как уже указывалось, квантовое воздействие мы начинаем на вторые - третьи сутки после ранения. 3. Раневые каналы широко дренировать без наложения швов (профилактика анаэробной инфекции) и промывать антисептическими растворами. 4. После снятия отека производить извлечение осколков и пуль через раневые каналы или контрапертуры. 5. Квантовое воздействие продолжать в послеоперационном периоде до полного заживления.

Ни в одном из случаев мы не наблюдали осложнений в виде анаэробной инфекции или нагноения раны. Заживление происходило в среднем на 3-5 дней раньше, чем у раненных не получивших в комплексном лечении квантовой терапии. Группа клинического сравнения (где пациенты не получали квантового лечения) состояла из 28 пациентов и там наблюдалось 5 случаев нагноений огнестрельных ран. Способ лечения огнестрельных ран с помощью аппаратов квантовой терапии нами запатентован. Применение квантовых методов в комплексном лечении больных и раненых в условиях полевого госпиталя позволяет избежать осложнений, связанных со специфическими условиями чрезвычайных ситуаций. Способность квантовой энергии ускорять репаративные процессы, активизировать иммунную систему, улучшать кровоток и пр., позволяют медицинским аппаратам класса «РИКТА» ускорять заживление ран в среднем на 3-5 дней, что весьма актуально для военно-полевой и детской хирургии в зонах чрезвычайных ситуаций.

Исходя из нашего первого опыта применения оптических квантовых генераторов, как вспомогательного метода в ургентной и плановой хирургии военного времени, мы видим его перспективным и считаем целесообразным расширение научно-исследовательской деятельности в этом направлении.

ТКАНЕВАЯ МИОКАРДИАЛЬНАЯ ДОППЛЕРЭХОКАРДИОГРАФИЯ И ДВУМЕРНЫЙ СТРЕЙН В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Корнеева О.А., Лоскутова А.С., Саидова М.А., Рогоза А.Н.

НИИ кардиологии им.А.Л.Мясникова, ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава РФ, Москва, Россия.

Актуальность: В течение многих лет считалось, что при гипертонической болезни (ГБ) имеет место нарушение систолической и диастолической функции лишь левого желудочка (ЛЖ) сердца. Целью нашего исследования явилось оценить с помощью новых эхокардиографических технологий степень вовлечения правого желудочка (ПЖ) в патологический процесс при ГБ.

Методы: Обследовано 38 пациентов с ГБ II-III стадии, сопровождающейся гипертрофией стенок ЛЖ. 20 здоровых добровольцев включены в группу контроля. В обеих группах были оценены толщины стенок (передней стенки ПЖ, межжелудочковой перегородки, задней стенки ЛЖ), объем левого предсердия (ЛП), площадь правого предсердия (ПП), фракция выброса ЛЖ, фракция укорочения ПЖ, а также пики S' и E', продольная деформация стенок ЛЖ и ПЖ по данным тканевой миокардиальной доплерографии (ТМД) и двумерного стрейна.

Результаты: У пациентов из группы ГБ толщина задней стенки ЛЖ и толщина МЖП были достоверно больше, нежели в группе контроля ($1,30 \pm 0,13$ см против $0,92 \pm 0,09$ см, $p < 0,001$ и $1,38 \pm 0,22$ см против $0,95 \pm 0,09$ см, $p < 0,001$, соответственно); передняя стенка ПЖ в группе ГБ также оказалась достоверно толще ($0,55 \pm 0,08$ см против $0,42 \pm 0,05$ см, $p < 0,001$). Выявлено также, что в группе пациентов с ГБ по сравнению с группой контроля была ниже ФВ ЛЖ ($59,33 \pm 7,80\%$ против $68,49 \pm 3,24\%$, $p < 0,001$) и больше объем ЛП ($75,11 \pm 23,54$ мл против $43,89 \pm 8,89$ мл, $p < 0,001$), в то время как фракция укорочения ПЖ и площадь ПП между двумя группами достоверно не различались ($46,23 \pm 6,17$ против $48,97 \pm 4,68$, $p = 0,233$; $15,47 \pm 2,61$ см² против $14,22 \pm 2,52$ см², $p = 0,219$, соответственно). По данным ТМД мы выявили достоверное снижение пиков S' ($5,26 \pm 1,86$ см против $7,69 \pm 1,07$ см; $p < 0,001$) и E' ($-4,84 \pm 2,31$ см против $-10,11 \pm 2,37$ см; $p < 0,001$) как от кольца митрального клапана (МК), так и от кольца трикуспидального клапана (ТК) ($9,03 \pm 1,72$ против $10,35 \pm 2,14$, $p < 0,05$ и $-6,43 \pm 2,23$ против $-9,92 \pm 1,67$, $p < 0,001$, соответственно).

По данным двумерного стрейна также выявлено достоверное снижение S' ($4,17 \pm 2,00$ см против $6,61 \pm 0,90$ см; $p < 0,001$) и E' ($-4,78 \pm 2,24$ см vs $-9,68 \pm 2,09$ см; $p < 0,001$) от кольца МК, а также S' ($8,99 \pm 2,21$ см против $10,54 \pm 1,52$ см, $p < 0,05$) и E' ($-6,86 \pm 2,35$ см против $-9,20 \pm 1,37$ см, $p < 0,001$) от кольца ТК. Деформация миокарда стенок ЛЖ и ПЖ, определенная методом двумерного стрейна, оказалась достоверно ниже в группе пациентов с ГБ (базальный сегмент стенки ЛЖ: $-14,51 \pm 5,86$ против $-22,46 \pm 3,64$, $p < 0,001$; базальный сегмент стенки ПЖ: $-24,48 \pm 7,93$ против $-28,72 \pm 5,31$, $p < 0,05$).

Заключение: Гипертоническая болезнь сопровождается структурно-функциональными изменениями не только ЛЖ, но и ПЖ. Вовлечение в патологический процесс ПЖ проявляется нарушением его систолической и диастолической функции, которое может быть выявлено с помощью современных методов эхокардиографии – ТМД и технологии двумерного стрейна.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ ФИЗИЧЕСКИМИ
И ПРИРОДНЫМИ ФАКТОРАМИ ВОЗДЕЙСТВИЯ

Корчажкина Н.Б., Рыжова Л.С., Хасиева Г.Г.

ФГБУ «Медицинский биофизический Центр им.А.И.Бурназяна» ФМБА России,
Специализированное глазное отделение санатория «Пикет»,
Клиническое объединение «Ясный взор», Москва,
г.Кисловодск, г.Калининград, Россия

Рост количества детей с нарушением зрительных функций из-за аномалий рефракции у школьников настораживает педагогов и офтальмологов, тогда как неблагоприятные гигиенические условия зрительной работы в период школьного обучения, несомненно, играют в этиологии первостепенную роль на фоне патологии позвоночника в виде сколиозов, ранних остеохондрозов, родовых травм, нарушения осанки, заболеваний верхних дыхательных путей, вегето-сосудистой дистонии, нарушения обмена, последствий черепно-мозговых травм и, конечно, наследственная предрасположенность к миопии.

К основным современным методам лечения миопии, гиперметропии относятся: очковая или контактная коррекция, операции на склере и роговице. Очковая коррекция сопряжена с пожизненным применением оптики и ослаблением собственного оптического аппарата глаза.

Хирургические вмешательства на здоровых тканях чреваты различными осложнениями. Поэтому поиск новых безопасных и эффективных методов немедикаментозной терапии аномалий рефракции является актуальной медико-социальной проблемой.

В данной работе представлены результаты лечения 1297 пациентов в возрасте с 4-18 лет, с аметропией в диапазоне + (-) 4дптр. с использованием электростимуляции наружных глазодвигательных и цилиарной мышц, специальным кольцевидным электродом, в сочетании с ультразвуковой стимуляцией нервно-мышечного аппарата глаза в течение 12 дней с трехкратным повторением через 6-8 месяцев, на протяжении 3 лет.

Выявлено восстановление и стабилизация гармоничной взаимосвязи глазодвигательных мышц, цилиарной мышцы, хрусталика и роговицы, как основных составляющих в цепи сдвига задней главной оси, предположительно способствующих появлению аметропии. Эффективность лечения при миопии до 3,0 дптр, составила 95 %. При миопии больше 3,0 дптр. эффективность составила 71%.

При миопии больше 6,0 дптр. эффективность составила 58%. При этом учитывается возраст, сопутствующая патология, наследственность.

При гиперметропии больше 4,0 дптр. острота зрения повышалась от 0,8 - 1,0. Скиаскопически - аметропия + 1,5 -2,0 дптр.

Полученные данные позволяют подтвердить суждение об аметропии +(-) 2,0 дптр, как о биологическом варианте рефракции в результате нормального развития растущего глаза, как результат дискорреляции между оптическим и анатомическим компонентами статистической рефракции глаза.

При этом повышение зрительных функций и их стабилизация на фоне тенденции к эметропизации рефракции +(-) 2 дптр, а также динамика объема аккомодации, положительной части относительной аккомодации, изменение горизонтальных анатомических параметров глаза в процессе терапии и наблюдения в течение 3 лет не исключают предположения об участии в процессе формирования амметропии вышеперечисленных структур.

Предложенная терапия может быть применена в комплексе профилактических мер против прогрессирования степени аметропии, в большей степени при миопии.

Повышение зрительных функций с изменением рефракции по всем меридианам с тенденцией к эметропии при астигматизме также позволяет предположить о нестабильности этого состояния в детском возрасте и заинтересованности наружных глазодвигательных мышц в сохранении определенного радиуса кривизны роговицы, что требует дальнейшего исследования и наблюдений.

Повышению и стабилизации остроты зрения при миопии, гиперметропии, астигматизме способствуют как включенные в курс терапии ультразвуковая и лазерная стимуляция, так и бальнеотерапия в виде углекислых ванн, воздушных ванн, терренкуров, коррекция сопутствующей соматической патологии, улучшающие кровообращение сетчатки, сосудистой оболочки, цилиарной мышцы, стимулирующие фоторецепторы макулярной области сетчатки и усиливающие центральную фиксацию сетчатки.

Специализированное глазное отделение санатория «Пикет» на Кисловодском курорте по-прежнему является единственным и уникальным в мире курортом офтальмологического профиля, имеющее современную базу для терапии и реабилитации больных с различной патологией органов зрения, с высокой эффективностью лечения тяжелой офтальмопатологии, что имеет большую общемедицинскую и социальную значимость.

МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ, КАК АЛЬТЕРНАТИВА
ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОПИИ У ДЕТЕЙ

Корчажкина Н.Б., Хасиева Г.Г.

ФГБУ «Медицинский биофизический Центр им. А.И.Бурназяна» ФМБА России, Москва,
Клиническое объединение «Ясный взор», г.Калининград, Россия

В работе представлены результаты исследования по комплексной *реабилитации миопии у детей с использованием низкоинтенсивного лазера в сочетании с физической тренировкой аккомодации*. Под наблюдением находилось 80 пациентов (160 глаз) с миопией в возрасте 7-15 лет. В работе использовали лазерный прибор "МАКДЭЛ 00.09." и аккомодационную линейку "Ручеек". После обследования детей назначалось комплексное лечение с длительностью наблюдения от 2 до 12 месяцев. Остроту зрения определяли таблицей Сивцева-Головина. Для лечения пациентов использовали лазерстимуляцию цилиарной мышцы. Сущность методики заключается в дозированном транссклеральном лазерном облучении области цилиарной мышцы поочередно в зонах 3 и 9 часов. Мощность излучения на уровне склеры составляет 2 мВт. Плотность мощности лазерного излучения на уровне цилиарного тела с учетом пропускания склерой достигает 10 Вт/см. Время облучения каждой области составляет 5 минут, при этом создается энергетическая экспозиция на уровне цилиарного тела 0,2 Дж/см². Курс лазерстимуляции цилиарной мышцы состоит из 10 ежедневных сеансов по 5 минут.

Одновременно проводили тренировки аккомодации на аппарате "Ручеек". Курс тренировок аккомодации состоял из 10 ежедневных сеансов по 5 мин для каждого глаза. Все процедуры бесконтактны, нетравматичны и безболезненны. Для оценки эффективности лазерного воздействия на функциональное состояние зрительного анализатора при лечении миопии и профилактике ее прогрессирования у детей проводили визометрию без коррекции и с коррекцией, измерение положительной части относительной аккомодации и положения ближайшей точки ясного видения, определение темпа прогрессирования миопии (по результатам исследования клинической рефракции в передне-задней оси глаза. Установлено достоверное улучшение зрительных функций глаза после комплексной реабилитации во всех возрастных группах пациентов. Через 10 дней после лечения отмечено повышение остроты зрения на 0,1-0,3 дптр, (в среднем на $0,16 \pm 0,017$), снижение силы максимальной корригирующей линзы на 0,5 - 1,0 дптр, исчезновение спазма аккомодации. Отмечено также уменьшение или исчезновение явлений астигматизма, улучшение четкости изображения, повышение зрительной работоспособности и уменьшение миопической рефракции. Острота зрения улучшалась за счет усиления функции цилиарной мышцы и релаксации привычного тонуса аккомодации. Основной причиной положительного эффекта, полученного при лазерном воздействии и тренировках аккомодации, является улучшение аккомодационной способности цилиарной мышцы, о чем свидетельствуют нормализация положительной части относительной аккомодации и исчезновение спазма аккомодации.

Таким образом, комплексная реабилитация детей с миопией с воздействием низкоинтенсивного лазера на цилиарную мышцу глаза с одновременной тренировкой аккомодации следует рассматривать как один из эффективных способов лечения и профилактики прогрессирования миопии.

АНАЛИЗ ЗАВИСИМОСТИ СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ОТ ПОЛОВЫХ,
КОНСТИТУЦИОННЫХ И ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Коцаренко М., Рыжук Х., Кухлевский Ю., Масна З..

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого,
Львов Украина.

Анализ современной научной литературы свидетельствует, что сегодня в мире нет страны, население которой не было бы поражено остеопорозом. Влияние многочисленных экзо- и эндогенных факторов на организм современного человека ведет к значительному омоложению патологии – признаки остеопороза сегодня часто обнаруживают у лиц молодого и даже юношеского возраста, особенно в эндемических районах, где данные процессы имеют массовый характер. В травматологии особенности метаболизма и состояния костной ткани у конкретного лица необходимо учитывать при выборе лечебной тактики при переломах. Тестирование качества костной ткани необходимо также и при установлении дентальных имплантов в стоматологии. С этой целью, кроме определения общего состояния костной ткани пациента, необходимо всесторонне обследовать непосредственно участок будущего хирургического вмешательства, поскольку качество костной ткани в значительной мере зависит и от локальных факторов, в частности – функциональных нагрузок.

Целью нашей работы стало изучение особенностей плотности костной ткани разных участков скелета у лиц юношеского возраста, проживающих на Львовщине.

Для достижения поставленной цели было изучено 500 рентгенограмм нижней челюсти, рёбер и костей голени лиц юношеского возраста (18-21 год), пациентов львовских клиник, не имеющих в анамнезе заболеваний, которые могли бы повлиять на состояние костной ткани. Паспортизированные снимки обрабатывали с использованием программы TROPHY RADIOLOGY, плотность костной ткани измеряли в условных единицах серости. При обработке снимков учитывали анамнестические, антропометрические и конституционные данные пациента.

Результаты исследований засвидетельствовали, что плотность костной ткани находится в зависимости не только от возраста и пола, но и от конституционных и индивидуальных особенностей, в частности – интенсивности и вида физических нагрузок (для костей туловища и конечностей), режима и образа питания (для челюстей), что необходимо учитывать при подготовке пациентов к хирургическим манипуляциям на костях.

К ИЗУЧЕНИЮ МОНОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РОЛИ НОВОГО
ПАРАЛЕЧЕБНОГО ПРЕПАРАТА ДИОСКОРИДА У БОЛЬНЫХ В
ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Кочламазашвили А.И., Наскидашвили М.З.

Медицинский лечебный центр „EXTRA” , Тбилиси, Грузия

Новый антиоксидантный препарат диоскорид (создатель формулы Академик АМТН РФ А.И. Кочламазашвили) в кардиологической практике появился недавно и использовался, в основном, для профилактики и лечения атеросклероза и ишемической болезни сердца. Это рационально подобранный фармакологический активный комплекс из уникальных природных веществ. Одна капсула содержит пять мощных антиоксидантов (коэнзим Q10 – 30 мг, экстракт листьев гинкго билоба – 30 мг, экстракт виноградного зерна – 50 мг, пчелиное молочко – 90 мг, экстракт корней диоскореи – 100 мг) и ряд других компонентов.

Исходя из вышесказанного, мы задались целью изучить монотерапевтическую роль этого препарата при лечении больных, перенесших инфаркт миокарда. В течение одного года в амбулаторных условиях лечебного медицинского центра „EXTRA” были проведены наблюдения 50 больных, перенесших инфаркт миокарда (41 мужчин, 9 женщин) в возрасте от 43 до 80 лет, которые принимали диоскорид в терапевтических дозах в течение одного месяца. Лечение состояло из четырех месячных курсов. Курсы проводились каждый 3-ий месяц.

Было установлено, что длительное курсовое применение (в течение года) диоскорида вызывает у большинства больных исчезновение стенокардитических болей (у 64% исследованных). У 38% больных отмечалось снижение артериального давления до нормальных величин, а у 30% - уменьшение содержания холестерина в сыворотке крови до нормы. Прием диоскорида у всех больных способствовал уменьшению агрегации эритроцитов. 90% исследованных отмечали повышение физических и умственных сил, а также нормализующее воздействие на функцию и деятельность центральной нервной системы.

Лечение диоскоридом в течение длительного периода (года) оказало положительное влияние на всех исследованных.

Таким образом, результаты наших исследований указывают, что применение диоскорида в течение длительного периода (года) - эффективный метод лечения больных, перенесших инфаркт миокарда. Диоскорид для всего организма является оздоровительным средством, которое восстанавливает физические, интеллектуальные и нервные силы больного организма.

ОПЫТ СНИЖЕНИЯ ТОКСЕМИИ
ПРИ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Крикунова Л.И., Яценко Е.М., Савина Н.П., Мкртчян Л.С., Моисеева Л.А.

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба - филиал
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр»
МЗ РФ, г. Обнинск, Россия

Известно, что воздействие ионизирующего излучения на биологические объекты приводит к образованию радиотоксинов и усилению протеолиза. Добавление к традиционным схемам лучевой терапии цитостатических препаратов усиливает интоксикацию организма. В этой связи была изучена переносимость химиолучевого лечения у 30 пациенток плоскоклеточным раком шейки матки II-III стадий (T2bNxMo и T3NxMo по 15 пациенток) в возрасте 40-60 лет.

Предусмотрено проведение сочетанной лучевой терапии по традиционной методике на фоне двух циклов нормодозной полихимиотерапии (цисплатин и фторурацил) с интервалом между курсами в 4 недели. Исследовано влияние энтеросорбентов на процесс лечения. Развитие и степень выраженности токсемии оценены количественным и качественным анализом изменений белков и пептидов – молекул средней массы (МСМ) мочи.

Клиническая оценка эффективности используемой методики лечения в ближайшие сроки наблюдения показала полную регрессию опухоли - у 23 пациенток и частичную регрессию - у остальных больных. Лучевые реакции (эпителииты у 11 больных, циститы - у 8 больных, энтероколиты - у 6 пациенток) отмечены в легкой степени тяжести. На 2 и 4-6 неделях лечения количество пациенток с повышенным уровнем МСМ возрастало соответственно до 35 и 40-50%. На 3-й неделе наблюдалась тенденция к снижению уровня МСМ со значительным падением к концу лечения. Интоксикацию эффективно купировали симптоматической терапией с включением энтеросорбентов. Ни в одном случае токсемия не приводила к перерыву лучевого лечения.

Полученные данные о снижении пептидов – МСМ к концу лечения, нивелированию лучевых реакций и токсемии свидетельствуют об эффективности клинических результатов лечения и указывают на целесообразность сочетания химиотерапии и радикального курса лучевого лечения с купированием токсемии энтеросорбентами у больных местнораспространенным раком шейки матки. Такой подход повышает качество жизни пациентов при химиолучевой терапии.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ В КОРРЕКЦИИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ

Кузовлева Е.В., Зайцева Т.Н., Воронина Д.Д.

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»
МЗ России, Москва, Россия

В данном исследовании оценивалось влияние электрических и магнитных полей различных характеристик на возникающие при патологических состояниях локальные и системные микрогемодинамические нарушения. Проведен анализ предварительных результатов общего воздействия низкочастотным магнитным полем различных параметров и низкочастотным электростатическим полем (НЧЭСП) у нескольких групп пациентов.

Было обследовано 60 пациентов рожей с локализацией очага в области нижних конечностей, которым на фоне базисной терапии проводились процедуры общей магнитотерапии (ОМТ). Исследовали ряд функциональных показателей микрогемодинамики: компоненты вазомоций, индекс эффективности микроциркуляции. Одновременно у этой группы пациентов были изучены термографические показатели на здоровой и пораженной конечности. В другой группе, включающей 26 пациентов со сколиозом I-II степени, которые получали курс терапии НЧЭСП, проводилась оценка микрогемодинамических нарушений с помощью метода термографии. Изучение динамики показателей микроциркуляции в области очага рожистого воспаления по данным лазерной доплеровской флоуметрии показало, что значимое их улучшение происходило у 71,4% пациентов, получавших процедуры ОМТ. Эти изменения привели к повышению ключевого параметра – индекса эффективности микроциркуляции в целом по всей группе до $1,62 \pm 0,11$ отн. ед. (норма - $2,40 \pm 0,19$ отн. ед.).

Анализ динамики термографических показателей после окончания курса лечения позволил установить более выраженное сокращение зон патологической гипертермии со средним уменьшением температуры кожи на $1,40 \pm 0,08^\circ\text{C}$ по сравнению с контрольной группой. В группе пациентов со сколиозом на основании анализа полученных термограмм было отмечено, что терапия НЧЭСП по улучшению микроциркуляции и гемодинамики в тканях эффективна.

Указанные методы и подходы позволят обеспечить современное и достоверное представление о влиянии изучаемых физических факторов на состояние локальной гемодинамики и микроциркуляции при различных патологических процессах и оценку их эффективности в программах медицинской реабилитации.

ФАРМАКОПУНКТУРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЕЙ

Кузьмина И.В., Агасаров Л.Г., Бобырь М.А., Мосолова Э.Г.
ФГБУ РНЦ «Медицинская реабилитация и курортология» МЗ России,
Академия медико-технических наук РФ, Москва, Россия

В ряду приоритетных вопросов, стоящих перед восстановительной медициной, выделяется тема научного обоснования и внедрения новых эффективных методов лечения и реабилитации больных. Выдвинутый тезис имеет прямое отношение к проблеме дорсопатий, медико-социальная и экономическая значимость которой определяется распространенностью процесса, при максимуме временной нетрудоспособности населения.

Дорсопатии составляют более половины от всех заболеваний нервной системы, причем 70% из них представлены пояснично-крестцовым уровнем поражения. Этот вариант дорсопатии отличается затяжным течением и резистентностью к большинству консервативных методов воздействия, что, в свою очередь, обуславливает оправданный интерес к иным методам коррекции, включая и современные технологии рефлексотерапии. Среди последних выделяется метод введения медикаментов в область акупунктурных точек, объединяя, тем самым, физическое и медикаментозное начала. Принципиально значимо, что наблюдаемые здесь результаты выходят за рамки простой суммации рефлекторной и медикаментозной составляющих. Однако лечебные механизмы данной технологии раскрыты далеко не полностью, с гипотетическими представлениями о взаимодействии точки рефлексотерапии и используемого медикамента. Кроме того, исследователи сознательно избегают применения при дорсопатиях имитации фармакопунктуры (плацебо), указывая на сложность ее реализации и априори недостаточную эффективность. Настоящая работа направлена на решение, помимо других, и этой задачи, в целом расширяя доказательную базу рефлексотерапии.

Под наблюдением находилось 90 больных от 26 до 52 лет с диагнозом пояснично-крестцовая дорсопатия в фазе затянувшегося обострения. Рефлекторные синдромы были выявлены в 47, а компрессионные - в 43 наблюдениях. При этом у двух третей больных доминировал нейро-сосудистый, преимущественно спастический компонент заболевания. По данным реографии, падение кровенаполнения голени и стоп ($p < 0,05$ по отношению к контролю) в этих наблюдениях прослеживалось на фоне спастического состояния артерий среднего и мелкого регистра. Параллельно, в ходе ультразвуковой доплерографии отмечены признаки вазо-спластики в задних большеберцовых и артериях тыла стопы.

Согласно данным анамнеза, предыдущее длительное консервативное лечение пациентов было недостаточно эффективным.

Исходя из этого, больные были разделены на 3 лечебные группы, каждая из 30 человек. В качестве базового применяли минимальное медикаментозное воздействие, сегментарный массаж и лечебную физическую культуру. Дополнительно к этому, в первых двух группах был использован комплексный препарат Цель Т (фирма Хель, Германия), прямо показанный при вертебро – и артрогенной патологии. В 1-ой группе препарат назначали стандартно, путем внутримышечных инъекций, во 2-ой – посредством фармакопунктуры, вводя в область точек рефлексотерапии. В 3-ей группе выполняли фармакопунктуру физиологическим раствором. Этот подход, несмотря на задействованный рефлекторный компонент, можно до известной степени расценивать как плацебо.

По завершению лечения в двух последних группах (т.е., с использованием фармакопунктуры) выявлены в целом сопоставимые положительные результаты. Так, в этих группах «значительное улучшение» и «улучшение» отмечено у 66-70% больных, тогда как в 1-ой группе подобные изменения прослеживались достоверно ($p < 0,05$) реже – в 53% наблюдений. При этом сохранение жалоб сосудистого характера у большинства больных этой группы ассоциировалось с незначительными изменениями показателей реограмм. Напротив, в группах фармакопунктуры прослеживалось достоверное ($p < 0,05$) улучшение реографических характеристик. Сходная (хотя и недостоверно, $p > 0,05$) тенденция была выявлена в ходе доплеровского исследования.

Таким образом, непосредственно по завершению лечения установлено преимущество обеих схем, включающих фармакопунктуру, над стандартным, внутримышечным использованием препарата Цель Т.

Однако в ходе катamnестического анализа, выполненного через 6 месяцев, отмечены отчетливые сдвиги в соотношении достигнутых результатов. Если в 3-ей группе (применения физиологического раствора) рецидивы дорсопатии установлены у 1/3 наблюдавшихся больных, то в двух первых группах обострения прослеживались в сопоставимо меньшем числе наблюдений - в 20%. Кроме того, во 2-ой группе они протекали в более «мягкой» форме.

В практическом плане в результате исследования обосновано применение эффективного метода коррекции состояния пациентов с дорсопатией, базирующегося на введении препарата Цель Т в область точек рефлексотерапии. Предложенная технология превосходит сравниваемые способы воздействия как по результативности (верифицированной данными психологического и электрофизиологического анализа), так и по устойчивости достигаемых эффектов.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ И ОЖОГОВЫХ БЕЛЬМ
РОГОВИЦЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЕРАТОПРОТЕЗА «СЕТОЧКА»

Кушнарев В.В. Салихов Э.А.

Городская клиническая больница № 36, г. Москва, Россия

Актуальность. Частота всех травматических повреждений органа зрения, ожоги составляют 38,4% (Мороз З.И. и др. 2004г). Нередко кератопластика дает неудовлетворительные результаты при ЭЭД роговицы после различных оперативных вмешательств (Астахов Ю.С., Бойко Э. И др. 2004г). Для определенной категории пациентов кератопротезирование остается единственной возможностью получить потерянное зрение.

Цель. Изучение возможности использования кератопротеза «Сеточка» при дистрофических и ожоговых бельмах роговицы III-IV категории и анализ отдаленных результатов.

Материалы и методы. Мы наблюдали 20 пациентов с дистрофическими и постожоговыми бельмами, которым имплантировали кератопротез «Сеточка» в нашей модификации в трех случаях в один этап, в 17 случаях - в два этапа. Большинство пациентов были мужчины 16 чел. в возрасте 28-60 лет. У 5 пациентов были ожоговые, у 10 - дистрофические, у 5 - сосудистые бельма после многократных кератопластик. В 10 случаях у пациентов была афакия, в 8 случаях - артифакция, в 2 случаях - факичные глаза. Сроки наблюдения от 3х месяцев до 10 лет.

Результаты. Улучшить зрительные функции удалось у 19 пациентов (90%), у 3-х - эффект был незначительный и зрительные функции улучшились до 0,06, у 11-ти - зрение повысилось до 0,3 и у 6-ти - зрение повысилось до 0,6-0,7. Наиболее частым осложнением было развитие ретропротезной мембраны – 3 пациента, полная протрузия кератопротеза в 4-х случаях и частичный некроз в области оптического цилиндра в 2-х случаях.

Выводы. Длительные наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде кератопротезирования с использованием кератопротеза «Сеточка» показало высокие функциональные результаты на протяжении 10 лет в 90% случаев и относительно небольшое количество осложнений в виде протрузии кератопротеза - 25%. Использование оптического цилиндра из силикона, обработанного УФ излучением, меняющего его физико-технические свойства, позволило сократить такое осложнение как ретропротезная мембрана. Кроме того это позволило облегчить кератопротез и увеличить диаметр оптического цилиндра.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ДЕФАНОТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Леонов Б.И., Бобырь М.А., Поморцева Е.Н., Мосолова Э.Г.

Академия медико-технических наук РФ, Центр восстановительной медицины
Бобыря, Москва, Россия

Дефанотерапия происходит от французского слова «Дефанс» - напряжение и лечение, т.е. лечение напряжения.

Работы профессора В.П.Веселовского по биокинетике человеческого тела показывают, что позвоночник и конечности это - единая биокинетическая цепь, звеньями которой являются атланта-окципитальный сустав, все ПДС, суставы нижних конечности. Нарушив одно звено этой биокинетической цепи, обязательно подвергаются изменениям остальные звенья этой цепи.

Объективным показателем этих изменений являются гипо- или гипермобильность в определённых ПДС, наличие патологических изменений в мышцах, окружающих позвоночник и конечности, что проявляется в возникновении определённых патобиохимических изменений, и формирование в коре головного мозга специфических очагов возбуждения - доминанты не оптимального двигательного стереотипа (НОДС).

Дефанотерапия - оригинальный метод восстановления патологически изменённого ДС и включает в себя следующие разделы:

- ✓ метод кинестезической диагностики по локальному дефансу;
- ✓ воздействие на позвоночник тракционно-импульсным способом на все ПДС, находящиеся в состоянии гипо- и амобильности;
- ✓ восстановление функции мышц методом постизометрической, постреципрокной релаксаций, массажем или рефлексотерапией;
- ✓ формирование у пациента соответствующего новым костно-связочным параметрам ДС мышечного корсета и соответствующей ему - доминанты.

Обязательное воздействие во время одного сеанса мануального лечения на все составляющие ДС является отличительной особенностью дефанотерапии.

Методика оригинальна из-за запатентованных элементов: кинестезическая диагностика, тракционно-импульсное воздействие (ГИВ) на позвоночник и способ выполнения аутопсихофизических упражнений (АПФУ).

Методы постреприпрокной, постизометрической релаксации, массажа, являющиеся составными частями дефанотерапии, изучены видными учеными и вошли в повседневную практику.

Существенным отличием дефанотерапии от классической мануальной терапии является то, что манипуляцию по классической методике врач осуществляет в одной плоскости, в то время как врач-дефанотерапевт (надеюсь, что такой специалист появится) выполняет манипуляцию одновременно в двух плоскостях: сагитальной и горизонтальной, чем достигается высочайшая эффективность лечения при полной безболезненности, а значит атравматичности воздействия.

Это преимущество позволяет эффективно, но относительно просто и безопасно проводить манипуляции на шейном отделе позвоночника даже у тех пациентов, которым канонизированные методики мануального лечения либо противопоказаны, либо применение их не даёт лечебного эффекта.

Кроме того:

1. Методика на порядок эффективнее, так как при отсутствии мышечной патологии можно восстановить у пациента функцию позвоночника за 2-3 сеанса;

2. Только при дефанотерапии применяется кинестезическая диагностика, позволяющая выявлять заболевание на ранних стадиях развития, и в ходе лечения не применять дополнительного R-облучения;

3. Лечение дефанотерапией сколиоза, кифоза, межпозвонковой грыжи, головной боли вертебрального генеза и др. предусматривает устранение как болезни, так и ее причин;

4. Только дефанотерапия восстанавливает функцию позвоночника с формированием мышечного корсета у пациента, что устраняет на длительное время возможность рецидива заболевания;

5. На обучение курсантов методике дефанотерапии времени затрачивается в несколько раз меньше, значительно экономнее, чем в случае канонизированных методик мануальной терапии.

Таким образом, дефанотерапия при вертеброгенной патологии является патогенетической, а применение её, как методики симптоматической терапии при других заболеваниях, сопровождающихся наличием НОДС, даёт этой методике широкие перспективы для внедрения в медицинскую практику.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ
В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Макарян А.С., Кича Д.И.

Российский университет дружбы народов, г.Москва, Россия

Неинфекционные болезни (НИБ), известные также как хронические болезни, не передаются от человека к человеку, но они имеют длительную продолжительность и, как правило, медленно прогрессируют. Четырьмя основными типами неинфекционных болезней являются сердечно-сосудистые болезни (инфаркт и инсульт), онкологические заболевания, хронические респираторные болезни (хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и диабет. Одним из значимых путей снижения ущерба для здоровья и экономики НИБ является медико-социальная реабилитация. Как правило, НИБ не требуют длительных и дорогих медицинских мероприятий, но восстановление здоровья длительное и эффективное. Для разработки реабилитационных мероприятий нами предприняты сравнительные оценочные аналитические исследования НИБ по данным ВОЗ и собственных материалов. Анализу подвергнута заболеваемость НИБ стран Европы и бывшего СССР по показателю стандартизованной по возрасту смертности на 100 тыс. среди лиц разного пола. Метод анализа - классификация стран иерархическим кластерным анализом и К-кластеризации межгрупповой связи (размер связи – квадратная евклидова дистанция) на основе абсолютных значений. Среди 45 стран европейского региона и стран бывшего СССР средняя стандартизованная по возрасту смертность по причине НИБ на 100 тыс. составляет 676 ± 277 среди мужчин (от 1270 в Казахстане до 308 в Сан Марино) и 426 ± 190 – женщин (от 873 в Туркменистане до 211 в Монако). Среди исследованных стран РФ занимает 5-е место среди мужчин с уровнем 1109 после Казахстана, Туркменистана, Армении и Украины и 11-е место среди женщин с уровнем 562, следуя за Сербией (578). Смертность по причине НИБ среди мужчин в РФ превышает уровень Германии в 2,4 раза, Франции – в 2,7 раза, среди женщин – в 1,9 и в 2,5 раза соответственно.

Установлено, что в странах бывшего СССР (1 группа) средняя стандартизованная по возрасту смертность по причине НИБ на 100 тыс. среди мужчин составляет 1006 ± 158 (от 1270 в Казахстане до 678 в Таджикистане), среди женщин 637 ± 155 (от 873 в Туркменистане до 391 в Эстонии) ($p=9,19E-07$). РФ занимает 5-е ранговое место среди мужчин и 10-е – среди женщин. В развитых странах Европы (группа 3), многие из которых являются членами Евросоюза или кандидатами на вступление, средний исследуемый показатель составляет 424 ± 41 на 100 тыс. среди мужчин и 266 ± 32 среди женщин ($3,67E-15$).

Результаты иерархического кластерного анализа исследуемых стран по стандартизованной по возрасту смертности по причине НИБ на 100 тыс. среди мужчин показали, что РФ входит в кластер, включающий Армению (1156), Туркменистан (1182), Украину (1122), Беларусь (1066) и Кыргызстан (1088). Смертность по причине НИБ в РФ превышает соответствующий уровень в ведущих странах Евросоюза - Германии и Франции в 2-2,5 раза. Предиктором смертности по причине НИБ для стран бывшего СССР и стран Восточной Европы являются сердечно-сосудистые заболевания и диабет, независимо от пола, смертность от рака – для развитых европейских стран. Полученные данные позволяют разработать реабилитационные мероприятия для отдельных групп и стран. Их эффективность вытекает из закономерностей и тенденций заболеваемости и смертности например для Армении, России и Беларуси. Вызовы первого порядка составляют инфаркт сердца, мозговой инсульт, хроническая обструктивная болезнь легких и сахарный диабет.

ФИТОГЛИНОТЕРАПИЯ

Мальчуковский Л.Б., Курбанов В.А., Мальчуковский О.Л., Мальчуковский И.Л.

Медико-экологическая ассоциация «БИОТЕХ», г. Пятигорск, Россия

Лечение глиной становится одно из самых доступных и эффективных средств в курортологии. Глинолечение известно с древнейших времён. Уникальность терапевтических свойств глины при лечении различного рода заболеваний отмечали Плиний, Аристотель, Гален, Авиценна, Марко Поло, Конфуций и другие. Известно, что глина обладает радиоэстезийными свойствами (это данные о наличии вибрационного поля, излучающего радиоволны с длиной волны около 8 м). В этой связи возможно резонансное взаимодействие инфракрасного поля глины и тканей человеческого организма, обеспечивающих включение восстановительных механизмов.

Ассоциацией «БИОТЕХ» совместно с ФГБУ «Пятигорским государственным НИИ курортологии ФМБА России» разработаны и созданы преформированные фитобальнеологические формы из глины: например «Глинофит», производящийся в г. Ростове РФ и состоящий из смеси белой Шахтинской глины, бишофита и эфирного пихтового масла, а также новое средство «Глинофир», состоящее из смеси жёлтой глины Пятигорского карьера, рапы озера Тамбукан, эфирного масла шалфея и диметилсульфоксида. Важнейшим компонентом глины и её преформированных форм подготовленных к процедурам и усиливающим её терапевтический эффект, а также результативность лечения, являются, прежде всего, её физические свойства: пластичность, хорошая влагоемкость, малая теплопроводность, низкая конвекция тепла и адсорбционная способность. Эти свойства создают условия, в некоторых случаях подогрева глины до высоких температур (46-48-50°C) и способствуют не только глубокому прогреванию тканей и органов, лежащих под аппликацией, но и проникновению в организм через неповрежденную кожу некоторых ионов и микроэлементов, которые содержатся в водной фракции глины. Указанное свидетельствует о соответствии изученных фитобальнеологических средств по нормам физико-химического состава - сопочным грязям.

При экспериментально-клинических исследованиях нами установлено, что фитоглинолечение оказывает выраженное рефлекторное воздействие через раздражение различно дифференцированных нервных окончаний, заложенных в коже: механических, термических, химических, сосудистых и др., а также, благодаря ряду гормональных, ферментативных веществ, образующихся в коже. Все эти изменения по нервно-рефлекторным путям передаются в центральные аппараты спинного и головного мозга, получая обратной связью необходимые импульсы физиологической перестройки, благоприятной для организма. Применять, возможно, фитоглинолечение при лечении болезней опорно-двигательного аппарата, заболеваний ЦНС, болезни сердечнососудистой системы, болезней печени и ЖКТ, органов дыхания, болезни половых органов, поэтому её часто применяют как сопочную грязь.

Однако существуют и противопоказания для фитоглинолечения - они близки к противопоказаниям для санатрно-курортного лечения.

Таким образом, фитоглинолечение для наружного применения может использоваться в виде общих и местных аппликаций, а также в сочетании с физиотерапевтическими процедурами (гальвано-грязь и электрофорез).

ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ НА ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ
ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

Мамонова Н.В.

ФГБУ «Научно-исследовательский центр курортологии и реабилитации
Федерального медико-биологического агентства», Сочи, Россия

Высокие темпы современной жизни предъявляют повышенные требования к функциональной активности всех без исключения органов и систем организма. Нередки при этом различные отклонения в функционировании органов и систем. Отсюда и необходимость их коррекции, восстановления, где большую помощь могут оказать разнообразные растительные средства. Для повышения эффективности действия природных факторов возникает необходимость их комплексного использования.

В работе исследовалась возможность сочетанного применения минеральной воды озера Шира (Хакассия) и фитосбора, в состав которого вошли зверобой продырявленный, кипрей узколистный, мята перечная, пустырник и чага в соотношении 4:5:5:3:3, на секреторную, экскреторную и защитную функции желудка. Исследования в хроническом эксперименте на собаках с фистулой желудка по В.А. Басову (выполнены на базе кафедры физиологии человека и животных Томского государственного университета) показали, что даже небольшая по времени задержка введения второго действующего фактора, в нашем случае 15 минут, вызывает существенное отличие в характере ответной реакции со стороны желудочного аппарата желудка собак. Определяющая роль принадлежит тому фактору, который вводится первым и задержка по времени введения второго фактора меняет характер ответной реакции со стороны секреторного аппарата желудка по сравнению с одновременным сочетанным действием двух факторов. Если же первым вводили минеральную воду, а через 15 минут фитосбор, то на фоне значимого усиления сокоотделения наблюдали тенденцию к снижению значений таких показателей, как кислотность и протеолитическая активность. Если же первым вводили фитосбор, а затем минеральную воду, то отмечали, что объем желудочного сока, напротив, снижался, а его кислотность и пептическая активность возрастали, так же как и уровень фукозы в соке, как показатель защитных свойств сока, усиливалась и экскреция желудком аммиака.

Таким образом, при подборе комплекса желаемых природных факторов важно учитывать и ту последовательность, в которой они будут применяться, т.к. зачастую очередность может определить их результативность.

ЗНАЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ В СТОМАТОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ В СЛОЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ

Мартиросян Р.В., Балин В.Н., Мдинарадзе Г.Н., Турсунова Р.Р., Саркисян М.А.
ИУВ ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, МГМСУ имени А.И. Евдокимова,
ГАУЗ «СП №3 ДЗМ», Москва, Россия.

Согласно данным известных российских учёных, удельный вес стоматологических заболеваний в рамках общей заболеваемости населения РФ по обращаемости достигает 20-25 %, обращаемость к врачу-стоматологу находится на втором месте после обращаемости к участковым врачам-терапевтам (Алимский А.В. 2008).

Утрата зубов по причине осложнений кариеса, некроза твёрдых тканей зуба, патологической стираемости, заболеваний пародонта и т.д. приводит к различным функциональным нарушениям в зубочелюстной системе.

Целью хирургического лечения в стоматологии является не столько удаление зуба, сколько выполнение манипуляций, направленных на его сохранение (операция резекция верхушки корня, ампутация корня, гемисекция, коронарорадикулярная сепарация и др.). Также нужно отметить, что с точки зрения современных требований от хирурга требуется тесное взаимодействие с другими специалистами (терапевт, ортопед, пародонтолог, ортодонт и др.).

В последние 10-15 лет в мире отмечается бурное развитие хирургической стоматологии, что в том числе связано с появлением и использованием в повседневной практике хирургического физиодиспенсера и ультразвука.

Использование в клинической работе хирургического ультразвука имеет ряд существенных преимуществ по сравнению с традиционными методами. Максимальная безопасность для пациента и минимальное повреждение мягких тканей полости рта, все операции практически атравматичны и позволяют избежать таких послеоперационных осложнений, как кровотечение, травма сосудов и нервов, сильные болевые ощущения, отеки, что в конечном итоге приводит к сокращению сроков реабилитации после хирургического вмешательства.

В настоящее время дентальная имплантология является научно обоснованным методом при лечении частичной и даже полной адентии челюсти.

В последние годы при выполнении реставрации и протезировании в эстетической зоне терапевты и ортопеды всё чаще направляют пациентов к хирургу для эстетической коррекции контуров десневого края, что в том числе связано с высокими эстетическими требованиями со стороны пациентов.

На протяжении тысячелетий не стихают споры о красоте человека и пропорциях «идеального лица». Безусловно, эстетика-это субъективное понятие, ведь «красота находится в глазах зрителя». Тем не менее, существуют определённые объективные и общепринятые рекомендации по анализу эстетических нарушений и по их коррекции. В каждом конкретном случае возникают вопросы о том, нужна ли эстетическая коррекция и каким должен быть её объём. Хирург оценивает эстетику лица по следующим параметрам-симметрия лица и зубных рядов; форма губ и линия улыбки; соотношение видимых участков зубов и десны; пропорции и форма зубов, цвет зубов; форма десневых сосочков и альвеолярного отростка.

В зависимости от показаний, коронку зуба можно удлинить ортопедическим, хирургическим или комбинированным методом. Существует несколько видов операций. В каждом случае подход зависит от конкретной клинической ситуации. Среди возможных операций-гингивэктомия и гингивопластика; лоскутная операция с частичной остеотомией; лоскутная операция с остеотомией по периметру зуба. Во время остеопластики контурирование проводится с учётом будущего контура десны.

Заключение:

1. В сложных клинических случаях, когда требуется комплексная стоматологическая реабилитация, план лечения и последовательность вмешательств определяются после совместного осмотра и обследования пациента терапевтом, ортопедом, пародонтологом и хирургом.

2. Современные хирургические материалы и методы лечения позволяют сохранять зубы в сложных клинических случаях.

3. Дентальная имплантация позволяет восстанавливать дефект зубного ряда в области ранее удалённых зубов при лечении частичной и даже полной адентии челюсти при помощи несъёмных конструкций.

4. В большинстве случаев при терапевтических и ортопедических реставрациях в эстетически значимой зоне для достижения оптимального эстетического результата возникает необходимость коррекции десневого контура.

5. При использовании хирургического ультразвука отмечается сокращение сроков регенерации в послеоперационном периоде, интенсивности болевого синдрома, выраженность отёков тканей вследствие минимизации травмы тканей во время хирургического вмешательства.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С
ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ В Г. МОСКВА

Микаелян К.П., Аганесов А.Г.

ФГБНУ Российский научный центр хирургии им. Б.В.Петровского, Москва, Россия

Накопленный клинический опыт работы отделения хирургии позвоночника Российского Научного Центра Хирургии им. акад. Б.В. Петровского позволил впервые получить клинико-статистические показатели позвоночно-спинальной травмы.

Среди 200 пострадавших было 64% мужчин (от 22 лет до пенсионного возраста), 36% женщин (от 35-60 лет). 89%-лиц трудоспособного возраста. 56 % пострадавших имели выраженные двигательные и чувствительные расстройства разной степени, а также нарушение функций тазовых органов. Среди данных пациентов нет ни одного случая первичной госпитализации в специализированное отделение. 87% были госпитализированы в лечебные учреждения, где была возможность оценки неврологического статуса, но не было возможности оказания специализированной медицинской помощи. За этот период в 44% нарастал болевой синдром, неврологические расстройства со стороны функции спинного мозга и его корешков.

Накопленный опыт показывает, что в Москве недостаточно специализированных отделений для пациентов с позвоночно-спинальной травмой. Оказанием специализированной помощи пострадавшим занимаются неспециализированные лечебно-профилактические учреждения, что в значительной мере влияет на течение и исход болезни. Актуальность проблемы реабилитации обусловлена отсутствием общепринятых подходов. В настоящее время при отсутствии сети специальных реабилитационных центров, преемственности и этапности терапии, несмотря на выводы многочисленных научных работ, выступления ведущих ученых страны, рекомендации и решения различных форумов о необходимости создания региональных центров восстановительного лечения, вопрос этот не решен до сих пор.

Рекомендуется введение реабилитационных коек на базе областных учреждений с обеспечением возможности прохождения восстановительных курсов лечения пострадавших после позвоночно-спинальной травмы в местном восстановительном центре (особенно для пациентов из области). Решение всех затронутых вопросов помимо улучшения организации оказания медицинской помощи пациентам со спинальной травмой вскроет и большие резервы коечной мощности специализированных спинальных учреждений и обеспечит большой охват больных реабилитационными мероприятиями, более рациональное и эффективное использование каждой специализированной койки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНГУЛЯРА СОВМЕСТНО С СЕРЕТИДОМ

Митковская О.А., Темиргалиева Э.М., Яр-Мухамедова Г.Б.
Медицинская организация Аллергомед, Алматы, Казахстан

Цель исследования. Выяснение эффективности применения сингуляра при тяжелой атопической форме БА, базисной терапии, которой является серетид.

Атопический механизм развития показывает повышение Th2, IL-4, IL-5, что ведет к патофизиологическим изменениям при реактивном типе реакции.

Монтигет (монтелукаст натрия) является лейкотриеновым препаратом: ингибирует образование цистеиновых лейкотриенов, что приводит к снижению симптоматики БА. Монтелукаст натрия наиболее эффективен в лечение БА, чем кортикостероиды, которые не ингибируют образование цистеиновых лейкотриенов и полностью не контролируют механизм развития БА на уровне интерлейкинов. Серетид наиболее эффективный ингаляционный препарат (пролонгированный бронхолитик + кортикостероид).

Материалы и методы. Мы исследовали группу больных БА тяжелой степени - атопическая форма, получающих монтигет и серетид 50/250 или 25/250 – 2 р в день в течение 2-х месяцев. Количество больных – 25, возраст - 5-11 лет – 6 человек; 12-17 лет – 11 человек; 18-35 лет – 8 человек, им был назначен дополнительно монтигет.

Контрольная группа – 20 человек с тяжелой БА атопическая форма серетид 25/250 или 50/250 – возраст с 5-35 лет.

Результаты исследования. Результаты лечения проводились в течение 2-х месяцев. Выяснилось, что у больных снижается Th2-87%; увеличивается Th1 – у 91%; снизился IL-4 – 82%; IL-5 – 90%; снизилось количество эозинофилов в крови и мокроте у 95%. Увеличился ОФВ1 у 94%. Уменьшились дозы ингаляционных глюкокортикостероидов. 86% перешли: на дозу с 5-11 лет на 25/50; 12-17 лет – 50/100; 18-35 лет – 50/100; в 18% больных БА – перешли на вентолин 1 вдох x 2 р день и натрия кромогликат 2 вдоха x 3 р в день. В контрольной группе из больных БА, которые принимали только серетид, не принимающих монтигет, 49% больных перешли на серетид дозой меньше 50/100.

Заключение. Сочетание серетида и лейкотриенового препарата – сингуляра рекомендовано при атопической форме БА тяжелой степени тяжести, что ведет к снижению IL-4, IL-5 и эозинофилов, увеличению ОФВ1, улучшению качества жизни у детей и взрослых; в дальнейшем дает возможность перейти на более низкую дозу кортикостероидной ингаляционной терапии.

МЕТОДЫ ИММУНОТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Митковская О.А., Темиргалиева Э.М.

Казахский филиал Академии медико-технических наук РФ, Алматы, Казахстан

Проведено комплексное обследование и лечение 100 больных аллергическим дерматитом (АД) в период с 2005 по 2012 гг., среди них мужчин было 61, женщин 39. Средний возраст больных составил $34,2 \pm 4,2$. 25 больных составили контрольную группу, остальные получили лечение по одной из разработанных схем иммунотерапии.

Контрольная группа больных с АД получала только симптоматическую терапию - антигистаминный препарат зетринал по 1 таблетке 1 раз в день + адвантан (мазь) на пораженную кожу, в течение проводящегося обследования. Остальные три группы получали дополнительно терапию иммуномодуляторами в виде полиоксидония, индуктора интерферона бактериальный жидкий экстракт. Разработаны три схемы иммунотерапии АД:

1-я схема (25 человек): получали лечение иммуномодулятором полиоксидоний в/в 6мг+физиологический раствор 100,0 мл No10;

2-я схема (25 человек): 2 раза в неделю принимали иммунотерапию индуктор интерферона бактериальный жидкий в/м No7 по 1,0 мл;

3-я схема (25 человек) принимали комбинированную иммунотерапию полиоксидоний в/в 6мг + физиологический раствор 100,0 мл No5 2 раза в неделю, затем индуктор интерферона бактериальный жидкий в/м No7 по 1,0 мл 2 раза в неделю.

В период оценки качества терапии учитывали общее состояние пациентов, результаты обследования: общий анализ крови, IgA, G, M, ИЛ, IgE, Т-лимфоциты и Т-хелперы.

Выводы. Назначение неспецифических иммуномодуляторов (полиоксидоний, индуктор интерферона бактериальный жидкий) способствует нормализации показателей иммунитета - повышению уровня А-, G-, M-иммуноглобулинов, снижению концентраций ИЛ-5 и ИЛ-4 и повышению ИЛ-2, снижению уровня IgE, нормализация уровня Т-лимфоцитов и Т-хелперов у больных ринитом, бронхиальной астмой, ринитом и дерматитом. Наиболее эффективно комплексное применение двух иммуномодуляторов (небактериальный полиоксидоний и бактериальный индуктор интерферона бактериальный жидкий).

Разработанные схемы иммунотерапии АД рекомендуются использовать в практической деятельности врачей-иммунологов.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ПАЦИЕНТОВ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Митковская О.А., Яр-Мухамедова Г.Б.

Казахский филиал Академии медико-технических наук РФ, Алматы, Казахстан

Цель. Клиническое исследование иммуномодулирующей терапии препаратом рибомунил при заболеваниях верхних дыхательных путей у пациентов детского возраста.

Материал и методы. Изучена эффективность применения препарата рибомунил у 40 пациентов детского возраста (5-15 лет) с бронхиальной астмой (БА), имевших отягощенный фон: хронический назофарингит (18), риносинусит (12) и хронический тонзиллит (10). Диагноз БА был верифицирован у всех больных в аллергологическом отделении республиканской клинической больницы на основании анамнеза, клинических и иммунологических исследований. В группу наблюдения вошли больные с БА, персистирующим, среднетяжелым течением. В группу сравнения вошли 23 пациента с БА, имеющие частые респираторные эпизоды (до 5-7 раз в год). До и после лечения, а также через 6 мес было проведено иммунологическое исследование всех больных.

Пациенты были разделены на 2 группы: больным 1 группы (20 человек) назначили традиционное лечение, 2 группы (20 человек) - в комплекс терапии включали рибомунил по схеме.

Результаты. В первой группе после лечения хороший эффект наблюдался у 46% и выражался в исчезновении признаков воспаления и стойким межприступном периодом в течение 3 месяцев. У 51% результат расценивался как удовлетворительный, с сохранением остаточных явлений синусита и тонзиллита. В этой группе больных после лечения общее содержание Т-лимфоцитов, комплексных Е-РОК было ниже нормального, а уровень иммуноглобулинов не отличался от здоровых. Во второй группе больных в комплекс терапии включали иммуномодулирующий препарат рибомунил, был достигнут хороший эффект в 63% случаев, с ремиссией в течение года у 79%. При этом отмечена следующая положительная динамика иммунологических показателей: увеличился уровень IgG, общее количество лимфоцитов, содержание С₃, D-5, С D4, CD-8.

На основании проведенных исследований можно рекомендовать применение рибомунила с целью иммунотерапии пациентов с респираторным аллергозом.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА ПРОФИЛАКТИКИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мовсеян А.Г., Каган М.Ю.
«КМ-Клиник», Москва, Россия

Широко известно, что одним из основных препятствий активному долголетию являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), во многом провоцируемые высоким уровнем холестерина и гомоцистина, особенно в пожилом возрасте.

Используемая в «КМ-Клиник» методика уменьшения уровня холестерина основана на применении высокой дозы ниацина (в зависимости от первоочередного уровня холестерина до 1000 мг в день), таблетированного красного риса (до 600 мг в день), низкоглютенной диеты, физических упражнений (минимум 30 мин в день), рыбьего жира или жира криля. Месячный курс, проведенный по такой методике, снижает уровень холестерина на 30-50% от первоначального уровня. Затем назначаются таблетки красного риса длительно для поддержания достигнутого уровня и диета с минимумом насыщенных и ограниченно полиненасыщенных (ввиду быстрого перекисного окисления последних с возможным дальнейшим деструктивным влиянием на ДНК) жирных кислот в соотношении Q6 /Q3 1:1, с большим количеством растительных волокон и фитостеролов, отказом от употребления трансжиров.

В отличие от использования статинов, вызывающих часто мышечную слабость и проблемы с сердечной мышцей и печенью, а также снижающих уровень очень значимого антиоксиданта COQ10, при использовании данной методики вышеперечисленные побочные эффекты не возникали.

Для более эффективного снижения уровня гомоцистина, кроме достаточно традиционного использования витаминов B6, B9, B12, пациентам дополнительно давался препарат цинка (в дозе от 5 до 20 мг), триметилглицина (от 500 мг до 3-5 г при первоначальном уровне гомоцистеина более 16 мкмоль/л), а также витамин B2 (от 10 мг до 50 мг). В течение месяца проведения такой терапии уровень гомоцистеина у пациентов в 73% случаев не превышал 8 мкмоль/л.

Важно также отметить необходимость адекватного подбора дозы витаминов B6, B9, B12 в зависимости от первоначального уровня гомоцистеина.

Таким образом, использование немедикаментозной терапии для профилактики ССЗ при повышенном уровне холестерина и гомоцистеина позволяет получать результаты не только не уступающие традиционным химическим препаратам, а зачастую их превосходящие и не оказывающие аналогичных побочных эффектов.

САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ. ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Несина И.А., Потеряева Е.Л., Люткевич А.А.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ России,
ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, Новосибирск ФБУН
«Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, Новосибирск, Россия

В декабре 2012г. Правительство РФ утвердило государственную программу «Развитие здравоохранения РФ до 2020 года». Компонентом ее стала и подпрограмма по реабилитации. Впервые, с вступлением в силу Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» медицинская реабилитация вошла в программу государственных гарантий. Экспертным сообществом и специалистами разработан Порядок оказания медицинской помощи в реабилитационной сфере. Крайне важным является санаторно-курортный этап реабилитации, который может быть успешно реализован в санаторно-курортных учреждениях Новосибирской области, ряд из которых имеют большой опыт по оказанию реабилитационных услуг пациентам, перенесшим инфаркт миокарда, инсульты, операции на органах желудочно-кишечного тракта.

С 2014 года в Новосибирском государственном медицинском университете начата подготовка врачей на цикле «Медицинская реабилитация». Обучение различным аспектам медицинской реабилитации проводилась в рамках научно-практических конференций, образовательных школ. В 2015 году в г. Новосибирске состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Кардиореабилитация. Образовательная программа», которая была организована при широком участии и поддержке различных организаций и учреждений: Общественной общероссийской организации «Союз реабилитологов России», МЗ Новосибирской области, Новосибирского гос. медицинского университета, Центра Реабилитации "Ключи", г. Томск, ряда НИИ (Томского НИИ кардиологии, Томского НИИ психического здоровья, Новосибирского НИИ гигиены). Конференция способствовала широкому образованию врачей всех специальностей по вопросам организации и внедрения программ реабилитации пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда или хирургическое вмешательство на сердце. Конференция значительно повысила авторитет Новосибирской и Томской области в вопросах организации всех этапов кардиореабилитации. Это особенно актуально, поскольку реабилитация кардиологических больных является одним из приоритетных направлений государственной политики и важнейшим фактором сохранения и восстановления здоровья населения России.

Разработаны протоколы ведения пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда или хирургическое вмешательство на сердце, на 2 этапе реабилитации. Санатории Новосибирской области «Рассвет», «Сосновка» получили государственное задание на проведение кардиореабилитации. В настоящее время разрабатываются протоколы ведения пациентов ортопедического профиля для оказания реабилитационной помощи в условиях санаторно-курортных учреждений НСО, которые располагают возможностями применения лечебных грязей, рапы, минеральных вод в реабилитации данных категорий пациентов

Таким образом, санаторно-курортные учреждения Новосибирской области вновь приступили к оказанию реабилитационной помощи больным кардиологического профиля и в дальнейшем реабилитационная помощь будет оказываться пациентам и по другим профилям, что позволит улучшить прогноз и снизить инвалидность пациентам с социально значимыми заболеваниями.

ОРТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ДЕТЕЙ С
ПОСЛЕДСТВИЯМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Новиков В.И., Бунякин Н.И., Новиков И.В.

Академия медико-технических наук,
ООО «Протезно-ортопедическое малое предприятие «ОРТЕЗ», Москва, Россия

Целью исследований является анализ информационных материалов по ортезам при патологии тазобедренных суставов (ТБС) у детей, выявление медико-биомеханических особенностей патологических проявлений в тазобедренных суставах у детей при детском церебральном параличе (ДЦП), разработка биомеханической схемы и ортопедического аппарата, проведение ортезирования, анализ его результатов.

Материалы и методы. Пациентами являлись 46 детей с последствиями ДЦП, сопровождающегося патологиями ТБС, разбитые на группы по степени тяжести поражений. Больные наблюдались до и в процессе ортезирования, а также в отдаленном периоде. Изучалась специфика медико-биомеханических характеристик, разрабатывались биомеханические схемы, требования к конструкциям и материалам.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ показал, что патологии ТБС в разной степени тяжести не только характерны для детей с ДЦП, но и весьма специфичны. Часто встречается поздняя диагностика патологии ТБС, что снижает реабилитационный потенциал детей с ДЦП. Известные ортезы в своих конструкциях также не учитывают специфику, накладываемую на ортезирование спастическими проявлениями со стороны мышечной системы при ДЦП. Разработанная в соответствии с системным подходом биомеханическая система «Больной с ДЦП в аппарате на ТБС» позволила выявить специфику, накладываемую на ортезирование спастическими проявлениями со стороны мышц. Выработаны медико-технические требования к аппарату, что позволило создать оригинальную модульную конструкцию (патент РФ № 2388435).

Проведена отработка технологии изготовления аппаратов и ортезирование 46 больных, выявлены преимущества разработанного аппарата перед известными. Повысилась функциональность качества ортезирования, реабилитационный эффект. Результаты ортезирования положительные.

Выводы. 1. У детей с последствиями ДЦП в большинстве случаев имеются патологии ТБС, ортезирование имеет выраженную специфику, которая не в полной мере учитывается в конструкциях известных ортезов.

2. Разработанный ортопедический аппарат на тазобедренный сустав может быть использован как в амбулаторных условиях протезно-ортопедического предприятия, так и в реабилитационных центрах специализированных лечебных учреждениях.

О ВОЗМОЖНОСТИ ДЕТАЛИЗАЦИИ МЕТОДИК САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЦА ВИРУСАМИ

Копелев М.Ф.

Американский филиал Академии Медико-Технических Наук Российской Федерации,
Бостонское Отделение Американо-Российского Медицинского Сообщества (ARMS),
Бостон, США

Вирусы гриппа и Коксаки широко распространены во всем мире. Обусловленные ими острые респираторные заболевания нередко вызывают поражения сердца, протекающие чаще иннаппарантно, но иногда тяжело, включая развитие дилатационной миокардиопатии, обуславливая длительную временную нетрудоспособность, даже инвалидизацию больных, бывают и фатальные случаи (изредка встречаются и фульминантные формы). Этой актуальной проблеме современной медицины посвящены многие исследования.

Подробнее скажем об экспериментальной работе по изучению поражения сердца вирусами, проведенной под руководством академика АМН, лауреата Государственной премии СССР В.Д. Соловьёва. В состав группы входили доктора медицинских наук – вирусолог и гистолог, и автор этих строк.

Была создана модель воздействия вирусов на сердце подопытного животного. Всего было использовано 976 беспородных белых мышей разного возраста заражаемых шестью штаммами вируса гриппа А (N1H1); вирусами Коксаки А6 и В3; микстами вирусов гриппа и Коксаки А6. Пути введения, титр вируса и условия содержания инфицированных животных были различны. На протяжении опыта животным снимались электрокардиограммы, определялся количественный уровень вируса в крови и тканях сердца и титр антител, производились гистологические исследования тканей сердца и поперечно-полосатых мышц.

В результате выявлен ряд важных закономерностей поражения сердца перечисленными вирусами. Прежде всего это принципиальная разница патогенеза поражения сердца вирусами гриппа, которые в сердце не размножаются, а поражают сосуды, с образованием очагов ишемии миокарда, но микроскопическая картина миокардита отсутствует. А вирусы Коксаки, размножаясь непосредственно в тканях сердца, первично поражают мышечные элементы с развитием миокардита и образованием очагов некроза. Выявлена значительно более выраженная кардиотропность Коксаки А6 по сравнению с Коксаки В3; большая выраженность поражений сердца при инфицировании микстами вирусов гриппа и Коксаки.

Результаты современных исследований, включая наши данные, позволяют детализировать методики санаторно-курортной реабилитации больных при поражении сердца вирусами.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДИСМЕНОРЕЕЙ

Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Султанова Д.К., Рузметова И.А.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель – изучить эффективность медикаментозных и немедикаментозных методов реабилитации больных альгодисменореей.

Материал и методы. Пациентки (18-35 лет) с альгодисменореей, получавшие гестагенную терапию (дюфастон (АВБОТТ) по 1 таб 2 раза в день с 16-го по 25-й день менструального цикла, были разделены на три группы. Больные 1 группы получали противовоспалительный препарат окситен (Гранд Медикал ЛТД) - 20 мг, 1 раз в день по 1 таблетке, за 2-3 до и 2-3 дня во время менструации. Больные 2 группы - физиотерапию и теплолечение. Больные 3 группы – окситен, физиотерапию и теплолечение (электрофорез раствора новокаина (2,0%) на низ живота плотность: тока - $0,04 \text{ мА/см}^2$, сила тока - 5мА, 10-15 мин, №10, е/д; магнитотерапию на низ живота, переменное магнитное поле 50 Гц в непрерывном режиме, 30 мТл, 15 мин, №10, е/д; озокеритовые аппликации, «трусички», t 40-42°C, 15 мин, №8, ч/д.).

Результаты. До лечения болезненные менструации сопровождались общей слабостью, недомоганием, потерей трудоспособности. Лечение оказало благоприятный эффект, проявившийся в уменьшении и исчезновении болевых ощущений, значительном улучшении общего состояния и восстановления трудоспособности. У больных 3 группы (гормонотерапия, окситен+физиотерапия и теплолечение) исчезновение болевых ощущений и восстановление трудоспособности отмечалось уже в течение 1-2 менструальных циклов, а у пациенток 1 группы (гормонотерапия+окситен) позитивный эффект достигался к концу 3-4 месяца и во 2 группе (дюфастон, физиотерапия и теплолечение) - через 4-6 месяцев, эффект был менее выраженным. Окситен в сочетании с гормонами больные переносили хорошо, отмены препарата не было.

Вывод. Удачное сочетание окситена, блокирующего синтез простагландинов, приводящих к развитию отека и боли при альгодисменорее, гормонотерапии и физиотерапии с теплолечением, оказывает патогенетическое влияние на течение болезни, что позволяет нам рекомендовать данный комплекс для реабилитации женщин с данной патологией.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С КРУГЛОГОДИЧНЫМ
РИНИТОМ И БРОХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Овсянникова Е.М., Коровина Н.А., Стойко Т.Ю., Караштина О.В.
ГОУ ДПО РМАПО Кафедра педиатрии, Поликлиника ОАО Газпром,
Москва, Россия

Чрезвычайно актуальной в клинической медицине продолжает оставаться проблема часто болеющих детей. От 15% до 75% детской популяции составляют часто болеющие дети (Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. 2006).

В настоящем исследовании представлены результаты применения алерго-специфической иммунотерапии (АСИТ) подкожным и сублингвальным методами у часто болеющих детей с круглогодичным аллергическим ринитом и рецидивирующим бронхообструктивным синдромом. Иммунотерапия проводилась в случаях подтвержденных Ig E-зависимых аллергических реакций. Время наблюдения – один год.

Основную группу составили 140 детей. Из них 85% с круглогодичным аллергическим ринитом и 15% с бронхиальной обструкцией. Лечение проводилось аллергенами пыльцы деревьев (в зависимости от выявленной у ребенка сенсibilизации) и аллергенами клещей домашней пыли.

Проводилось лечение препаратами –Сталораль, Фосталь, Алюсталь производства Сталлержен. Возраст детей - $6 \pm 1,0$ лет. В контрольную группу вошли 140 детей, из группы часто и длительно болеющих с отягощенным аллергическим ринитом, которым не проводилась АСИТ.

В результате проведенного лечения в группе детей с круглогодичным аллергическим ринитом в 90% случаев уменьшались клинические проявления: существенно улучшалось носовое дыхание, отмечалось более легкое течение ОРВИ, снизилась частота эпизодов ОРВИ (при $p < 0,05$).

У 80 % детей с бронхиальной обструкцией и гиперреактивностью бронхов отмечалось улучшение показателей ФВД ($p < 0,001$).

Полученные результаты позволяют говорить о высокой эффективности алерго-специфической иммунотерапии (АСИТ) у детей с круглогодичным аллергическим ринитом и бронхообструктивным синдромом.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБНОЙ КОЛОНИЗАЦИИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Олесов Е.Е., Юффа Е.П., Адамчик А.А., Лесняк А.В., Автандилов Г.А.

ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА России», Москва, Россия

В условиях экологического прессинга на организм современного человека увеличивается интерес к биоинертности реставрационных и конструкционных стоматологических материалов, поскольку они длительное время находятся в организме человека и подвергаются воздействию ротовой жидкости и механическим нагрузкам.

Материал и методы исследования. В эксперименте проведено электронно-микроскопическое изучение биодеградации и микробной колонизации прессованной керамики «IPS e.max Press» (Лихтенштейн) и светоотверждаемого композита «Estelite Sigma Quick» (Япония). В лаборатории анатомии микроорганизмов НИИ им. Н.Ф. Гамалеи проводилось инкубирование образцов указанных материалов в питательном LB бульоне с культурами микроорганизмов полости рта с последующим изучением в двулучевом сканирующем электронном микроскопе Quanta 200 3D (USA). Степень биообращения образцов использовалась программа Scandium 5.0.

Результаты исследования. Установлена существенная разница в микробной колонизации керамических и композитных образцов материалов. Уже на малых увеличениях (x55) видно образование налета на полированной поверхности композита. При больших увеличениях налет представлял собой сложную многокомпонентную биопленку. В участках, где регистрировалось скопления бактерий (микроколоний и биопленок) выявлялись микроповреждения в виде трещин. При исследовании неполированной (шероховатой) поверхности композитных образцов после инкубации с микробиомом слюны видно, что вся поверхность достаточно равномерно покрыта биопленкой, состоящей из разных морфотипов микроорганизмов.

После очистки поверхности от бактериального налета отчетливо проявились дефекты поверхности, которые ранее не определялись, поэтому можно считать, что возникновение этих дефектов связано с воздействием микроорганизмов на материал композита.

После инкубации керамических образцов с культурами микроорганизмов на их гладкой и шероховатой поверхностях только в отдельных участках обнаружены одиночные адгезированные бактерии и биопленки. Следует отметить, что по сравнению с композитом количество биоматериала (бактерий и биопленок) на поверхности керамики было значительно меньше; большая часть поверхности была свободна от бактерий. После чистки гладкой поверхности керамических образцов бактерии не обнаруживались. Не были выявлены и дефекты поверхности после чистки. Измерение площади биообращения показало, что для керамики биообращение начинается с периферии образца (0,0% в центре и 2,3% по краю образца); для образцов композита биообращение не имеет различий по всей площади, то есть отмечается субтотальное биообращение всей поверхности композита (96,8% в центре и 92,5% по краю образца).

Выводы. Таким образом, по сравнению с композитом керамика значительно меньше колонизируется микроорганизмами рта и устойчива к биодеградации.

СТРАТЕГИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНЫ ТРУДА

Оранский И.Е., Федоров А.А.

ФБУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора, Екатеринбург, Россия

Сохранение здоровья и работоспособности работающего населения является важнейшей задачей медицины труда. Особенно остро эта проблема встает на промышленных предприятиях, расположенных на высоко урбанизированных территориях, где экологическая обстановка во многом не отвечает санитарно-гигиеническим нормам из-за превышения в окружающей среде таких токсикантов как свинец, железо, магний, медь, мышьяк и др., и различных видов мелкодисперсной пыли.

Воздействие токсических элементов на организм работника вызывает повреждения в системе адаптогенеза и приводит к возникновению патологических реакций.

Сформировано два реабилитационных варианта: краткосрочный, решающий задачи восстановления адаптогенеза и пролонгированный – восстановление здоровья и работоспособности, и как итог повышения качества жизни.

Распределение потоков по вариантам проводилось на основе оценки адаптационного потенциала (АП).

При минимальных значениях АП проводился краткосрочный вариант реабилитационных мероприятий в условиях клиники. Целевая установка – гармонизировать ансамбль физиологических функций, стимулировать адаптогенез, повысить уровень работоспособности. Эффективность краткосрочной реабилитации составила 92%, с улучшением отдельных элементов качества жизни по анкете SF – 36.

Пролонгированная реабилитация проводилась без отрыва от производства в условиях санатория-профилактория. Учитывали характер труда.

Цикл оздоровления по варианту пролонгированной реабилитации составлял 21 день. Технологии оздоровления включали в себя бальнеофакторы, физиотерапию, массаж, лечебное питание. Общий объем наблюдений составил 700 работников. Эффективность мероприятий реабилитационного назначения оценивалась через год. Она варьировалась от 76% до 90% сопровождаясь положительными изменениями в 46% показателей качества жизни.

РОССИЙСКИЕ КВАНТОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ПРАКТИКЕ

Осипова Е.Г.

Ассоциация «Международный центр развития квантовой медицины»,
г. Москва, Россия

Аппараты квантовой (магнито-инфракрасной лазерной) терапии серии РИКТА®, более 25 лет выпускаемые ЗАО «МИЛТА—ПКП ГИТ», г. Москва, успешно применяются с восстановительной и реабилитационной целью в санаторно-курортной практике России и стран СНГ. Квантовое воздействие аппаратов серии РИКТА заключается в одновременном использовании импульсного когерентного лазерного излучения, широкополосного инфракрасного некогерентного излучения, излучения красного и синего видимого света, постоянного магнитного поля, импульсных электрических токов низкой частоты методом чрескожной электростимуляции (ЧЭС). Аппараты квантовой терапии (КТ) безопасны, просты и доступны в применении, удобны в эксплуатации, неинвазивны и экологически безопасны. Специалисты отмечают их высокую эффективность и отсутствие побочных эффектов.

Квантовые технологии успешно применяются при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и нервной системы, при реабилитации и восстановлении онкологических больных, в педиатрии. Эффективность КТ при полиостеоартрозе составляет 75%, в терапии остеохондроза положительная динамика отмечается у 96% больных, купирование болевого синдрома полностью происходит после 6–7 процедур, при применении ЧЭС — через 1–4 часа, наряду с этим у 99% больных улучшается общее самочувствие, сон, аппетит. Применение КТ у часто болеющих детей позволяет снизить общую заболеваемость в 3,1 раза. Применение КТ в лечении хронического аденоидита значительно сокращает частоту рецидивов заболевания и позволяет в 80% случаев отказаться от аденотомии. Эффективность КТ при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря и энурезе составляет 86,6%, в то время как в контрольной группе (без КТ) — 60,4% ($P < 0,05$).

КТ удачно сочетается с водо- и грязелечением, массажем, мануальной терапией, лечебной физкультурой. Применение российских квантовых технологий занимает всё большее место в лечебной практике курортов, способствует возвращению больных к активной жизни, сохраняет возможность дальнейшей физической активности более чем у половины пациентов, прошедших реабилитацию.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ВЫЯВЛЕНИЯ СУБКЛИНИЧЕСКИХ
ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Палатов С.Ю., Лебедев М.А.

Академия медико-технических наук РФ, Москва, Россия

Разработана методика раннего выявления пограничных психических расстройств и предболезненных состояний у подростков и лиц молодого возраста. Методика представляет собой компьютеризированный анализ ряда отдельных симптомов, совокупность которых позволит выставить синдромальный диагноз и определить качество психического здоровья.

Проведено клинико-эпидемиологическое изучение распространенности, структуры и динамики, предболезненных состояний у учащихся массовых школ крупного города, проживающих на территории одной детской поликлиники и студентов ВУЗа, свыше 1000 человек. К предболезненным состояниям были отнесены полиморфная астеническая симптоматика, транзиторное аффективное расстройство, акцентуации характера, сопровождавшиеся нарушением учебной и семейной адаптации. Предболезненные состояния были выявлены у одной трети всех обследованных.

В ходе исследования проведен анализ свыше 300 признаков различного характера с целью получения комплекса факторов, оказывающих наибольшее влияние на формирование предболезненных пограничных состояний и негативного развития симптоматики.

Произведено объединение факторов в три основные группы соответственно: биологические, социально-демографические, микро-социальные комплексы. При сопоставлении значимости отдельных комплексов факторов были выявлены как общие закономерности, так и определенные различия, наблюдавшиеся в исследованных группах и вариантах предболезненных состояний.

Так, в группе наблюдения подростков-школьников наибольшее значение для формирования полиморфной астенической симптоматики имели наследственная отягощенность соматическими заболеваниями, наличие ante- и перинатальных вредностей. Для формирования транзиторного аффективного расстройства наиболее значимыми были наследственная отягощенность как психическими, так и соматическими заболеваниями. Для формирования акцентуаций характера ведущее значение имело наследственное отягощение психическими заболеваниями. В группе обследованных студентов прогностическая значимость выделенных факторов сохраняла свое значение, однако носила несколько иной характер.

Так, было отмечено последовательное уменьшение значимости биологических факторов для формирования полиморфной астенической симптоматики, увеличение тех же факторов для возникновения транзиторного аффективного расстройства и, особенно, акцентуаций характера.

Возникновение предболезненных и пограничных расстройств зависит, преимущественно от микро-социальных факторов, в определенной степени, от наследственного предрасположения; необходимо расширение профилактической и психокоррекционной работы со студентами на базах имеющихся медицинских учреждений с преимущественным амбулаторным типом оказания терапевтической и коррекционной помощи; своевременное консультирование больных у врачей-психиатров и специализированная коррекция состояния ведет к достаточно быстрому купированию симптоматики, сохранению работоспособности пациента, что имеет, безусловно, положительный социальный и экономический эффект.

ТОМОГРАФ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ (ДОКЛИНИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ) НА
ОСНОВЕ МЕТОДА МАГНИТОИНДУКЦИОННОЙ ТОМОГРАФИИ

Палатов С.Ю., Лебедев М.А., Ковров Г.В.

Академия медико-технических наук РФ, Москва, Россия

Значительная распространенность реди населения психических расстройств невротического уровня обуславливает настоятельную необходимость совершенствования технологий диагностики состояний.

Ведущим методом диагностики расстройств невротического уровня традиционно остается клинический.

В то же время полиморфность клинической картины, динамика нарушений, субъективное отношение пациентов, достаточно часто ведет к «запаздыванию» своевременного выявления заболевания и проведения коррекционных мероприятий. Особое значение приобретают параклинические технологии - выделение «маркеров» расстройств, имеющих как диагностическое, так и прогностическое значение.

В последнее время развиваются бесконтактные методы визуализации электрической проводимости: магнитоиндукционная томография (МИТ) (Бабушкин А.К. и др., 2011) и электрополевая томографи (ЭПТ) (Ю.В. Гуляев и др., 2010), успешно используется в медицинской практике контактный метод электроимпедансной томографии (О.В. Троханова и др., 2009), впервые предложенные в институте радиотехники и электроники им.В.А.Котельникова РАН (ИРЭ РАН).

Предполагается использование и развитие методов магнитоиндукционной и электроимпедансной томографии (МИТ и ЭИТ соответственно) для бесконтактного выявления в реальном времени трехмерного распределения проводимости мозговых тканей.

Разрабатываемый метод бесконтактной регистрации активности мозга основывается на взаимодействии внешнего квазистатического высокочастотного магнитного поля и проводящей среды тканей мозга, т.е. является развитием методов магнитоиндукционной томографии (МИТ).

ПОТРЕБНОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАБОТАЮЩИХ В
РЕСУРСООЕМКИХ ПРОИЗВОДСТВАХ

Пачгин И.В., Кича Д.И.

Российский университет дружбы народов, г.Москва, РФ

В современных условиях роста интенсификации труда и увеличения ресурсоемкости производственных предприятий организм работающего испытывает значительные перегрузки. В короткий период после работы и ночного сна не происходит полного восстановления затраченных сил и потерянной энергии. В выходные дни без специальных восстановительных мероприятий при бытовых нагрузках или суточных конвейерных работах организм не возвращается к физиологическим нормам.

Ввиду этих факторов специальными исследованиями нами установлен высокий уровень заболеваемости и смертности работающих, вызывающих экономический ущерб предприятиям и недополученный доход валовому внутреннему (региональному) продукту. Эти тенденции установлены и другими специальными исследованиями (1,2).

Наибольший экономический ущерб связан с болезнями, от которых чаще умирают в молодом возрасте или в возрасте трудовой активности. В России главные факторы смертности у мужчин трудоспособного возраста - несчастные случаи, отравления, травмы и болезни системы кровообращения. У женщин трудоспособного возраста смертность ниже, чем у мужчин, а показатели смертности женщин в последние годы стабилизировались. Наибольшим резервом увеличения средней продолжительности жизни трудоспособного населения является снижение смертности от несчастных случаев, отравлений и травм. Полное устранение смертности от болезней системы кровообращения увеличит этот показатель на 0,9 года, от новообразований - на 0,4 года, от несчастных случаев, отравлений и травм повысит среднюю продолжительность жизни трудоспособного населения на 1,6 года. Средний ранг профессионального риска смерти в РФ в 2010 г. по возрастным группам среди мужчин и женщин показывает, что высший ранг принадлежит возрастной группе 20-29 лет, причем для женщин он почти в 2 раза более значим.

Кроме того, для трудоспособного населения важная роль среди социальных факторов, влияющих на здоровье, принадлежит условиям труда, которые за последние полтора десятилетия не совершенствовались. Тяжелое состояние экономики многих организаций отодвинуло на второй план задачу улучшения условий труда. Работодатель не вкладывает средства в охрану труда. Неудовлетворительные условия труда влекут стабильно высокий уровень профессиональной и профессионально обусловленной заболеваемости.

По результатам исследований нами предлагаются мероприятия восстановительного и организационного характера, которые основаны на объединении возможностей медицинских, страховых и производственных ресурсов. Для работающих предлагаются условия для восстановления здоровья с мотивационными основами.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ
В ОБЛАСТИ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Поморцева Е.Н., Бобырь М.А., Агасаров Л.Г., Мосолова Э.Г.

Российская Академия медико-технических наук, ФГБУ Российский научный центр
«Медицинская реабилитация и курортология», г.Москва, Россия

Использование ударной волны (УВ) является находкой для целого ряда медицинских направлений. Но в некоторых случаях, например в физиотерапии, эффект УВ для лечения некоторых заболеваний, является спорным. УВ является звуковой волной. По фронту волны в течение очень короткого интервала времени положительное давление возрастает от давления окружающей среды до максимального значения, после чего следует небольшая пауза разрежения. Эффект применения УВ в сущности опосредован направленной реакцией клеток на внешние механические силы, действующие в направлении клеточной системы, так называемой механотрансдукцией. Конкретный механизм можно разделить на физический и биологический. К физическому эффекту относится дезинтеграция твердых структур в случае конкрементов и кальцификации. К биологическому - обезболивание, влияние на метаболизм и пролиферацию клеток, то есть в сущности на неоангиогенез и возрастание остеобластической активности. Терапия ударной волной назначается индивидуально, количество ударов за один сеанс составляет 1000-2000, количество сеансов от 2 до 5, чаще всего с перерывом в одну неделю. После процедуры необходимо соблюдать покой в течение 10-12 часов.

Предполагаемое использование ударной волны в физиотерапии возможно при следующих формах патологического процесса в опорно-двигательной системе: *Calcar calcanei* (пяточная шпора), причиной проблемы является энтезопатия коротких мышц стопы; *Epicondylitis radialis humeri*, лучевой эпикондилит плечевой кости (теннисный локоть) - поражение начала разгибателей запястья, пальцев и супинатора на радиальном мыщелке плеча и головке луча; *Epicondylitis ulnaris humeri*, локтевой эпикондилит плечевой кости (локоть метателей копья) - поражение начала сгибателей запястья, пальцев и круглого пронатора на медиальном надмыщелке плеча; Тендинопатия ахиллова сухожилия - болезненное повреждение ахиллова сухожилия на дегенеративной основе, в некоторых случаях с наличием воспаления; Тендинопатия плечевого сустава; Кальцифицирующий тендинит – заболевание, характеризующееся отложением солей кальция в структуры манжеты вращателя. Болезнь проявляется значительной болезненностью в области подакромиального пространства. Вследствие боли происходит быстрое ограничение подвижности в суставе, гипотрофия мышц плечевого пояса и отложение депозитов кальция. Терапия ударной волной возможна только после мануальной терапии. Присутствие триггерных зон в мышцах вызывает значительные дисфункции в подвижности и другие клинические симптомы, как ограничение растяжения мышц и повышенное напряжение мышечных волокон, ощущение при пальпации.

По нашим данным ощутимый эффект развивается у пациентов, которые проходили терапию ударной волной одновременно с мануальной терапией. Наилучшие положительные результаты отмечены у пациентов с тендинопатиями плечевого сустава при воздействии на триггерные зоны. В то же время малоэффективность ударноволновой терапии была отмечена у пациентов с диагнозами пяточная шпора и энтезопатия локтевого сустава.

Следует отметить, что при терапии ударноволновой терапией у большинства пациентов довольно успешно купируется болевой синдром на фоне длительного и безуспешного лечения другими методами лечения.

**ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРОРАЛЬНЫМ ПРИЕМОМ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ
“ГУНДАУРИ” НА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Саакашвили Н.М., Джакобия Н.В., Тархан-Моурави И.Д.,
Табидзе М.Ш, Саганелидзе Х.З.*

Тбилисский бальнеологический курорт „Тбилиси-SPA” – Национальный научно-практический центр здоровья и медицинской реабилитации, Государственный университет Ильи, г.Тбилиси, Грузия

Обследовано 86 больных инсулиннезависимой формой сахарного диабета в возрасте от 26 до 65 лет.

Лечение больных проводилось в течение 22-25 дней и заключалось в пероральном приеме (питье) слабоминерализованной ($M - 1,1-1,3 \text{ г/дм}^3$) сульфатно-кальциевой минеральной воды „Гундаури” (по 250-300 мл 3 раза в день).

До поступления на лечение все больные принимали в день 1-2 таблетки антидиабетических медикаментов. В процессе лечения всем исследованным назначалось диетическое питание. При поступлении на лечение у больных отмечалось повышенное содержание глюкозы в крови, а в плазме - адренкортикотропного гормона и кортизола.

Было установлено, что комплексное лечение с пероральным приемом минеральной воды „Гундаури” ингибирует выработку в гипофизе адренкортикотропного гормона, что сопровождается уменьшением выработки кортизола в коре надпочечников до средних границ нормы; активизирует процессы аэробного обмена и подавляет процессы анаэробного обмена, что влечет ослабление, вплоть до исчезновения, тканевой гипоксии; нормализующе действует на повышенные величины показателей липидного обмена.

Указанные положительные сдвиги проявлялись снижением содержания адренкортикотропного гормона и кортизола в плазме крови, пировиноградной и молочной кислот в крови, холестерина, общих липидов, β -липопротеинов, триглицеридов и сульфидных групп в сыворотке крови, а вакат-кислорода в моче и сопровождались выраженным уменьшением, вплоть до нормальных величин, количества глюкозы в крови и значительным улучшением клинического состояния.

Указанные положительные сдвиги позволили снизить количество и дозировку принимаемых больными антидиабетических средств, вплоть до их полной отмены.

Комплексное лечение с использованием минеральной воды “Гундаури” оказало положительное воздействие на всех исследованных.

**ВЫЯВЛЕНИЕ ГИБЕРНИРОВАННЫХ СЕГМЕНТОВ МИОКАРДА ПРИ
ПРОГНОЗИРОВАНИИ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ПЛАСТИКОЙ
ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

Сафронов С.Н., Зотов А.С., Шин А.Р., Устьянцева Н.В.

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий» ФМБА России, Москва

Гибернированный миокард (hibernating myocardium) – это адаптационный процесс длительного снижения метаболизма и сократительной функции миокарда в ответ на хроническое уменьшение коронарного кровотока. Оценка жизнеспособности пораженного миокарда имеет особенное значение у больных с наличием аневризмы левого желудочка и недостаточностью кровообращения. Нами разработан дифференцированный подход к выбору метода реконструкции постинфарктной аневризмы левого желудочка. До операции при проведении предоперационного моделирования левого желудочка, по данным эхокардиографии мы рассчитываем планируемый/послеоперационный КДО ЛЖ (учитывая физиологическую норму индекса КДО 50 – 60 мл/м²), УО (принимая во внимание, что ударный индекс должен равняться 40 – 45 мл/м²), допустимую площадь выключения постинфарктной аневризмы и прогнозируем послеоперационную фракцию выброса на основе оставшихся жизнеспособных сегментов.

С целью изучения геометрии левого желудочка и выявления гибернированных сегментов миокарда, обследовано 52 пациента с постинфарктной аневризмой, которая составляла более 20% от площади левого желудочка (50 мужчин и 2 женщины, средний возраст 63,08±4,2 лет). Применялась инотропная стимуляция гибернированного миокарда на стресс-эхокардиографии с добутамином. Гибернированный миокард подразумевает наличие значительного обструктивного поражения коронарных артерий, поэтому первоначальное увеличение систолического прироста миокарда в последующем сменяется ухудшением его сократимости на высоких дозах введения добутамина вследствие несоответствия между потребностью и доставкой кислорода.

Этот ответ является двухфазным и представляет собой оптимальный маркер жизнеспособных гибернированных сегментов левого желудочка. Интраоперационно, учитывая имеющиеся данные моделирования об оптимальном КДО, мы, используя «баллон-манекен» левого желудочка выполняем реконструкцию – путем введения в полость баллона раздутого до физиологического - рассчитанного объема. При распространении рубцового процесса на межжелудочковую перегородку выполнялась аутовентрикулопластика. В тех случаях, когда рассчитанный КДО, т.е. КДО сокращающейся части левого желудочка был меньше физиологических значений мы дополняем необходимый объем при помощи заплаты (площадь и позиция которой рассчитана по данным ЭхоКГ), с целью профилактики синдрома низкого сердечного выброса. В случае обширной рубцовой зоны и наличия тромботических масс мы также выполняем эндовентрикулопластику синтетической заплатой. Оперативное вмешательство завершается реваскуляризацией миокарда.

Таким образом, расчет геометрии левого желудочка и инотропная стимуляция миокарда в комбинации с возможностью получения данных об его метаболизме может помочь выявить жизнеспособность гибернированных гипо-, и гипоакINETических сегментов миокарда, дающие прирост фракции выброса после успешной резекции дискинетических сегментов миокарда составляющих аневризму левого желудочка.

**ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРТРОФИИ
ПАПИЛЛЯРНЫХ МЫШЦ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ МОЛОДЫХ
ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Сафронов С.Н., Павлова С.С., Устьянцева Н.В.

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий» ФМБА России, Москва, Россия

При помощи эхокардиографии (ЭхоКГ) во время ежегодного профилактического осмотра прикрепленного контингента, можно точно определить степень поражения и дисфункции сердца при АГ, что имеет значение в определении прогноза заболевания, выборе активности лечения и для анализа эффективности гипотензивной терапии.

Изменения в сердце, развивающиеся при АГ, претерпевают тот или иной процесс ремоделирования. В настоящее время процесс ремоделирования ЛЖ рассматривается как собирательное понятие, объединяющее патологические изменения, происходящие как на уровне отдельных клеток и интерстициального пространства миокарда, так и всей камеры ЛЖ в целом. С целью изучения особенностей ремоделирования ЛЖ, на примере гипертрофии папиллярных мышц, нами было обследовано 28 пациентов (ср.возраст больных составил $30,4 \pm 2,4$ года) с данной патологией и нормальным индексом массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), причем у 20 (основная группа) - гипертрофия папиллярных мышц сочеталась с гипертрофией стенок ЛЖ, обнаруженной в В-режиме. У 8 пациентов гипертрофия папиллярных мышц была изолированная. На этом основано наше предложение считать изолированную гипертрофию папиллярных мышц признаком гипертрофического ремоделирования. Использование при оценке процессов ремоделирования ЛЖ не только индекса ММЛЖ и относительной толщины стенок, но и индекса конечно-диастолического размера, выявление локальной гипертрофии стенок ЛЖ и/или папиллярных мышц, позволяет более точно определить степень кардиоваскулярного риска у конкретного пациента с АГ. Среднее значение передне-заднего размера переднелатеральной папиллярной мышцы (ПЛПМ) составило $1,4 \pm 0,3$ мм, заднемедиальной папиллярной мышцы (ЗМПМ) – $1,3 \pm 0,5$ мм. Корреляционная связь между ММЛЖ и размером передней и задней папиллярных мышц была умеренной (0,41 и 0,53), а между ММЛЖ и относительной величиной ПЛПМ/ЗМПМ ее не наблюдалось. Это позволяет утверждать, что с увеличением ММЛЖ папиллярные мышцы гипертрофируются относительно равномерно. Утолщение МЖП встретилась у 14 пациентов, а утолщение задней стенки ЛЖ – у 6 основной группы. Корреляционная связь между ММЛЖ и коэффициентом асимметрии была слабая (0,28). Это указывает, что для АГ характерна симметричная гипертрофия ЛЖ, с равномерным утолщением стенок ЛЖ и папиллярных мышц. Концентрическая гипертрофия ЛЖ более опасна в риске развития внезапной смерти, а эксцентрическая – в вероятности развития ХСН, а изменение папиллярных мышц вследствие гипертрофии, может привести к развитию митральной недостаточности. Для характеристики риска заболевания необходимо определять геометрическую модель гипертрофированного ЛЖ и состояние папиллярных мышц митрального клапана.

Таким образом, при профилактическом осмотре в заключении, следует указывать ЭхоКГ тип геометрии ЛЖ и отметить насколько вовлечен в процесс малый круг кровообращения, а также охарактеризовать состояние папиллярных мышц митрального клапана. Это помогает оценить тяжесть поражения сердца у конкретного пациента на основании эхокардиографических данных исследования и позволяет выбрать план медикаментозного воздействия с контролем его эффективности.

ОСОБЕННОСТИ АССОЦИИРОВАНИЯ АФФЕКТИВНЫХ
И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРЕДЕМЕНТНОГО УРОВНЯ
ПРИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Секоян И.Э.

Армянский Филиал Российской Академии медико-технических наук,
Ереван, Армения

В подавляющем большинстве исследований, проведенных в области изучения особенностей когнитивной и аффективной сфер при сосудистых заболеваниях мозга, акцент ставится на выявление депрессии и тревоги и их взаимосвязи с когнитивными расстройствами.

Цель исследования: изучение паттерна: депрессия-тревога-алекситимия у постинсультных больных с когнитивными расстройствами недементного уровня.

Материал и методы. Обследованию подверглись 102 больных с сосудистой патологией мозга (мужчин – 62, женщин – 40).

При постановке диагноза сосудистой деменции придерживались Классификации сосудистых поражений головного и спинного мозга в соответствии с МКБ-10 и “DSMTM– IV Classification With ICD-10 Codes”. В соответствии с возрастом больные были распределены следующим образом: 40-55 лет– 31 пациент (30,4%), 56-70 лет – 71 пациент (69,6%). По основной причине развития заболевания больные были распределены: 1) хроническая сосудистая мозговая недостаточность (27,0%), 2) транзиторные ишемические атаки (12,0%), перенесенный ишемический инсульт (61,0%). По давности заболевания: 1-6 мес. (16,5%), 6-12 мес. (27,4%), свыше 1 года (56,1%).

Согласно результатам тестирования пациентов по шкале Mini Mental State Examination MMSE, среди 102 больных серьезная стадия когнитивных расстройств выявлена в 5,9% случаев, средняя стадия – у 21,6% больных, легкая стадия – в 64,7% случаев.

Большая депрессия по опроснику BDI выявлена у 6 пациентов (6,8%), легкий уровень депрессии ситуативного или невротического генеза у 32 больных (36,4%).

Высокий уровень реактивной тревоги по шкале STAI₁ выявлен у 62 больных (68,1%), умеренный - у 11 (13,8%), низкий - у 15 (18,1%), высокий

уровень личностной тревоги выявлен по STAI₂ у 66 больных (72,3%), умеренный уровень – у 16 (19,2%), низкий уровень – у 6 (8,5%).

По шкале TASy 65 больных (71,2%) выявлен алекситимический тип личности, у 16 (19,2%) - невыраженный тип, у 7 пациентов (9,6%) - неалекситимический тип личности.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что у больных с умеренным когнитивным дефицитом отмечается положительная корреляция между показателями личностной тревоги, реактивной тревоги, алекситимии и депрессии.

Одновременно обнаружена отрицательная корреляция указанных показателей с показателями когнитивных расстройств, за исключением положительной корреляции с показателем депрессии (BDI). В частности, судя по величине коэффициентов корреляции, показатели когнитивных расстройств находятся в более выраженной связи с показателями депрессии, далее реактивной тревоги, алекситимии и личностной тревоги.

Результаты кластерного анализа показателей триады: "депрессия, тревога, алекситимия" свидетельствуют о выделении двух кластеров, первый из которых включает реактивную тревогу, личностную тревогу и сопряженную с ними алекситимию, между тем как в состав второго кластера входят показатели депрессии и когнитивных расстройств.

Выявленная картина свидетельствует о появлении у депрессии большего сродства к показателю когнитивных расстройств, чем к тревоге и алекситимии.

Результаты факторного анализа той же выборки, подтверждают, что показатели депрессии и когнитивных расстройств объединены в одном факторе. Одновременно обращает на себя внимание сопряженность показателей реактивной и личностной тревоги, между тем как показатель алекситимии представлен в виде изолированного локуса.

Полученные данные еще раз подтверждают существующее представление о том, что при ишемических поражениях головного мозга, включая постинсультный период и сосудистую деменцию, четко выявляется ассоциирование депрессии и деменции, хотя вопрос о том, которая из них первична и которая производна, продолжает оставаться открытым.

Боле того, считается, что депрессия является одним из факторов риска развития инсульта.

VII МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
Современные аспекты реабилитации в медицине

ԵՐԻԿԱՄՆԵՐԻ ԶՐՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԲ ՏԱՌԱՊՈՂ ԵՎ ԴԻԱԼԻԶԱՅԻՆ ԹԵՐԱՊԻԱ
ՍՏԱՅՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿԸ ԳՆԱՀԱՏՈՂ KDQOL-SF ՀԱՐՑԱՇՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՅՎԱԿԱՆ
ՏԱՐՔԵՐԱԿԱՆ ԼԵԶՎԱՄՇԱԿՈՒԹՅԱՆ ԱԴԱՊՏԱՅԻԱՆ ԵՎ ՎԱԼԻԴԱՅԻԱՆ

Սեկոյան Է.Ս., Բարսեղյան Վ.Ռ.

Մ.Շերացու անվան Երևանի պետական բժշկական համալսարան,
«Նատալի Ֆարմ» ՍՊԸ «Մալաթիա» ԲԿ, Երևան, Հայաստան

Հետազոտության նպատակն է՝ երիկամների քրոնիկ հիվանդությամբ տառապող և դիալիզային թերապիա ստացող հիվանդների կյանքի որակի (ԿՈ) գնահատման համար նախատեսված KDQOL-SF™ (Kidney Disease Quality Of Life- Short Form) հարցաշարը ենթարկել լեզվամշակութային ադապտացիայի, վալիդացնել այն և որոշել դրա համարժեքությունը բնօրինակի հետ: Հարցաշարը ադապտացվել է անգլերեն բնօրինակի և ռուսիֆիկացված տարբերակների հիման վրա:

Թարգմանությունն իրականացվել է 2 անկախ խմբերի կողմից: Վերջնական տարբերակը փորձաքննության է ենթարկվել, կիրառվել և վալիդացվել: Հետազոտության մեջ ընդգրկվել են երիկամների քրոնիկ հիվանդության 5-րդ փուլում գտնվող 26-ից 70 տարեկան (միջին տարիքը՝ 52.42 ± 10.95 տարի; $M \pm SD$) 93 հիվանդ, որոնցից 59 տղամարդ (63.4%, միջին տարիքը՝ 53.6 ± 9.8) և 34 կին (36.6%, միջին տարիքը՝ 50.5 ± 12.4), ովքեր ծրագրային հեմոդիալիզային բուժում են ստացել «Նատալի Ֆարմ Մալաթիա» ԲԿ-ում: Հեմոդիալիզային թերապիան իրականացվել է National Kidney Foundation – Kidney Disease Outcomes Quality Initiative հանձնարարականներին համապատասխան: Վիճակագրական վերլուծության համար կիրառվել են STATISTICA 10 և GraphPad Prism 5 ծրագրերը:

Ադապտացված հարցաշարի ներքին համաձայնեցվածությունը՝ վստահելիությունը որոշվել է α -Cronbach ցուցանիշի միջոցով, կառուցվածքային վալիդությունը՝ Spearman-ի ոչ պարամետրիկ կոռելյացիոն վերլուծության մեթոդով, բնօրինակի հետ համարժեքությունը որոշվել է 2way ANOVA մեթոդով: Ստացված տվյալների համաձայն KDQOL-SF հարցաշարի վստահելիության α -Cronbach ցուցանիշները տարբեր սանդղակների համար գտնվում են 0.59-0.87 արժեքների միջակայքում, ինչը վկայում է հարցաշարի տարրերի ներքին համաձայնեցվածության և վալիդության մասին: Spearman-ի ոչ պարամետրիկ կոռելյացիոն վերլուծության եղանակով հարցաշարի ընդհանուր մասի սանդղակների միջև 90.9% դեպքերում հայտնաբերվել են դրական ինտրակոռելյացիա: Ընդ որում, կոռելյացիայի r գործակիցը 67.2% դեպքերում ունեցել է 0.5-0.9, իսկ 27.2%-ում՝ 0.3-0.5 միջակայքերում: Հարցաշարի մասնագիտացված մասի սանդղակների միջև 59.6% դեպքերում առկա են դրական ինտրակոռելյացիոն կապեր: 15.6% դեպքերում կոռելյացիայի գործակիցը տատանվել է 0.5-0.8, 28.5%-ում՝ 0.3-0.5, և ընդամենը 15.5%-ում՝ 0.2-0.3 միջակայքերում: Ընդհանուր և մասնագիտացված մասերի սանդղակների միջև ինտերկոռելյացիաների տվյալների համաձայն՝ 63.4% դեպքերում հայտնաբերվել են վիճակագրական նշանակալից կապեր: Կոռելյացիայի r գործակիցը 27.9%-ում գտնվել է 0.5-0.8, 28.6%-ում՝ 0.3-0.5, և 6.9%-ում՝ 0.2-0.3 միջակայքերում:

Հարցաշարի միջոցով ստացված տվյալները համեմատվել են այլ երկրներում կատարվածների հետ: Տարբեր երկրների և ներկա հետազոտության արդյունքները ունեն գերակշռող մնանություն միմյանց և պաշտոնական ուղեցույցում ներկայացված արդյունքների հետ: Ի տարբերություն պաշտոնական տարբերակի, զգալի շեղում ԿՈ սանդղակներից ներկա հետազոտության մեջ դրսևորել է միայն աշխատանքային կարգավիճակը բնութագրող սանդղակը, որը բացատրվում է տարբեր երկրներում հիվանդներին սոցիալական աջակցության մեխանիզմների տարբերությամբ: Պաշտոնական տարբերակի տվյալների հետ վիճակագրական համեմատություն իրականացնելիս ապացուցվել է սույն տվյալների բարձր հավաստիությունը:

Այսպիսով, կարելի է եզրակացնել, որ հեղինակների կողմից հայերեն լեզվով ադապտացված KDQOL-SF հարցաշարը վստահելի է, վալիդ է, և բնօրինակին համարժեք: Այն կարելի է կիրառել կլինիկական բժշկության մեջ:

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ДИ- И ПОЛИАМИНОВ
НА ЛОКАЛЬНЫЙ МОЗГОВОЙ КРОВОТОК

Секоян Э.С., Секоян И.Э.

Ереванский государственный медицинский университет им.М.Гераци,
Армянский Филиал Российской Академии медико-технических наук, Армения

Целью исследования явилось изучение влияния ди- и полиаминов на церебральную гемодинамику. Указанный подход во многом диктовался тем, что метаболизм полиаминов в частности путресцина, в мозговой ткани тесно сопряжен с функционированием системы ГАМК, принимающей важную роль в ауторегуляции мозгового кровообращения.

Материал и методы. Эксперименты проведены на 34 кошках обоего пола массой 2,5-4,0 кг, анестезированных в/б введением нембутала (40 мг/кг). Локальный мозговой кровоток (лМКТ) в париетальной области коры больших полушарий измеряли методом водородного клиренса, величину сопротивления мозговых сосудов (СМС) вычисляли расчетным методом. Осмотическое нарушение целостности ГЭБ достигалось путем внутрикратидного (в/к) введения 2М раствора мочевины. Использовали ди- (путресцин, кадаверин) и полиамины (спермидин, спермин) фирмы «Sigma Chemicals». Полученный материал подвергнут статистической обработке с оценкой достоверности по *t*-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Установлено, что внутрикратидное (в/к) введение путресцина в дозе 6 мг/кг не сопровождается существенными сдвигами со стороны лМКТ, СМС и уровня системного артериального давления (САД). Увеличение дозы путресцина до 28 мг/кг влечет за собой невыраженное понижение СМС на фоне отсутствия сдвигов со стороны уровня лМКТ и САД. Известно, что предшественником путресцина и полиаминов является орнитин, образующийся в свою очередь из аргинина. Изучение эффектов указанных прекурзоров показало, что последние в дозе 14-28 мг/кг и выше при в/к введении не изменяют величину лМКТ, СМС и уровень САД. Установлено, что более выраженным действием на мозговые сосуды обладает спермин, при в/к введении которого, наряду с понижением СМС и ростом уровня лМКТ, отмечается выраженный и продолжительный гипотензивный эффект.

Таким образом, изучение влияния полиаминов на мозговые сосуды позволило выявить, что, несмотря на единство их происхождения в виде общего предшественника - орнитина, синтазы, конвертирующей путресцин в спермидин, а последний в спермин, полиамины отличаются по степени своей церебральной вазоактивности.

Хотя считают, что полиамины практически не проникают через ГЭБ и их психотропные эффекты (повышение возбудимости, агрессия) проявляются лишь при непосредственном введении в желудочки мозга, тем не менее для изучения возможного наличия центрального компонента в механизмах действия ди- и полиаминов на мозговые сосуды были изучено влияние путресцина (28 мг/кг) и спермина (14 мг/кг) на лМКТ и СМС в условиях осмотического нарушения целостности ГЭБ. Установлено, что церебральный вазодилататорный эффект указанных соединений при осмотическом нарушении целостности ГЭБ не изменяется. Таким образом, установлено, что путресцин, спермидин и особенно спермин, локализуясь в значительных концентрациях в различных структурах головного мозга, проявляют вазоактивность в отношении церебральных сосудов.

ОТКЛОНЕНИЯ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Скоблина Н.А., Бокарева Н.А., Милушкина О.Ю., Сапунова Н.О., Татаринчик А.А.

НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБНУ НЦЗД,
ГБОУ ВПО Российской национальной исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва, Россия

Актуальность. По данным ряда авторов в разных регионах России и за рубежом установлены новые тенденции физического развития детей, в том числе увеличение распространенности избыточной массы тела и ожирения.

Цель исследования. Выявить современные тенденции и определить факторы риска возникновения отклонений в физическом развитии у школьников.

Пациенты и методы. Обследовано 762 московских школьника в динамике обучения с 1 по 11 класс. Физическое развитие изучалось по унифицированной антропометрической методике, оценка физического развития проводилась с помощью региональных возрастно-половых нормативов.

Результаты. Нормальное (гармоничное) физическое развитие имели 66,2% школьников 8-17 лет, а избыток массы тела у 11,5%. По сравнению с данными 1980-х годов распространенность избытка массы тела и ожирения у московских школьников увеличилась практически в 2 раза.

Рост распространенности избытка массы тела у школьников наблюдается в динамике обучения от 1 к 11 классу. Максимальная распространенность избытка массы тела у мальчиков была зафиксирована в 15 лет и составила 17,0%, у девочек – в 14 лет и составила 13,1%.

Проведенные корреляционный и регрессионный анализы позволили выявить статистически значимое влияние на формирование избыточной массы тела у подростков: продолжительность дополнительных занятий статического характера (занятия иностранным языком, математикой и др.) (0,50-0,85); время просмотра телевизионных передач (0,31-0,63); продолжительность ночного сна (-0,38-0,59); неблагоприятный микроклимата в семье (-0,20-0,30) ($p < 0,05$). Влияние оказывают также ежедневное использование информационно-коммуникационных технологий (интернет, социальные сети, сетевые игры, он-лайн общение) (-0,44).

Заключение. Установлен рост распространенности избытка массы тела и ожирения среди московских школьников и подтверждено негативное влияние гиподинамии.

ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ

Слонов А.В., Наговицина С.В., Сандухадзе А.Э., Погонченкова И.В.
ГБУЗ «Городская больница №56 Департамента здравоохранения г.Москвы»,
Москва, Россия

В настоящей работе представлены результаты исследования, проводимого в условиях стационара на базе Филиала №1 Городской больницы №56 Департамента здравоохранения города Москвы.

С целью проведения лечебно-восстановительных и реабилитационных мероприятий, а также достижения длительной и стойкой ремиссии заболевания после проведенного лечения у 49 пациенток в возрасте от 19 до 44 лет были использованы комплексные методы физиотерапевтического лечения. Хроническое воспаление придатков матки было диагностировано у 29 женщин, бесплодие – у 12. Восстановительное лечение с реабилитацией после проведенного выскабливания слизистой полости матки получали 8 пациенток.

После комплексного обследования, включавшего клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, позволяющие исключить наличие противопоказаний, врачом гинекологом совместно с физиотерапевтом подбирался индивидуальный курс физиотерапевтического лечения, направленного как на потенцирование эффекта от медикаментозной терапии, так и сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре. Курсовое применение в количестве 10-15 процедур ультразвуковых облучений, включая фонофорез, на проекцию зон спаечного процесса, магнитотерапии, лекарственного электрофореза надлобковой области позволило достичь улучшения микроциркуляции, усиления противовоспалительного и анальгезирующего эффектов. При этом было отмечено восстановление репродуктивной функции у пациенток с нарушением проходимости маточных труб.

Таким образом, использование физиотерапевтических методов воздействия в комплексном лечении пациенток гинекологического профиля можно считать целесообразным, так как является существенным дополнением при восстановительных лечебно-профилактических мероприятиях традиционного плана, направленных на лечение основного заболевания с последующим поддержанием более стойкой, эффективной и длительной ремиссии.

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СОЧЕТАННЫМИ ФОРМАМИ ИНФЕКЦИИ:
ТЕБУРКУЛЕЗ И ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ**

Соловьев Д.В., Асратян А.А., Русакова Е.В.

ФГБУ «ФНИЦЭМ им.Н.Ф.Гамалеи» МЗ России, г. Москва, Россия

В наступившем столетии туберкулёз, вирусные гепатиты В и С - одни из самых грозных и широко распространённых во всем мире заболеваний. Следует отметить, что в последние годы регистрируют возрастание заболеваемости сочетанными формами инфекций.

Цель - оценить частоту случаев парентеральных вирусных гепатитов (ГВ и ГС) у больных туберкулезом в г. Москве в сравнении с данными о заболеваемости ГВ и ГС совокупного населения столицы.

Материалы и методы: проведен анализ заболеваемости ГВ и ГС (острые, хронические формы, носительство) - и туберкулёзом в Москве за 2009г; впервые обработаны 24 тыс. 220 карты инфекционных больных (№089/у) и формы федерального статистического наблюдения (№2) для сопоставления и поиска среди заболевших туберкулёзом и всеми формами парентеральных вирусных гепатитов (ПВГ) идентичных личным данным и установления наличия факта сочетанной заболеваемости ПВГ и туберкулёзом.

Результаты. Установлено, что инфицированность вирусами парентеральных гепатитов В и С среди больных туберкулёзом была от 5,5 до 284,9 раз выше (в зависимости от формы течения гепатита), чем среди совокупного населения города Москвы, что свидетельствует о высокой значимости парентеральных вирусных гепатитов для больных туберкулёзом и необходимости совершенствования программы профилактики ПВГ среди данного контингента больных. Анализ половой и возрастной структуры показывает, что группой особого риска следует считать больных туберкулёзом мужчин в возрастной группе 20-39 лет, на которую следует обратить особое внимание при проведении профилактических мероприятий. Показатель летальности от туберкулёза среди микст инфицированных больных был в 1,8 раз больше по сравнению с летальностью от туберкулёза, не осложнённого парентеральным вирусным гепатитом.

Заключение. Результаты исследований свидетельствуют о наличии факта сочетанной заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами и туберкулёзом. Установлено, что сочетанные формы этих инфекций в различных комбинациях сопровождаются более тяжелым клиническим течением и высокой смертностью.

КУРОРТНЫЕ РЕСУРСЫ БОРЖОМСКОГО МУНИЦИПАЛИТЕТА ГРУЗИИ

*Супаташвили А.Ш., Саакашвили Н.М., Тархан-Моурави И.Д.,
Гургенидзе Н.Г., Хелашвили Э.И.*

Аграрный университет Грузии, Тбилисский бальнеологический курорт «Тбилиси – SPA» - Национальный научно-практический центр здоровья и медицинской реабилитации, Тбилиси, Грузия

Боржомский муниципалитет – административно-территориальная единица в Южной Грузии, расположенная на высоте от 790 м до 2050 м над уровнем моря. Указом Президента Грузии от 22 июля 2007 года на территории Боржомского муниципалитета выделено 10 курортов (Боржоми, Ахалдаба, Бакуриани, Цагвери, Либани, Патара Цеми, Тба, Читахеви, Цеми и Цихисджвари) и 7 курортных местностей (Даба, Двири, Мзетамзе, Сакочави, Тимотесубани, Цинубани и Чобисхеви). Практически же и все другие населенные пункты Боржомского муниципалитета можно считать курортными местностями, так как все они покрыты лесами и находятся в горном регионе, климат которого характеризуется такими целебными свойствами, как: некоторое понижение атмосферного давления и парциального давления кислорода в воздухе, относительно низкие величины температуры и влажности, высокие концентрации ультрафиолетовых лучей, легких отрицательных аэроионов и фитонцидов в воздухе.

Кроме того, как на многих, официально утвержденных курортах и курортных местностях, так и в ряде населенных пунктов имеются пригодные для использования в лечебных целях минеральные воды. В частности:

- питьевые, углекислые гидрокарбонатно-натриевые минеральные воды получены из скважин в гор. Боржоми и селении Квибиси;
- питьевые углекислые, кремнистые, железистые, гидрокарбонатные минеральные воды находятся на курорте Цагвери, в окрестностях селения Диди Митарби и курорта Либани.

На курорте Боржоми обнаружена также гидрокарбонатно-натриевая вода слабой минерализации ($M - 2,0 \text{ г/дм}^3$). В селении Занави для питьевого лечения используются железистые, борные, гидрокарбонатные, натриевые минеральные воды. На курорте Ахалдаба функционируют бани, в которых для гигиенических и лечебных целей используются гипертермальные азотно-метановые и сульфидные минеральные воды. На курорте Бакуриани и в курортных местностях Даба и Двири обнаружены пригодные для бальнеотерапии щелочные гидрокарбонатные и сульфатно-карбонатно-гидрокарбонатные минеральные воды.

Таким образом, Боржомский муниципалитет Грузии очень богат курортными ресурсами, использование которых будет способствовать быстрому развитию этого региона.

ВЛИЯНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ НА УРОВЕНЬ
СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ И ОКИСЛИТЕЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ДНК

Тараканов А.А., Тараканов А.В., Чистяков В.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Чрескожная нейростимуляция обладает механизмами активации адаптационных резервов организма. Один из эффектов – вероятностная индукция стероидных гормонов, «управляющих» антиоксидантной системой со снижением фонового уровня повреждения ДНК.

Цель работы: проверка влияния самоконтролируемого энергонейроадаптивного регулятора (СКЭНАР) на уровень эстрадиола, тестостерона, прогестерона, кортизола и окисленных производных гуанина (8-гидрокси-дезоксигуанозина (h8-ОНdG) у здоровых добровольцев-мужчин (25-40 лет). Определение параметров осуществляли методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Сформированы 2 группы: 1 – контрольная (n= 11); 2 - СКЭНАР (n= 10). Группы разделялись на 3 серии: А – до воздействия; Б – показатели через сутки в 1 группе или на следующие сутки после одной процедуры СКЭНАР-терапии; В - показатели через 3 недели или через 8-9 процедур (3 нед.) от начала СКЭНАР-терапии. Использовался аппарат СКЭНАР-1-НТ; рецепт по специальному алгоритму; частота 90 Hz; способ лечения: лабильно-стабильный и субъективно дозированный.

Через сутки в 1 группе отмечается стресс-реакция с подъемом концентрации кортизола, h8-ОНdG, тестостерона, эстрадиола при понижении концентрации прогестерона как предшественника. Этих отклонений нет после первой процедуры СКЭНАР-ом. Статистически достоверных отличий между 1 группой и группой «СКЭНАР» по гормонам в установленные сроки (3 недели) не выявлено, что связано с индивидуальными характеристиками показателей.

h8-ОНdG является метаболическим побочным продуктом оксидативного повреждения гуаниновых оснований ДНК. Он является биомаркером оксидативного стресса и потенциальным маркером канцерогенеза. Использование непараметрических методов статистической обработки, в части параметров h8-ОНdG, показало статистически значимое снижение параметра в конце обследования до 22% в 1 группе и до 70 % при СКЭНАР-терапии. Эти данные свидетельствуют о том, что уменьшение продукта с мутагенными и канцерогенными свойствами является одной из составляющих лечебного эффекта СКЭНАР-терапии у здоровых мужчин.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОАДАПТИВНОЙ МОДУЛЯЦИИ
У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Тараканова Т.Д., Лебедеко А.А., Касьян М.С., Копылова Л.Н., Гулканян Л.А.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Часто болеющие дети (ЧБД) - группа диспансерного наблюдения, с частыми респираторными инфекциями, при отсутствии стойких врожденных или приобретенных патологических состояний. У ЧБД отмечается формирование хронических процессов, нарушение соматического и психомоторного развития, снижение социальной адаптации, увеличению затрат из семейного и государственного бюджета.

Цель: изучить клиническую эффективность, вегетативное обеспечение при лечении аппаратом СКЭНАР у детей с ЧБД. Обследовано 54 ребенка (3-7 лет), методом случайной выборки они разделены на 3 группы: 1 группа (n=20) - общепринятая фармакотерапия; 2 группа (n=18) - дополнительно курс СКЭНАР-терапии (8-12 процедур) с первых дней обострения; 3 группа (n=16) - монокурс СКЭНАР-терапии в периоде клинического благополучия. Анализировали клинико-anamnestические данные (число случаев заболеваний в год, длительность эпизодов, осложнения, фармакологическую нагрузку и ее длительность) и функциональное состояние ССС и вегетативной систем (ЭКГ, ЭхоКГ, КИГ).

У большинства детей за последний год число эпизодов заболеваний варьировало от 5 до 10 с затяжным и осложненным течением (ринофарингиты, бронхиты и др.). В 85% случаев отмечалось преобладание симпатикотонии. У детей 1 группы она сохранялась и после лечения, во 2 и 3 группе в ходе лечения с применением СКЭНАР-терапии нивелировалось преобладание симпатического тонуса.

Во 2 и 3 группе отмечали достоверное снижение частоты заболеваний (в среднем на 3 эпизода в год), уменьшение продолжительности эпизодов (от 3 до 7 дней), снижение числа осложнений. Назначение системных антибиотиков в 1 группе снизилось на 5,5%, а во 2 и 3 группе достоверно на 42,6% и 56,6% соответственно. Количество назначаемых препаратов в эпизоде до лечения варьировало от 3 до 7; после проведенного курса СКЭНАР-терапии в течение года в 65% случаев не требовалось назначения более 3 препаратов.

Использование нейроадаптивной регуляции, как системной методологии лечения, является эффективной лечебной и вегетокорректирующей процедурой для ЧБД, как в период обострения, так и в период клинического благополучия.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Тарасенко С.В., Хурхуров Б.Р., Морозова Е.А., Тарасенко И.В.

ГБОУ ВПО ПЕРВЫЙ МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, г. Москва, Россия,
ООО Стоматологический инновационный центр "Павлово", г. Москва, Россия

Применение лазерных технологий в хирургической стоматологии является одним из перспективных направлений. Лазерная стоматология в последние годы развивается быстрыми темпами, поскольку позволяет осуществлять практически безболезненные, бескровные и малоинвазивные вмешательства. Применение лазера в хирургической стоматологии позволяет повысить эффективность лечения пациентов.

Стоматологические лазеры успешно использовались нами в течении 15 лет при хирургическом лечении воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, лихеноидных поражениях слизистой оболочки рта, радикулярных кистах, в пародонтальной хирургии, при удалении доброкачественных образований челюстно-лицевой области, хирургической подготовке полости рта к протезированию, дентальной имплантации.

С помощью Er,Cr:YSGG, Er:YAG, Nd:YAG - лазеров проводили лазерную цистотомию и цистэктомию у пациентов с радикулярными кистами челюстей; иссечение фибром, папиллом, гемангиом, веррукозной лейкоплакии, плоского лишая, внутрикожного невуса, ринофимы. Также проводили операции вскрытия нагноившейся эпидермальной кисты, абсцедирующего фурункула, секвестрэктомии с помощью Er:YAG и CO₂ лазеров. В последнее время успешно применяем диодный KTP-лазер.

Преимущество лазерного излучения состоит в меньшем травмировании тканей, хорошем гемостазе, бактерицидной обработке хирургического поля, селективном воздействии на патологически измененные ткани, повышенной комфортности пациента. В послеоперационном периоде за счет этого сокращается фаза воспаления и раньше наступает фаза пролиферации, т.е. не выражена нейтрофильная инфильтрация, отек, раньше проходит эпителизация, не формируются грубые рубцы. Это подтверждается данными клинических, лучевых, гистологических, биохимических, иммунологических исследований в клинике и эксперименте.

Таким образом, применение хирургических лазерных технологий способствует повышению эффективности лечения пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области.

EFFECT OF REHABILITATION BY MEANS OF ELECTROPHORESIS WITH
VANADIUM ON PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Tarkhan-Mouravi I.D., Gulua N.L.

Tbilisi balneological resort „Tbilisi-SPA”- The national scientific and practical centre
of health and medical rehabilitation, Tbilisi, Georgia

Objective: The purpose of the study was the substantiation of expediency of rehabilitation of patients with Bronchial Asthma by means of electrophoresis with vanadium.

Materials-Methods: Total of 35 patients with a light form of pathology and 32 with median severe form of Bronchial Asthma have been examined. The patients received a rehabilitation course with use of electrophoresis with vanadium.

Results: It has been found that the rehabilitation by electrophoresis with vanadium causes an increase of vanadium level in the blood of patients with Bronchial Asthma (up to the norm) and the stimulation of adrenocorticotrophic pituitary function which, in its turn, leads to the increase of cortisol production in fascicular zone of adrenal cortex. These positive shifts have an anti-inflammatory and desensitizing effect, improve allergic and immunological reactivity, as well as the functions of external respiration and clinical data, increase the antioxidant defence system and inhibit lipid peroxidation.

The positive changes were expressed in patients with a light form of Bronchial Asthma.

The rehabilitation by means of electrophoresis with vanadium carried on had a positive influence in 35 patients with light form of Bronchial Asthma and 30 patients with with median severe form of pathology. Two patients with median severe form of Bronchial Asthma did not have therapeutic effect.

Conclusion:

1. The rehabilitation by electrophoresis with vanadium causes an increase of vanadium level in the blood and the stimulation of adrenocorticotrophic pituitary function in the patients with Bronchial Asthma which is accompanied by the increase of cortisol production in fascicular zone of adrenal cortex.

2. The mentioned positive shifts, which are more pronounced at light form of Bronchial Asthma, cause the improvement of other objective data and clinical condition.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО НЕВРИТА
НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ
ПО СИСТЕМЕ МИГАТЕЛЬНОГО РЕФЛЕКСА

Татарханов Н.В., Герасименко М.Ю., Амхадова М.А., Лазаренко Н.Н.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им.
М.Ф.Владимирского, Москва, Россия

Представлена новая методика реабилитации пациентов с невритом нижнеальвеолярного нерва в раннем послеоперационном периоде после проведения дентальной имплантации на нижней челюсти. Пациенты получали стандартную терапию; в группе сравнения дополнительно назначали локальное воздействие, в основной группе – электростимуляцию по системе мигательного рефлекса биполярными импульсными токами от аппарата «Миомодель-10». Целью исследования явилась разработка и научное обоснование применения электростимуляции по системе мигательного рефлекса для активизации нейротрофических процессов в комплексном лечении больных травматической невропатии нижнеальвеолярного нерва у пациентов после дентальной имплантации.

Обследовано 104 пациентов, которым проводилась операция дентальной имплантации на нижней челюсти с установкой от 1 до 4 имплантатов в возрасте от 35 до 55 лет. Всем пациентам проводилось стандартное клиничко-функциональное и рентгенологическое обследование, включавшее клинические и биохимические анализы крови, ЭОД, гемодинамику, ОПТГ (КТ, КЛКТ). Все пациенты получали стандартное медикаментозное лечение, включающее противовоспалительные нестероидные препараты. Методика электростимуляции по системе мигательного рефлекса проводилась биполярными импульсными токами. Одним из параметров, позволяющим судить о возможности восстановления иннервации в зоне проведения оперативного вмешательства является ЭОД пульпы зубов. После проведения курса реабилитации установлено снижение цифровых данных, которые подтверждают возможность активной регенерации и улучшение проводимости по тройничному нерву при назначении биполярных импульсных токов, тенденция к нормализации показателей электровозбудимости пульпы четко зависит от методики воздействия. При локальном воздействии у сохранившихся интактных зубов ЭОД восстанавливалось медленнее, чем при расширенной методике с влиянием на все веточки тройничного нерва при электростимуляции по системе мигательного рефлекса. После курса лечения показатели снижались, но не приближались к норме. В группе сравнения при локальном воздействии биполярными импульсными токами данные достоверно отличались от начала курса реабилитации: ответ на гальванический ток приблизился к 11 ± 0.2 мА, ответ на экспотенциальный ток – 3.4 ± 0.3 мА, на прямоугольный ток – 2.8 ± 0.3 мА ($p < 0.05$). После электростимуляции (ЭС) по системе мигательного рефлекса данные были достоверно лучше по сравнению с аналогичными данными группы сравнения и выглядели следующим образом: на гальванический ток – 0.6 ± 0.1 мА, ответ на экспотенциальный ток – 1.8 ± 0.2 мА, на прямоугольный ток – 1.4 ± 0.2 мА. В отдаленном периоде в течение 3-12 месяцев показатели электровозбудимости нижнечелюстного нерва приближались к нормальным значениям. Основным отличием являлись сроки восстановления проводимости по нижнечелюстному нерву в течение 3-6 мес. при ЭС по системе мигательного рефлекса, а при локальных воздействиях только к 8-12 мес. Таким образом установлено, что проведение ЭС по системе мигательного рефлекса в раннем послеоперационном периоде является одним из патогенетических факторов для лечения невропатии нижнечелюстного нерва.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА
«CROSS BONE MATRIX» (BIOTECH INTERNATIONAL) НА КОЛЛАГЕНОВОЙ ОСНОВЕ
ПРИ ОПЕРАЦИИ ОТКРЫТЫЙ СИНУС-ЛИФТИНГ

Турсунова Р.Р., Мартиросян Р.В., Балин В.Н., Саркисян М.А., Мдинарадзе Г.Н.
ИУВ ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, МГМСУ имени А.И. Евдокимова,
ГАУЗ «СП №3 ДЗМ», Москва, Россия.

В современной хирургической стоматологии постоянно происходит поиск новых и совершенствование существующих материалов и методов репаративного остеогенеза, направленных на улучшение и сокращение сроков заживления костных ран.

Материалы на основе коллагена с успехом применяются в медицинской практике со второй половины XX века. Коллаген относится к классу склеропротеинов и входит в состав сухожилий, кожи, хрящей, связок, стенок сосудов и опорных тканей и отвечает за структурную целостность внутренних органов. Как известно, костная ткань содержит порядка 57% всего запаса коллагена организма, причём метаболическая активность костного коллагена выше, чем в соединительной ткани других органов.

По данным многочисленных исследований материалы на основе коллагена служат временным каркасом, рассасывающимся по мере замещения собственной соединительной тканью, при этом продукты распада материала стимулируют процессы репарации. Гистологические данные подтвердили способность препаратов на основе коллагена стимулировать репарацию костной ткани. Коллаген, введённый в рану, активизирует синтез сульфатированных гликозаминогликанов и фибриллогенез. Исследования показали, что коллаген I типа необходим для дифференцирования остеобластов и минерализации остеоида. Как известно после завершения минерализации кость состоит на 65% из неорганического вещества (главным образом гидроксиапатита, а также магния, калия, хлора, железа и карбоната), на 25% из органического вещества и на 10% из воды. Органическая матрица состоит из коллагена I типа (90%), а также неколлагеновых белков (остеонектин, остеокальцин, сиалопротеин и др.) и липидов. Костнопластический материал «Cross Bone Matrix» представляет из себя сочетание натурального минерального гидроксиапатита с β-трикальцийфосфатом в процентном соотношении 60/40 идентично клеткам костной ткани с высокими остеокондуктивными свойствами. Данная костнопластическая смесь зафиксирована на губчатом коллагеновом блоке.

После утраты жевательных зубов верхней челюсти объем верхнечелюстной пазухи может сильно увеличиться. Пневматизация пазухи является физиологическим состоянием, которое зависит от нагрузки на натяжение и сжатие, т.е. наличия или отсутствия зубов. По этой причине во многих случаях перед имплантацией в области жевательных зубов верхней челюсти показано увеличение объёма костной ткани.

Выводы: Cross Bone Matrix - комбинированный костнопластический материал, который состоит из сочетания натурального минерального гидроксиапатита с β-трикальцийфосфатом в процентном соотношении 60 /40, которые зафиксированы на губчатом коллагеновом блоке, является эффективным и удобным остеоматериалом при операции открытый синус-лифтинг.

ПРЕВЕНТИВНАЯ ТЕРАПИЯ МЕТЕО И ГЕЛИО-ГЕОМАГНИТНЫХ ВОЗМУЩЕНИЙ РАБОТНИКОВ ПРОМПРЕДПРИЯТИЙ

Федоров А.А., Оранский И.Е.

ФБУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора, Екатеринбург, Россия

Уральский промышленный регион отличается своеобразной экологической обстановкой – резкими сменами погод и насыщенностью окружающей среды промышленными токсикантами. Все вместе взятое, воздействуя на гомеостатический ансамбль человека, вызывает дизгармонизацию физиологических функций, усугубляет наличествующую полипотию, профессиональную патологию и напрягает системы адаптогенеза.

Многолетний опыт работы в медицине труда показал, что перемены погоды в сезонных вариациях, сказываются на здоровье работающего персонала, чьи адаптационные возможности недостаточны для упреждения возникающих патологических реакций и обострения текущих хронических болезней. Кроме того, возникающая дезорганизация гомеостаза, обусловленная гелио-геомагнитными возмущениями, ведет к возникновению патологических реакций.

На Урале всплески гелио-геомагнитных возмущений по своей максимальной напряженности возникают преимущественно в переходные периоды – весна, осень.

В работе использовался комплексный подход, а основу лечебных технологий составили природные и преформированные физические лечебные факторы.

Превентивная терапия проводилась в переходные сезоны года (весна, осень) когда ожидалось обострение текущих хронических болезней. Продолжительность оздоровления составляла 10 дней без отрыва от производства в условиях санатория-профилактория или заводского центра здоровья. При формировании оздоровительных программ учитывалась возможность обострения хронических заболеваний у работника. В весенний сезон основное внимание уделялось стабилизации сердечнососудистой системы, а в осенний – желудочно-кишечному тракту.

Апробация схем превентивной терапии проведена на крупных предприятиях алюминиевой и титановой промышленности с общим числом оздоровленных в количестве 890 человек. Эффективность по истечению года наблюдений составила 89%.

ПОСТРАДАЦИОННАЯ АДАПТАЦИЯ И ОБМЕН ВЕЩЕСТВ
В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Филин К.П., Савина Н.П., Жаворонков Л.П.

ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы»

Министерства труда и социальной защиты РФ, г. Москва;

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба - филиал
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический
центр» МЗ РФ, г. Обнинск, Россия

На основании многолетних экспериментальных исследований, позволивших получить комплексную характеристику пострадиационных гомеостатических нарушений абсорбции и экскреции в кишечнике ряда меченых препаратов, уточнён патогенез пострадиационных нарушений и сделаны обобщающие выводы о его системных особенностях.

Теоретически и экспериментально обосновывается синхронность и совпадение по направленности эффектов нарушения и восстановления абсорбции и экскреции различных (липиды, кофермент, минерал) и близких (триацилглицерол и ненасыщенная жирная кислота) в биохимическом отношении веществ после локального и тотального облучения организма, отражающих гомеостатическую неразрывность анаболизма и катаболизма, резервных пострадиационных адаптационных механизмов.

Сделан практический вывод о том, что при ведении больных, подвергнутых лучевой терапии, при техногенном облучении людей и иных ситуациях, необходимо учитывать временную гомеостатическую неразрывность анаболизма и катаболизма, резервных пострадиационных адаптационных механизмов при развитии в кишечнике синдрома недостаточности всасывания с целью адекватной диетической и медикаментозной коррекции нарушений метаболизма для купирования лучевой патологии.

«ПОДВОДНЫЕ КАМНИ» НА ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Фирсова Л.Д., Пичугина И.М., Аскерханов Р.Г.
Московский клинический научный центр, Россия

Вопросы реабилитации больных после бариатрических операций ввиду новизны данного направления разработаны недостаточно.

Материал и методы. Клинические наблюдения 112 больных после бариатрических операций, проведенных в МКНЦ в 2013-2014 годах.

Результаты. Приобретенный опыт позволяет выделить несколько особенностей психологического реагирования на послеоперационную ситуацию, негативно сказывающихся на процессе реабилитации:

- особенности индивидуальной мотивации;

Речь идёт о ситуациях, когда первоначальная идея операции принадлежит не самому больному, а кому-то из его близких. В этих случаях (4,5%) у пациента присутствует неосознанное психологическое сопротивление при внешней демонстрации активности. Кроме того, мотивация, исходящая от других людей, может создавать ситуацию тревожной зависимости от их мнения, поддерживая состояние психической дезадаптации:

- рассогласование ожиданий и реальности.

Как свидетельствуют клинические наблюдения, у большинства пациентов перед операцией прогнозируемый результат снижения веса выражен в числовом выражении, носящем характер сверхценной идеи. Если темп снижения веса замедляется, это может стать причиной эмоционального срыва. В частности, это касается периода так называемого «весового плато», который развивается спустя некоторое время после операции и обычно бывает непродолжительным:

- отсутствие способности к осознанному ограничительному поведению.

В данном случае это касается пищевых ограничений. Как показал результат психодиагностического тестирования, эта способность практически отсутствует у абсолютного большинства больных. В связи с этим попытки нарушения диеты на фоне вынужденных послеоперационных ограничений в практике случаются гораздо чаще, чем это можно предположить.

Заключение. Выявление скрытых мотивов поведения пациентов позволяет повысить качество психотерапии после бариатрической операции.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ
И УПРАВЛЕНИЮ РЕСУРСОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Харитонов Ю.С.

Академия медико-технических наук РФ, Москва, Россия

Сформулирована концепция системного подхода к решению задач формирования и управления ресурсами санаторно-курортного лечения. Концепция позволяет создать социально-ориентированную рыночную отрасль, являющуюся эффективной составляющей медицинской помощи. Системный подход обеспечивает гармоничное сочетание интересов населения, государства, медицинского сообщества, системы здравоохранения, работодателей, и базируется на принципах системной интеграции, планирования и социальной ответственности.

Показано, что оптимальные решения в условиях ограниченного финансирования могут быть достигнуты путем внедрения универсальной централизованной технологии управления, обладающей способностью к масштабированию и оперативному управлению распределенной сетью потребителей и поставщиков.

Особую важность и актуальность имеет квалифицированное решение задач отбора и направления граждан на санаторный этап лечения и реабилитации с учетом детальных характеристик состояния здоровья, полной совокупности медицинских показаний и противопоказаний, а также персонифицированного выбора предпочтительных санаторно-курортных организаций.

Обоснованы программы работ, направленных на реализацию оптимальных решений. Предложены сертифицированные методические и технологические разработки, позволяющие обеспечить эффективное выполнение поставленных задач, оптимальное распределение финансовых ресурсов, единый формат управленческих решений, возможность централизованного оперативного управления и контроля исполнения.

Разработки имеют патентную и авторскую защиту, поддержаны и одобрены Минздравом РФ, ФСС РФ, РАМН, Минфином РФ, ведущими отраслевыми институтами, специалистами и экспертами.

Системный подход к формированию и управлению ресурсом санаторно-курортного лечения, методический и технологический потенциал, эксклюзивные разработки и «ноу-хау» могут быть, в том числе, положены в основу комплексных целевых программ, направленных на эффективное управление адресными социальными программами санаторно-курортного лечения

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОПИИ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ

Хасиева Г.Г.

Клиническое объединение «Ясный взгляд», г.Калининград, Россия

Представлены результаты исследования по комплексной реабилитации миопии у детей с использованием низкоинтенсивного лазера в сочетании с физической тренировкой аккомодации. Под наблюдением находилось 60 пациентов (120 глаз) с миопией в возрасте 7-15 лет. Исследование состояния аккомодации у детей с миопией определили оптимальные режимы комплексной реабилитации миопии путем лазерстимуляции цилиарной мышцы и тренировок аккомодации. В работе использовали лазерный прибор "МАКДЭЛ 00.09." и аккомодационную линейку "Ручеек". После обследования назначалось комплексное лечение с длительностью наблюдения от 2 до 12 мес. Остроту зрения (с коррекцией и без нее) определяли по таблице Сивцева-Головина, помещенной в аппарат РОТГА. Для исследования статической рефракции глаз использовали скиаскопию и рефрактометрию по общепринятой методике. Для лечения пациентов использовали лазерстимуляцию цилиарной мышцы. Сущность методики заключается в дозированном транссклеральном лазерном облучении области цилиарной мышцы поочередно в зонах 3 и 9 ч. Мощность лазерного излучения на уровне склеры составляет 2 мВт, плотность мощности на уровне цилиарного тела с учетом пропускания склерой достигает 10 Вт/см. Время облучения каждой области - 5 мин., при этом создается энергетическая экспозиция на уровне цилиарного тела 0,2 Дж/см². Курс лазерстимуляции цилиарной мышцы состоит из 10 ежедневных сеансов по 5 мин. Одновременно с лазерстимуляцией цилиарной мышцы проводили тренировки аккомодации на аппарате "Ручеек". Курс тренировок аккомодации состоял из 10 ежедневных сеансов по 5 мин для каждого глаза. Для оценки эффективности лазерного воздействия на функциональное состояние зрительного анализатора при лечении миопии и профилактике ее прогрессирования у детей проводили визометрию без коррекции и с коррекцией, измерение положительной части относительной аккомодации и положения ближайшей точки ясного видения, определение темпа прогрессирования миопии (по результатам исследования клинической рефракции в передне-задней оси глаза).

Установлено достоверное улучшение зрительных функций глаза после комплексной реабилитации во всех возрастных группах пациентов. Уже через 10 дней после лечения отмечено достоверное повышение остроты зрения на 0,1-0,3 дптр, (в среднем на $0,16 \pm 0,017$), снижение силы максимальной корригирующей линзы на 0,5 - 1,0 дптр, исчезновение спазма аккомодации. Отмечено также уменьшение или исчезновение явлений астенопии, улучшение четкости изображения, повышение зрительной работоспособности и уменьшение миопической рефракции. Острота зрения улучшалась за счет усиления функции цилиарной мышцы и релаксации привычного тонуса аккомодации. Основной причиной положительного эффекта, полученного при лазерном воздействии и тренировках аккомодации, является улучшение аккомодационной способности цилиарной мышцы, о чем свидетельствуют нормализация положительной части относительной аккомодации и исчезновение спазма аккомодации.

Таким образом, комплексную реабилитацию детей с миопией с воздействием низкоинтенсивного лазера на цилиарную мышцу глаза с одновременной тренировкой аккомодации следует рассматривать как один из эффективных способов лечения и профилактики прогрессирования миопии.

КОМПЛЕКСНАЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИИ ЗРЕНИЯ
У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Хасиева Г.Г., Азнаурян И.Э., Корчажкина Н.Б.

Клиническое объединение «Ясный взор», г.Калининград, ФГБУ «Медицинский биофизический Центр им. И.Бурназяна» ФМБА России, Москва, Россия

Представлены результаты исследования по комплексной восстановительной коррекции миопии у детей школьного возраста с использованием физических методов воздействия. Обследовано 70 детей с миопией в возрасте 7-13 лет. Остроту зрения определяли моно- и бинокулярно без коррекции с отрицательной линзой с достижением максимальной остроты зрения.

Для исследования статической рефракции глаз использовали скиаскопию и рефрактометрию по общепринятой методике. Лечение пациентов основной группы (50 детей, 100 глаз) проводилось с использованием лазерстимуляции цилиарной мышцы и тренировки с аккомодационной линейкой "Ручеек". Для лазерной стимуляции использовали аппарат для коррекции аккомодационно-рефракционных нарушений зрения "МАКДЭЛ-00.09" с длиной волны 1,3мкм.

Сущность методики заключается в дозированном транссклеральном лазерном облучении цилиарной мышцы с мощностью излучения на уровне склеры в 2 мВт с энергетической экспозицией 5 минут на уровне цилиарного тела в 0,2 Дж/см². Курс - 10 ежедневных сеансов по 5 мин. Процедуры бесконтактны, нетравматичны и безболезненны. Контрольная группа (20 пациентов, 40 глаз) получала традиционное лечение. В ходе исследования установлено достоверное улучшение зрительных функций после проведенной комплексной коррекции зрения в среднем на 0,1-0,3 дптр.

У всех пациентов после курса комплексной коррекции отмечено уменьшение или исчезновение явлений астенопии, улучшение четкости изображения, повышение зрительной работоспособности и уменьшение миопической рефракции.

Таким образом, комплексная коррекция миопии с использованием лазерного воздействия на цилиарную мышцу глаза с одновременной тренировкой аккомодации следует рассматривать как один из эффективных способов лечения и профилактики прогрессирования миопии. При этом ремиссия сохраняется в течение 5-6 месяцев, в отличие от контроля (2-3 месяца) что, тем не менее, требует осуществления повторного курса восстановительной коррекции через год.

МОДЕРНИЗАЦИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КОМПЛЕКСА В
СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хечумян А.Ф.

ФГБУ НИЦКиР ФМБА России, г.Сочи, Россия

Ещё в 1898 году комиссия, состоявшая из виднейших учёных - профессора А.И. Воейкова, профессора Ф.И. Пастернацкого и др., тщательно обследовавших Сочи, Мацесту, район Красной Поляны, сделали вывод: Черноморское побережье – поистине русская Ривьера. В 1926 году московская Центральная курортная клиника получила официальный статус Государственного центрального института курортологии и успешно функционирует до настоящего времени.

Основные направления деятельности в настоящее время: совершенствование реабилитации профпатологий для повышения эффективности профилактики и восстановительного лечения; спортивная медицина, где уже получены весомые результаты в восстановлении и поддержании здоровья профессиональных спортсменов и спортсменов наивысших достижений; активно разрабатываются и внедряются комплексные программы профилактики, лечения и реабилитации широкого спектра природных, физических факторов в призме создания новых лечебных технологий.

Перспективные направления:

- разработка и формирование базы данных минеральных источников и исследование их бальнеологической направленности в современных экоусловиях;
- создание базы данных потребителей по специализации санаторного комплекса (профессиональные и эндемические заболевания) для реализации программы оздоровительного туризма с оценкой экосистемных услуг природного комплекса и современного состояния инфраструктуры;
- проведение мониторинговых исследований для своевременного выявления нарушений здоровья и разработка современных натуропатических методов его сохранения;
- разработка технологий экспресс-оценки функционального резерва организма и скрининговой диагностики систем жизненноважных органов и тканей;
- разработка инновационных способов и биомедицинских технологий фитореабилитации для повышения эффективности предупреждения профессиональных и массово обусловленных заболеваний в связи с изменением экологических факторов среды обитания;
- подготовка специалистов разного уровня в направлениях новейших биомедицинских технологий.

РЕАБИЛИТАЦИОННО - ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА
ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ГЕРМАНИИ

Хонне Л.С.

Институт реабилитационных наук, Университет им. Гумбольдта, Берлин, Германия

На сегодняшний момент в Германии насчитывается более 18 млн. человек с нарушениями слуха. Многим из них достаточно хорошо помогают обычные слуховые аппараты. Но при большой потере слуха использование слуховых аппаратов не эффективно. Поэтому единственным способом наполнить их жизнь звуками является *кохлеарная имплантация*.

В Германии кохлеарная имплантация проводится начиная с 1987 года. Ее развитие в нашей стране и во всем мире дает глухим пациентам возможность приобщения к активному и естественному образу жизни. На сегодняшний момент это единственная эффективная система мероприятий для возвращения «глухих» в мир полный звуками. Концепция психолого-педагогической реабилитации детей и взрослых базируется на основных положениях о естественном развитии слухоречевого поведения и современных представлениях об инклюзии. Кохлеарная имплантация предполагает сеть взаимосвязанных диагностических, хирургических и реабилитационно-педагогических мероприятий с обязательным привлечением в междисциплинарное сотрудничество и специалистов по техническому обеспечению и настройке частей кохлеарного импланта. Все эти мероприятия в Германии оплачиваются каждому пациенту медицинской страховкой.

Послеоперационная слуховая реабилитация - самый долгий этап, он составляет от нескольких недель до нескольких лет, и предполагает систему помощи пациентам после кохлеарной имплантации и их семьям в течении всех последующих лет жизни. Во время занятий в первые два года после операции педагог обучает пациента пользоваться возникшими новыми слуховыми ощущениями с помощью речевого процессора и осуществлять самоконтроль устной речи.

Данный этап предполагает организацию реабилитационных мероприятий: первое включение речевого процессора, настройка процессора, занятия с педагогами по слухоречевому продвижению и психологическая поддержка пациентов и их семей. В докладе будут представлены инновационные данные по билатеральному и бимодальному обеспечению кохлеарной имплантации у детей и взрослых в Германии за последние 5 лет и освещены современные методы реабилитационно-восстановительной работы.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ КАК МЕТОДА САНОГЕНЕЗА

Черчаго А.Я., Тараканов А.В., Старовойтов Ю.Ю., Тараканов А.А., Ефремов В.В.
Ростовский государственный медицинский университет, ЗАО ОКБ РИТМ,
Ростов-на-Дону, Таганрог, Россия

Чрескожная нейростимуляция (ЧН) - перспективный метод современного инновационного комплементарного подхода терапии в реабилитологии. Это связано с удобством применения и отсутствием абсолютных противопоказаний к использованию современных генераций приборов (самоконтролируемые энергонейроадаптивные регуляторы - СКЭНАРЫ). Они отвечают всем требованиям медицинской техники и могут использоваться для оказания неотложной помощи, решения задач в превентивной и предиктивной медицине.

Базисные понятия ЧН следующие: внемозологический, саногенически-патогенетический и максимально персонифицированный подходы. Показания к назначению ЧН, для удобства пользователей, как правило, очень многочисленны. Однако это вызывает выраженный скепсис у профессионалов.

Цель работы: на основе многолетнего опыта попытка группировки показаний для метода лечения ЧН - СКЭНАР-терапии. Для понимания основной задачи лечения, как способа активации саногетических механизмов, независимо от патологии, отбор пациентов для лечения имеет принципиальные отличия и значение.

Показания для комплементарного (и монотерапии) лечения следующие: 1) больные с недостаточным эффектом или отсутствием эффекта от общепринятого метода лечения; 2) невозможность проведения общепринятой терапии (изоляция, отсутствие медикаментов, отсутствие специалистов и пр.); 3) СКЭНАР-терапия как метод ускорения эффекта общепринятого лечения; 4) коморбидные больные (профилактика полипрагмазии); 5) пациенты при неудовлетворительном состоянии качества жизни после проведенного общепринятого лечения или без него; 6) при невозможности поставить точный диагноз, отсутствии диагноза, но наличии жалоб, имеющих проекцию на кожную поверхность (терапия - ex juvantibus); 7) при отсутствии комплаенса к фармакотерапии; нежелании пациента лечиться лекарственными препаратами; 8) при противопоказаниях к общепринятому лечению (аллергия и т.д.); 9) терапия выбора в педиатрии, гериатрии, палиативная помощь в онкологии; 10) лечение животных.

ЛЕЧЕБНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ
У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОДОНТИТОМ

Шайхалиев А.И., Иванчук Е.И., Алексеева С.Р.

Первый МГМУ им.И.Сеченова, г.Москва, Ставропольский
государственный медицинский университет, г.Ставрополь, Россия

В работе представлены результаты лечения воспаленных тканей пародонта с использованием комплексной терапии.

Под наблюдением были больные с хроническим пародонтитом различной степени выраженности в количестве 37 человек (23 женщины и 14 мужчин). Возраст пациентов колебался в пределах от 19 до 50 лет. Хронический пародонтит легкой степени в стадии обострения выявлен у 19 пациентов (12 женщин и 7 мужчин). Средняя степень тяжести хронического пародонтита в стадии обострения определена у 12 больных (7 женщин и 5 мужчин). Обостренная форма хронического тяжелого пародонтита была выявлена у 6 больных (4 женщины и 2 мужчины).

Длительность заболевания у большинства пациентов с пародонтитом (92%) составляла в среднем 3-4 года. Как правило, пациенты обращались за квалифицированной помощью на поздних стадиях болезни, с появлением кровоточивости десен, что считалось одним из важных показателей при диагностике воспалений пародонта.

Больные были подразделены на 2 группы – основную (22 человека), получавшую комплексную терапию, при которой на фоне базовой терапии дополнительно назначали ультразвук в сочетании с иммунокорригирующим препаратом иммунал, и контрольную (15 человек), которым была назначена традиционная терапия. После проведенного комплексного лечения у пациентов основной группы было отмечено значительное сокращение глубины зон резорбции с уменьшением кровоточивости с последующим полным прекращением и сокращением размеров и глубины пародонтальных карманов.

Эти изменения были особо выражены у пациентов с хроническим пародонтитом тяжелой степени выраженности. При хроническом пародонтите легкой и средней степени выраженности указанные явления купировались более успешно и в значительно короткие сроки (6-8 дней против 14-16 дней при тяжелых формах пародонтита). Исследование микрофлоры у пациентов с различными по степени тяжести и формами пародонтита выявило различное количественное и качественное соотношение микрофлоры.

В то же время качественный состав микрофлоры в зависимости от степени тяжести и выраженности воспалительного процесса в пародонте почти не отличался.

Что касается количественного соотношения, было выявлено существенное отличие в зависимости от формы и степени развития воспалительного процесса в тканях пародонта. После комплексного лечения у пациентов основной группы отмечено резкое подавление микрофлоры как в количественном, так и в качественном отношении.

Качественный и количественный состав микрофлоры из пародонтальных карманов пациентов основной и контрольной группы, с различной по степени тяжести пародонтитом, разительно отличался в отношении эффективности элиминации патогенной и условно-патогенной микрофлоры из очагов воспалительного процесса. Так, в случае с легкой формой пародонтита у пациентов основной группы полностью исчезли из воспаленных участков пародонта представители таких бактерий, как стафилококки, кишечечная палочка и спириллы. А количественное соотношение других микроорганизмов резко уменьшилось.

Наряду с этим, аналогичные показатели у пациентов контрольной группы, получавшей традиционное лечение, были значительно хуже, что проявлялось присутствием, хоть и в незначительных количествах, представителей стафилококков, кишечечной палочки и спирилл.

Примерно подобная же картина наблюдалась и в случае с пародонтитом средней степени выраженности в сравнительном плане у пациентов основной и контрольной группы. Что же касается тяжелой степени поражения пародонта, то было установлено наличие всех представителей микрофлоры в образцах из пародонтальных карманов пациентов основной группы (хотя и в незначительных количествах), невзирая на проведенное комплексное лечение.

Однако у пациентов контрольной группы эти показатели значительно превалировали по отношению к показателям основной группы пациентов.

Таким образом, сравнительный анализ после проведенных лечебно-восстановительных мероприятий выявил значительную эффективность комплексной терапии пациентов основной группы по сравнению с контрольной, что выразилось в более интенсивной элиминации патогенной и условно-патогенной микрофлоры из воспаленных очагов пародонта. При этом значительно сокращались сроки купирования патологического процесса в тканях пародонта. Все это в совокупности обеспечивало более успешную регенерацию воспаленных тканей пародонта с выраженным терапевтическим эффектом при различных формах пародонтита. Наряду с этим отмечено удлинение периода ремиссии в 2-2,5 раза по сравнению с контрольной группой пациентов, получавшей традиционную терапию.

ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ПЕРИОД ОВОРОЖДЕННОСТИ

Шулакова О.А., Гуревич К.Г., Зырянов С.К.

ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г.Н.Сперанского ДЗМ», ГБОУ ВПО МГМСУ
им.А.И.Евдокимова, ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

В настоящее время отмечается рост числа инфекционной патологии в неонатальном периоде, в т.ч. инфекции мочевыведительных путей (ИМВП). Ежегодно в странах Европы количество детей больных хронической почечной недостаточностью увеличивается на 13 человек на 10 млн популяции в год.

Нами были проанализированы дети, поступившие в стационар на первом месяце жизни с течением инфекционной патологии. Анализы выявили, что ИМВП чаще возникает в позднем неонатальном периоде, чаще у недоношенных детей, с особенностью физического развития, при средних показателях массы, низких показателях длины тела (до 25 перцентиля).

Дети, болеющие ИМВП, чаще остальных имели неблагоприятный антенатальный и ранний неонатальный период, что связано в большей степени с материнскими патологиями: возраст старше 29 лет; частые аборт; патологическое течение беременности – уровень гестоза, обострение хронического пиелонефрита, хориоамнионит, длительный безводный промежуток), в связи с чем дети чаще имели медицинские отводы от прививок.

У большого количества детей ИМВП сочеталась с анемией. При ИМВП характерны выраженные изменения в гемограмме воспалительного характера, резкое увеличение уровня острофазных белков. В некоторых случаях ИМВП развивалась на фоне инфицирования организма цитомегаловирусной инфекцией.

В терапии чаще, чем при других нозологиях использовались внутривенные иммуноглобулины, индукторы интерфероногенеза. Большинство выписанных детей получали дома курс противорецидивной терапии.

Учитывание этих факторов риска принципиально важно в работе неонатолога и акушер-гинеколога для профилактики развития ИМВП в периоде новорожденности.

ЦЕЛЕБНЫЕ ГЛИНЫ АРМЕНИИ

Эминян Р.С., Майсурян К.В., Езекян Н.А., Мурадян Д.А., Арутюнян М.Э.
НИИ курортологии и физической медицины, Ереван, Армения

Армения богата залежами различных видов глин. Известно, что глинолечение является одним из древнейших методов оздоровления, укрепления иммунитета и лечения различных заболеваний: артриты и полиартриты, болезни позвоночника нетуберкулезного происхождения, воспалительные и посттравматические заболевания костей, мышц, сухожилий, воспалительные заболевания органов пищеварения, женской половой сферы и др. Целью исследований явилось разностороннее изучение, оценка лечебных свойств и разработка рекомендаций по их целенаправленному использованию.

На базе отдела изучения природных лечебных ресурсов и экологической медицины НИИКФМ общепринятыми методами и стандартами было проведено комплексное (физико-механическое, физико-химическое, спектрографическое, микробиологическое) изучение глин Артикской, Вохчабердской местностей. Глина Артикской местности: белая с розоватым оттенком, без запаха, консистенция – плотная. Основной химический состав: силикат алюминия и силикат железа. Регистрированы элементы в процентах: Si 3,5-4,5; Al 1,5-3,5; Fe 2,5-3,5; Mg 0,32-3,0; Mn 0,18-1,8; Ca 0,1-0,25; Ti 0,16-0,56; Ni 0,001; Cr 0,05-0,75; Sr 0.0075-0.0085; Мо-следы. Состав водной вытяжки: SO_4 –70; HCO_3 –23; (Na+K)–83 мг/экв%, маломинерализованный М-1,3 г/дм³, среднещелочной, pH 8.43.

Микробиологические показатели хорошие. Глины Вохчабердской местности: белые, консистенция – плотная, без запаха. Основной состав: силикат алюминия, железа, кальция, магния. Состав водной вытяжки: сульфатно-кальциево-натриевый и сульфатно-натриево-кальциевый, мало- и среднеминерализованные М 2,5-4,8 г/дм³, слабо- и среднещелочные pH 7.8 и 8.2. Микробиологические показатели хорошие.

Таким образом, полученные результаты дают обоснование полагать, что изученные глины Армении можно отнести к природным лечебным глинам и использовать в восстановительной терапии:

Артикские - как природное лечебное средство в гастроэнтерологии и аллергологии (водная вытяжка, паста);

Вохчабердские – в лечении суставных патологий, нарушениях обмена веществ в виде глино-водных ванн и аппликаций.