

гиперемией у больных АГ и СД и в контрольной группе было характерно увеличение концентрации нитратов/нитритов в плазме крови и повышенное образование S-нитрозотиолов. Однако, у пациентов с АГ и СД прирост нитратов/нитритов в плазме крови (а следовательно и оксида азота) был меньшим, а накопление токсичных метаболитов оксида азота большим по сравнению с контролем, что свидетельствовало о нарушенном метаболизме оксида азота при изучаемой патологии.

В условиях подавления синтеза супероксиддисутазы оксид азота вступает во взаимодействие с супероксидными анионами и приводит к образованию пероксинитритов. Косвенным доказательством появления активных метаболитов оксида азота в пробе с реактивной гиперемией служит увеличение продукции S-нитрозотиолов у больных ГБ на 40,6% (с $1,556 \pm 0,682$ нмоль/мл до $2,188 \pm 0,340$ нмоль/мл, $p > 0,05$) по сравнению с 30,7% в контрольной группе ($0,857 \pm 0,542$ и $1,12 \pm 0,624$ нмоль/мл соответственно, $p > 0,05$). Кратковременная статическая нагрузка приводила к значительному увеличению образования S-нитрозотиолов как у больных ГБ (с $1,556 \pm 0,426$ нмоль/мл до $2,474 \pm 0,475$ нмоль/мл, $p < 0,05$), так и в контрольной группе (с $0,857 \pm 0,542$ нмоль/мл до $2,150 \pm 0,581$ нмоль/мл, $p < 0,05$). При этом суммарное содержание нитритов/нитратов снижалось в среднем на 16,8% во всех обследованных группах (с $9,02 \pm 0,45$ до $6,35 \pm 0,81$ нмоль/мл в контрольной группе; $p < 0,02$ и с $6,88 \pm 0,44$ нмоль/мл до $6,21 \pm 0,71$ нмоль/мл у больных ГБ, $p > 0,05$).

Рандомизированное плацебо-контролируемое исследование мексикора у больных с нестабильной стенокардией показало, что пероральное применение препарата в дозе 6 мг/кг/сут на фоне комплексной традиционной терапии антикоагулянтами, антиагрегантами и антиангинальными средствами, в сравнении с контрольной группой, значительно ускоряло стабилизацию

ПРОФИЛАКТИКА ЗДОРОВЬЯ И СИСТЕМНАЯ МЕДИЦИНА В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ПРАКТИКЕ

Туманова А.Л., Березина Т.К.,
Лобода Д.А. Хриштокян Д.Х., Нестер Е.И.
Сочинский филиал российского университета дружбы народов, НИЦ «Экологии и здоровья человека», Санаторий «Октябрьский» ОАО РЖД, Сочи

Методы газоразрядной диагностики и терапии в комплексном лечении компьютерного зрительного синдрома

Введение

В России около 20 млн. человек являются пользователями персональных компьютеров. Массовое внедрение компьютерной техники во все сферы современного общества привело к новой социально-экологической и медицинской проблеме. До 94% пользователей компьютеров испытывают чрезмерные зрительные нагрузки, приводящие к развитию компьютерного зрительного синдрома (КЗС), а средства своевременного выявления и реабилитации КЗС –

реальной проблемы современного общества отсутствуют.

Помимо этого нарастающие экологические и социально-экономические проблемы общества жестоко отразились на здоровье россиян, резко увеличив процент и тяжесть заболеваний сосудистой, эндокринной и нервной системы. Это привело к увеличению соответствующих глазных заболеваний. Особенности патологических состояний органа зрения заключается в том, что большинство из них при позднем выявлении, приводят к слепоте. Следовательно, необходимо их прогнозировать и предупреждать и, тогда, по мнению специалистов, в 90% случаев эти заболевания можно предотвратить.

Как показали проведенные ранее исследования, нельзя рассматривать глазные проблемы отдельно от общих проблем. Необходим комплекс мероприятий, обеспечивающий снижение, как процент заболеваемости, так и процент слабовидящих и слепых. Существует прямая взаимосвязь между сосудистыми и эндокринными заболеваниями, развивающимися вследствие микроэлементозов, с одной стороны и глазной патологией - с другой. При этом почти отсутствует так необходимая система диспансеризации, а существующая крайне устарела по форме и требует срочной реформы. Необходимо внедрение комплексной системы охраны зрения, для обеспечения ранней реабилитации возможных нарушений зрения, связанных с экологическими факторами, что и является одной из основных задач СФРУДН НИЦ «Экологии и здоровья человека».

Применяемые методы

В последние годы комплексное использование различных методов в клинической практике стало основополагающим. В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение эффективности санаторно-курортной реабилитации заболеваний глаз, где возможно сочетанное применение различных методов обследования и согласованного лечения.

В комплекс санаторно-курортной реабилитации больных с заболеваниями глаз были включены все этапы необходимого обследования:

- **по офтальмологии** - визометрия, биомикроскопия, тонометрия, определение рефракции, цветовая кампиметрия, офтальмоскопия;
- **по сопутствующим заболеваниям** - консультации терапевта, кардиолога, эндокринолога, невропатолога;
- **диагностика** - исследования общих и биохимических показателей крови, функциональная и УЗИ - диагностика, биорезонансная диагностика, ГРВ биоэлектрография, исследования на микроэлементозы и др.

В комплекс лечения были также включены как офтальмологические местные методы (цветомагнитная стимуляция, электростимуляция, лазерно-медикаментозная стимуляция, визиотренинги и др.), так и соответствующие сопутствующим общим заболеваниям (озонотерапия, ГРВ импульсная терапия, массаж, биорезонансная терапия, барокамера, фитотерапия, ароматерапия, питьевое употребление минеральных вод Сочи и бальнеотерапия, коррекция на-

рушений минерального обмена, мономинералами и др.).

Исследование проводилось на базе СФРУДН НИЦ «Экологии и здоровья человека», санатория «Октябрьский» и Городского центра по профилактике со СПИД и инфекционными заболеваниями г. Сочи, которые отвечают самым высоким требованиям по оснащению и многопрофильности лечебно - диагностической базы.

Особый интерес по результативности представила группа пациентов с компьютерным зрительным синдромом (КЗС) с приоритетным использованием методов ГРВ биоэлектрографии и ГРВ импульсной терапии.

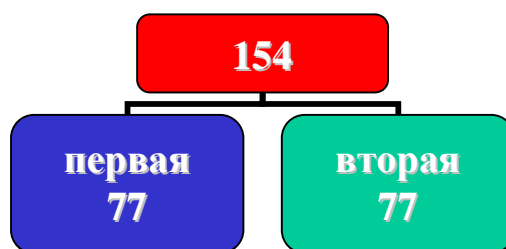
Методика ГРВ комплекса

Первые исследования ГРВ биоэлектрографии у пациентов с КЗС показали чёткую картину уменьшения «ауры» и асимметрию. В связи с этим для кор-

рекции «ауры» был применён описанный метод ГРВ терапии на все пальцы одновременно, в режиме I по 32 сек. На каждые 5 пальцев два раза в день в течение 5-10 дней. После чего повторяли ГРВ диагностику. В результате получили положительный эффект, особенно у пациентов отдыхающих в санатории. Группа работающих пациентов, которая возвращалась ежедневно в режим работы с компьютером показала менее стойкие результаты. В результате был отработан ГРВ комплекс для пациентов с КЗС, который был включён в комплексный курс лечения КЗС.

Результаты исследований

Под наблюдением находилось 154 пациента, которые для сравнительной клинической оценки были разделены на две контрольные группы: первая группа наблюдения (77 человек) с применением в курсе реабилитации ГРВ комплекса, вторая группа - контрольная (77 человек) без применения ГРВ комплекса.



Пациенты обеих групп были равномерно распределены как по нозологическим и возрастным группам, так и по степени тяжести КЗС. Оценка результатов

проводилась по всем вышеперечисленным методам обследования до - и после лечения. Результаты представлены в таблице 1.

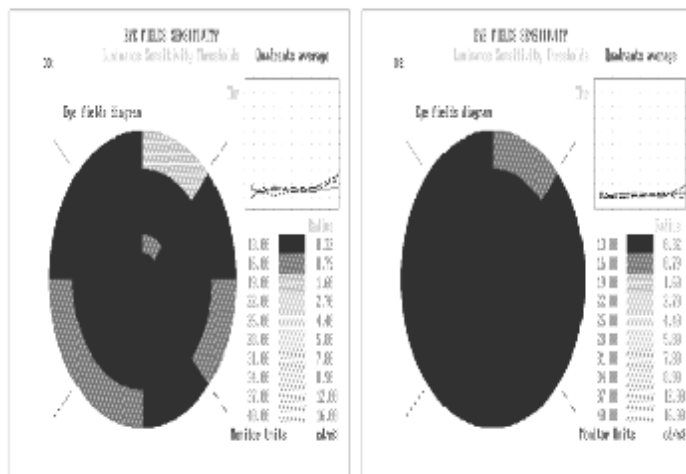
Таблица 1. Результаты лечения первой группы наблюдения и второй – контроля

№ группы	Процент клинической эффективности по оценке глазных показателей (%)	Процент клинической эффективности по оценке сопутствующих патологий (%)
Первая группа – наблюдения	87	79
Вторая группа - контроля	34	57

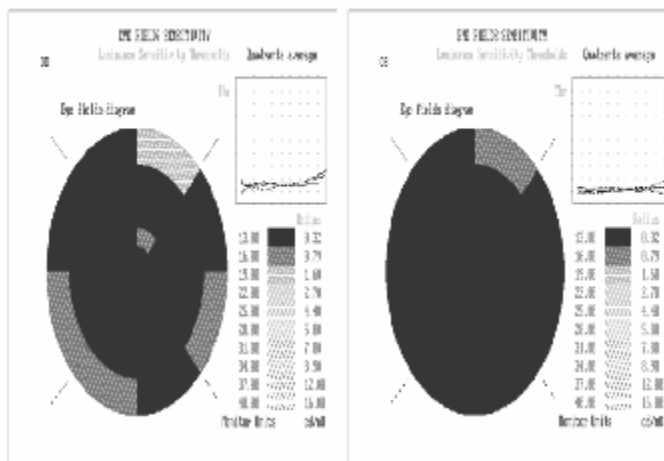
Как видно из таблицы наивысший результат клинической эффективности был получен в первой группе наблюдения у пациентов с применением курса реабилитации, учитывающего индивидуальный патогне-

тетически обоснованный комплекс лечения (79%), причем более высокий процент клинической эффективности отмечается по оценке глазных показателей.

Большая Б. Тос. п. лечение.



Выходной В. После лечения.



У второй группы – контроля также отмечается некоторое улучшение результатов клинической эффективности, но в более низком проценте (57), при-

чем более низкий показатель отмечается по оценке глазных показателей. (диаграмма 2)

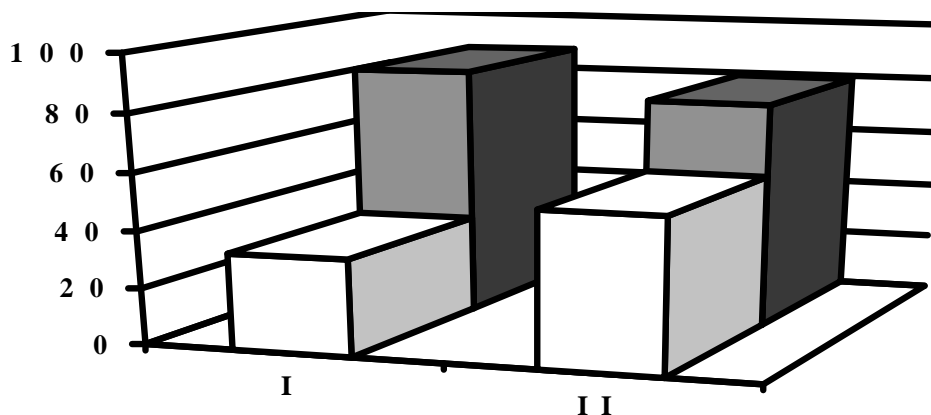


Диаграмма 2

I – Процент клинической эффективности по оценке глазных показателей (%)

Первая группа - наблюдения – 87%

Вторая группа – контроля – 34%

II – Процент клинической эффективности по оценке сопутствующих патологий (%)

Первая группа наблюдения – 79%

Вторая группа – контроля – 57%

Таким образом, становится очевидной необходимость реализации в практику, комплексных методов реабилитации КЗС с применением ГРВ комплекса. Высокий процент клинической эффективности, достигнутый при комплексной санаторно-курортной реабилитации больных с хроническими заболеваниями и КЗС, позволит также рассчитывать на повторные посещения и направление этой категории больных в специализированные санатории, имеющие и глазной профиль. Это, в свою очередь, может повлиять на формирование так называемой «курортной диспансеризации» по данным патологиям. Также можно рекомендовать внедрение ГРВ комплекса как метода профилактики КЗС у групп работающих и учащихся компьютерных пользователей.

Оценка эффективности лечения больных с гипертонической болезнью в санаторно-

**курортных условиях, методом лазерной доплеро-
ской флоуметрии**

Основная идея исследования состояла в том, чтобы выявить степень эффективности лечебных мероприятий состоящих из физиотерапевтических перформированных факторов на систему микроциркуляции, у больных с гипертонической болезнью I и II стадии.

Методика. Лечение проводилось на аппаратном комплексе с биорезонансным эффектом МОРА супер (Германия) 4 сеанса – и, общим магнитным воздействием, с вращающимся магнитным полем аппаратом АЛМА- 5 сеансов. Анализ эффективности проводимого лечения заключался в определении показателя микроциркуляции - ПМ и резервов капиллярного кровотока в окклюзионной пробе – РКК, на аппарате ЛАКК- 02. Лечебно-диагностический курс длился не более 16 дней, с обязательным условием прохождения

полной акклиматизации перед началом лечения. По этой схеме проведена терапия 42 пациентам в возрасте от 25 до 63 лет.

Результаты лечения показали положительный эффект у 36 пациентов:

Максимальный результат удалось достичь у пациентов с гиперемическим типом микроциркуляции - у 86% от зарегистрированных с этим типом микроциркуляции.

§ Показатель РКК либо пришел в норму, либо наместились существенные сдвиги по его нормализации у всех пациентов.

§ Показатель ПМ восстанавливался у 27 % .

Несколько сложнее оказалось восстановление показателей капиллярного кровотока у больных с застойно - стазическим и спастическим типом микроциркуляции.

§ Эффект по показателю РКК не более 45%,

§ ПМ в 20% случаев определилась тенденция к нормализации.

Таким образом, методы оценки эффективности лечения у данной категории больных абсолютно объективны и показывают в большинстве случаев нормализацию показателей микроциркуляции в корреляции с улучшением общего самочувствия и восстановлением АД и ЧСС. Следует ввести оценку микроциркуляции в программу обязательного обследования больных с гипертонической болезнью наряду с ЭКГ, так как анализ восстановления адекватного реагирования капиллярного русла на стресс, может способствовать прогнозированию риска сосудистых катастроф в дальнейшем у каждого конкретного больного, и наметить способы их предотвращения.

Методология реабилитационных мероприятий детей с бронхиальной астмой, в условиях санаторно-курортной сферы.

В нашем санатории проводится комплекс реабилитационных мероприятий направленных на возможность длительной компенсации бронхиальной астмы у детей в возрасте 4 - 17 лет. В план лечения входит основной метод- Мора терапия и вспомогательный – соляная пещера калийно-магниевого основы курорта Усть - Качка.

Метод Мора терапии развивается и совершенствуется в течение 30 лет и, зарекомендовал себя как современный и высокоэффективный комплекс повышения адаптационных возможностей человека. А в основе развития любого хронического заболевания лежит длительное истощения компенсаторных возможностей организма и как следствие этого, не возможность адекватного реагирования на стрессовые факторы окружающей среды.

Восстановить биоэлектрическую активность внутренних органов, что будет способствовать нормализации метаболизма клеток и повышению общей иммунорезистентности, вот главная цель, которую преследует квалифицированный специалист информационно- волновой квантовой медицины. В последнее время доктора сильно увлеклись лечением узконаправленной патологии. И это правильно на уровне стационара, когда действительно необходимо соблюдать основные принципы приоритетности и этапности оказания медицинской помощи. Но в условиях сана-

торно-курортной отрасли, основное внимание следует уделять повышению общей адаптации. Именно общая невосприимчивость к внешне неблагоприятным факторам, будет способствовать длительной ремиссии у больных с любой хронической патологией.

Бурный рост аллергизации населения цивилизованных стран, который мы наблюдаем в последнее время связан с большим количеством агрессивных факторов окружающей среды. Особенно хотелось бы выделить перенасыщение продуктов пищевыми субстанциями Е, которые по меткому выражению Ф. Морелля - основателя Мора терапии, продлевают жизнь продуктам и сокращают нашу. Далее следовало бы выделить компоненты бытовой химии, промышленные яды, пестициды и конечно чрезмерное увлечение медикаментами начиная с младенческого возраста.

Не будем забывать и об индивидуальной непереносимости продуктов. Именно этот фактор чаще других активно способствует формированию бронхиальной астмы как хронического заболевания. Молочная, злаковая, сахарная карьера, в развитии аллергической патологии начиная с детского возраста, активно способствуют формированию устойчивого аллергического фона.

Если из этого патологического замкнутого круга выход? Что мы можем предложить пациентам с бронхиальной астмой, чей ресурс к сопротивлению и без того истощаемый хронической патологией, усугубляется в большом проценте случаев не рациональной медикаментозной терапией?

1. Необходимо повысить уровень индивидуальной невосприимчивости к названным выше антигенам. Причем желательнее предварительно определить эту самую индивидуальную непереносимость к конкретным продуктам, химикатам и так далее.

2. Активно способствовать восстановлению адаптационных способностей организма.

3. Подобрать рационально с учетом индивидуальной чувствительности медикаментозную терапию, а при возможности в перспективе и окончательно с ней расстаться.

4. Снизить уровень психологической зависимости пациента от медикаментозной терапии.

Приходится часто слышать, что такого лечения нет, что это дело далекого будущего. Метод Мора терапии – это яркий пример холистического принципа в лечении больных, по всем канонам восстановительного лечения, рекомендованными еще Гиппократом. Именно лечения макроорганизма, а не узкой полоски симптомов - дело не только будущего, но и настоящего.

Наш комплекс Мора терапии оснащен современными программами, что позволяет сканировать организм на индивидуальную чувствительность более чем к 1000 аллергенам, а после этого теста создавать программы по созданию индивидуальной программы лечения этих аллергенов. На фоне этого лечения добавляем комплексные программы по восстановлению биоэлектрической активности тканей.

Организуем курс индивидуального лечения в соляной пещере. Она заключается в том, что пациент находится в пещере совершенно один, что резко усиливает эффект, по нашим наблюдениям у этой

группы больных. Продолжительность пребывания в ней достигает 3 часов. Противовоспалительные и иммунопротективные свойства спилеолечения доказали свою эффективность в нашей санатории в течение 4 лет.

Оценка проводится на основании нормализации общего самочувствия, восстановлению биомеханики дыхания, тенденции к стабилизации показателей внешнего дыхания - спирограмма и пикфлоуметрия. Но самый эффективный способ убедиться в правильности выбранного пути - проанализировать клиническую динамику у пролеченных пациентов по этой схеме в течение нескольких лет. Можем смело утверждать, что эффект от терапии в той или иной степени, мы отмечаем у всех пациентов без исключения. Тут многое зависит от степени тяжести заболевания, её давности, наличия сопутствующей патологии и способности к восстановлению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения //СПб. 1999. 252с.
2. Коротков К. Г. Основы ГРВ биоэлектрографии. СПб: Из-во СПбГИТМО, 2001.
3. Туманова А.Л. Новые технологии в сфере санаторно-курортного лечения для обеспечения круглогодичной курортной отрасли города Сочи. Материалы НПС: Из-во «Академия Естествознания», М.- 2005.

ОСОБЕННОСТИ ЭНХОНДРАЛЬНОЙ ОССИФИКАЦИИ СКЕЛЕТА БЕЛЫХ КРЫС

Шубина О.С., Грызлова Л.В.
*Мордовский государственный
педагогический университет,
Саранск*

Процесс энхондральной оссификации лежит в основе развития большинства костей скелета человека и животных.

Целью работы явилось изучение строения скелета белых крыс только что достигших половозрелого возраста. Материалом исследования служили плечевая, бедренная и большеберцовая кости самцов и самок весом 200-300 грамма (возраст 2-3 месяца).

На срезах окрашенных гематоксилином-эозином выявлены синего цвета трабекулы, состоящие из хрящевой ткани и остеобласты, покрывающие их. Костное вещество окрашивалось в розовый цвет.

Исследование продольных срезов растущих длинных трубчатых костей показало, что к половозрелому возрасту белых крыс в эпифизе трубчатых костей хрящевыми остались лишь суставный хрящ и эпифизарная пластинка. На поперечных срезах эпифиза в трабекулах центральной губчатой сердцевины видны остеобласты, новообразованное костное вещество, остатки кальцинированного хряща. В эпифизарной пластинке встречаются хондроциты среднего размера, которые можно отнести к зоне покоящегося хряща. Отмечены мелкие пролиферирующие хондробласты, хрящевые клетки на различных стадиях созревания, а также зона кальцинированного хряща. На диафизарной стороне метафизарной пластинки

трабекулы метафиза распространяются вниз, в сторону диафиза. Центральная зона трабекул метафиза состоит из кальцинированного хряща, на котором отлагается костная ткань. Стенка диафиза снаружи покрыта периостом, располагающееся под ним костное вещество состоит из формирующихся гаверсовых систем. На этой стадии хорошо видны полости резорбции округлой или удлинённой цилиндрической формы, содержащие капилляры в которых различимы клетки крови. На внутренней поверхности полости встречаются участки остеогенных островков. Вокруг каналов концентрическими слоями располагается костная ткань.

РАЗЛИЧНЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОГЕННЫХ ЯЗВ

Юсупов И.А., Борщигов М.М., Плеханов В.И.
*Астраханская государственная медицинская
академия. Кафедра общей хирургии,
Астрахань*

Цель исследования: экспериментально обосновать наиболее оптимальные методы хирургического лечения гастродуоденальных язв, возникших на фоне портальной гипертензии. Нами в эксперименте было изучено давление и скорость кровотока в воротной вене, регенерация в зоне гастроэнтероанастомоза и пилоропластики после различных вариантов резекции желудка, поддиафрагмальной стволовой и селективной проксимальной ваготомии с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу. Операции выполнялись на фоне смоделированной портальной гипертензии. В этой связи было проведено 6 серий опытов на 85 собаках со сроком наблюдения от 3-х до 180-и дней. Давление в воротной вене измерялось с помощью аппарата Вальдмана, скорость кровотока в воротной вене изучалась с помощью электромагнитного флуометра РКЭ 2-2. Через 10 минут после создания модели портальной гипертензии портальное давление увеличивалось в 3,5 раза и в среднем составляло $263,46 \pm 2,14$ мм вод ст, скорость кровотока снижалась в 1,8 раза и в среднем составляла $670,82 \pm 13,22$ мл/мин. Сравнивая полученные флуометрические данные выявлено что, после селективной проксимальной ваготомии и резекции желудка с сохранением желудочно-сальниковых сосудов, выполненных на фоне портальной гипертензии происходит снижение портального давления, что является положительным результатом, так как ведет к ликвидации одного из факторов образования гепатогенных язв (портальной гипертензии). Таким образом, на основании полученных результатов экспериментального исследования считаем, что наиболее оптимальными способами хирургического лечения гастродуоденальных язв, образовавшихся на фоне портальной гипертензии, являются операции: селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу, резекция желудка с сохранением целостности желудочно-сальниковых сосудов. Оменторенопексия существенно не влияет на показатели портального давления и скорость кровотока и является вспомогательным и временным компонентом для снижения портального давления.