

ных препаратов типа дипроспана и полиоксидония с применением (при необходимости) методов рефлексотерапии (блок 13).

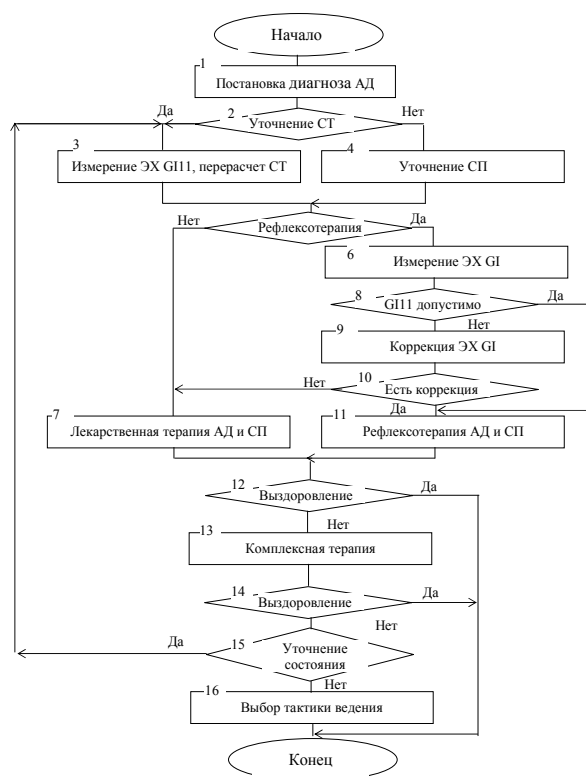


Рис. 5. Блок-схема алгоритма организации лечения АД

Если после разовой комплексной терапии заданный лечебный эффект не достигается (блок 15), врач может либо начать поиск нестандартных методов лечения (блок 16), либо, уточнив степень тяжести с привлечением информации с точки G111 (блоки 3, 15), повторить комплексную терапию вместе с лечением сопутствующих болезней (блок 4). Если принимается решение о применении методов рефлексотерапии (блок 5), перед выбором режимов воздействия необходимо решить вопрос о допустимости воздействия на точку G111. Для этого производится измерение энергетических характеристик (ЭХ) главных точек меридиана GI, что позволяет установить энергетическое состояние всего меридиана и связанных с ним функциональных систем. Если энергетические характеристики меридиана GI не выходят за рамки критических значений, принимается решение о допустимости рефлексотерапевтических воздействий (блок 8) и проводится терапия АД и сопутствующих заболеваний (блок 11). Контроль эффективности ЭРТ может быть осуществлен на основании анализа диагностических моделей меридиана GI и меридианов, связанных с сопутствующими патологиями (блок 12). Если воздействие на точку G111 недопустимо, ведется коррекция энергетического состояния всего меридиана GI (блок 9). Если такая коррекция удается (блок 10), реализуется методы ЭРТ. В противном случае осуществляется медикаментозная терапия (блок 7).

При планировании терапии АД следует решить вопрос о проведении лечебных процедур по сопутствующим патологиям. При этом для их лечения могут быть использованы как медикаментозные методы, так и методы ЭРТ. В последнем случае на основе анализа терапевтических моделей по этому типу заболеваний надо определить, нет ли связи этих патологий через меридианные структуры с АД и аллергическими проявлениями. Если такие связи обнаруживаются, то исследуют энергетическое состояние взаимодействующих БАТ и для терапии выбираются только те, которые не ведут к активизации процессов, связанных с АД. Лечение АД идет в зависимости от степени тяжести заболевания. Для проверки эффективности лечения АД было проанализировано 800 историй болезней и амбулаторных больных, получающих традиционное и комбинированное лечение.

Проведенные нами исследования позволили построить следующую схему рациональной организации лечебных процедур.

1. Легкое течение АД – лечение амбулаторное. Назначают кларитин и авантан в течение 6 дней. Включение в схему лечения ЭРТ сократило сроки лечения с 6 дней до 3 дней ($P<0,01$).

2. Промежуточная стадия между легким течением АД и средней тяжестью. В схему лечения вместе дополнительно вводятся полиоксидоний. Сроки лечения с 8 дней сокращаются до 6 дней ($P<0,01$). При использовании ЭРТ – до 5 дней ($P<0,01$).

3. При АД средней тяжести лечение проводится с использованием растворов сульфата магния, глюконата кальция, элокома (авдантана). Введение полиоксидония сокращает сроки лечения с 12 дней до 10 ($P<0,01$), а ЭРТ – до 8 дней ($P<0,01$).

4. На этапе переходного периода от средней к тяжелой степени тяжести, кроме препаратов, используемых при лечении АД средней тяжести, применялись глюкокортикостероиды, назначается дипроспан, что сокращает сроки лечения с 16 до 14 дней ($P<0,01$). При подключении аурикулотерапии при воздействии на точку G111 практически полное разрешение было на 12 день.

5. Лечение больных с тяжелой степенью заболевания следует проводить в стационаре. Но многие больные в силу социальных причин не могут находиться в стационаре длительно для ликвидации обострения традиционными методами. На этой стадии течения заболевания при введении в схему лечения дипроспана, сроки сокращаются с 20 дней до 17 ($P<0,01$), а при использовании полиоксидония и ЭРТ – до 14 дней ($P<0,01$).

Предлагаемые модели и алгоритмы лечения АД реализуются под управлением разработанной нами автоматизированной системы поддержки принятия решений врача-дерматолога.

Литература

1. Гаваа Лувсан. Очерк методов восточной рефлексотерапии. – Новосибирск: Норма, 1991. – 432 с.
2. Корневский Н.А. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2005. – Т. 4, № 1. – С. 12–20.
3. Корневский Н.А. и др. Синтез моделей взаимодействия внутренних органов с проекционными зонами и их использование в рефлексодиагностике и рефлексотерапии: монография. – Курск, 2005. – 334 с.
4. Корневский Н.А. и др. Энергоинформационные основы рефлексологии: монография. – Курск, 2001. – 236 с.
5. Осовский С. Нейронные сети для обработки информации. – М.: Финансы и статистика, 2002. – 344 с.
6. Усков А.А., Кузьмин А.В. Интеллектуальные технологии управления. Искусственные нейронные сети и нечеткая логика. – М.: Горячая линия – телеком, 2004. – 143 с.

УДК 617.735-005.6-0.37-0.7-0.8

ДЕРМАТОЗЫ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

З.Н. ДОЛЖЕНКОВА*

В последнее десятилетие отмечается ежегодное нарастание числа больных с впервые установленным диагнозом дерматоза: атопический дерматит, псориаз, токсикодермия, крапивница, витилиго, алопеция, угревые высыпания и др. Многие из перечисленных дерматозов приобретают хроническое течение, снижая качество жизни ребенка и его семьи, иногда на долгие годы.

Многолетние научные исследования и практический опыт работы сотрудников Уральского НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии МЗ РФ, Уральской госмедакадемии, областного научно-практического центра детской дерматологии и аллергологии МЗ Свердловской области, Московского института аллергологии и клинической Московской медицинской академии иммунологии, им. И.М. Сеченова, Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии, Санкт-Петербургского государственного университета им. ак. И.Т.Павлова и др., позволили установить, что одним из значимых факторов, провоцирующих и поддерживающих хроническое течение дерматозов у взрослых и детей, являются паразитарные инвазии (гельминтами, простейшими), приводящие к развитию паразитарных болезней. Паразитарная болезнь – это развитие болезненных симптомов в результате жизнедеятельности гельминта или простейших в

* 305400, г. Курск, ул. 50 лет Октября, д. 94, фирма Нейрон при Курском государственном техническом университете

организме человека (хозяина) [2]. Биологическое понятие «паразит» – это организм, живущий на поверхности или внутри другого организма (хозяина) и питающийся за счет последнего. Развитию паразитарных болезней, также как и большинства хронических дерматозов, способствует снижение иммунной защиты организма (в т.ч. вторичная иммунная недостаточность).

Постоянные эмоционально-психологические стрессы, возникающие у подавляющего большинства людей в период социально-экономической нестабильности и жизни у черты бедности, также способствуют угнетению защитно-компенсаторных механизмов человека, данных ему природой. Клиническое течение наиболее часто встречающихся дерматозов у взрослых и детей претерпело изменения: возрастает число больных с тяжелыми формами заболевания, мучительным зудом, нередко не поддающимся стандартным методам терапии. Результаты исследований показывают, что именно у этой группы больных успех терапии обусловлен недиагностированными паразитарными болезнями [3–5]. Паразитарная болезнь часто оказывается последней в цепи дифференциально-диагностического мышления врача. Недооценивается и значение лямблиоза, фасциолеза, гельминтов, являющихся первопричиной патологии органов ЖКТ [6].

Актуальность проблемы гельминтозов связана с их широкой распространенностью, многообразием негативных воздействий на организм человека и выраженным полиморфизмом клинических проявлений, затрудняющим дифференциальную диагностику болезней, отсутствием стерильного иммунитета и специфических методов профилактики. В мире существует до 300 видов гельминтов. На территории России описывают около 70 видов гельминтов, из них наиболее часто встречаются около 20 видов [1]. Гельминтозам свойственно очаговое распространение. По Курску регистрируют 12 видов местных гельминтозов: аскаридоз, гименолепидоз, дифиллоботриоз, тениаринхоз, тениоз, токсокароз, трихинеллез, трихоцефалез, энтеробиоз, стронгилоидоз, лямблиоз и токсоплазмоз. Кроме того, в связи с активной миграцией населения, выездами за рубеж, импорта продуктов питания, в город завозятся гельминты, не характерные для нашего региона (анкилостомидозы, описторхоз, шистосомозы и др.). Гельминты поражают практически все органы и системы человека, однако для каждого паразита есть своя зона обитания. Зрелые паразиты обитают как в просвете различных отделов кишечника, так и в печени, желчном пузыре и желчевыводящих протоках, легких, кровеносной и лимфатической системах, коже и подкожной клетчатке. Личиночные стадии гельминтов способны мигрировать в различные ткани, поражая легкие, сердце, головной мозг, глаза, мышцы и кости, что порой приводит к необратимым последствиям, включая слепоту, эпилептические приступы, слабоумие, поражение внутренних органов и иногда к летальным исходам. Продукты жизнедеятельности гельминтов оказывают выраженное токсико-аллергическое воздействие на организм человека и значительно подавляют его иммунную систему.

Особенно пагубно воздействие гельминтов на организм ребенка. У инвазированных ими детей развиваются неврологические расстройства: они становятся капризными, возбудимыми, легко истощаются, плохо засыпают. Характерно возникновение или усиление проявлений аллергического диатеза, кишечного дисбактериоза, что способствует развитию кишечных инфекций. Снижение под воздействием гельминтов иммунологической реактивности приводит не только к более частым заболеваниям ребенка, включая аллергические, но и к снижению выработки антител в ответ на введение вакцин, что объясняет неэффективность вакцинации против дифтерии, коклюша, кори, столбняка, полиомиелита и многих других инфекционных болезней [1, 2].

Выявление гельминтозов, особенно при внекишечной, или тканевой, локализации личиночных или зрелых стадий паразитов часто представляет большие сложности, так как многообразная клиническая картина болезней, обусловленная поражением различных органов, напоминает симптомы других заболеваний. Лабораторная диагностика инвазии в случаях тканевой локализации гельминтов затруднена, так как выделение их яиц или личинок с испражнениями не происходит, вследствие чего паразитологическое копрологическое исследование не информативно. В таких ситуациях может быть полезным серологическое исследование крови, а в ряде случаев – исследование биопсийного или операционного материала [1]. Исследования и опыт работы в дерматовенерологии, аллергологии, педиатрии показали, что существует тесная взаимосвязь между такими патофизиологиче-

скими процессами в организме, как развитие паразитарных заболеваний при инвазии гельминтами, простейшими и поражение кожи с различными высыпаниями аллергического генеза. Изучение взаимосвязи паразитарных болезней и дерматозов позволяет выделить два основных варианта сочетаний, а именно: дерматологические симптомы паразитарных болезней; особенности клинического течения хронических дерматозов (атопический дерматит, псориаз, алопеция и др.) на фоне паразитарной болезни. Симптомом при взаимосвязи дерматозов и паразитов является зуд, различающийся по характеру и интенсивности.

Паразитарные болезни, особенно при сочетанных паразитарных инвазиях, значительно ухудшают клиническое течение ряда дерматозов и их прогноз. В связи с этим задача врачей помнить о клинических проявлениях паразитов, в том числе со стороны кожи, проводить настойчивое обследование для их выявления, а при обнаружении – адекватную терапию.

Литература

1. Антонов М.М. и др. Тканевые гельминтозы у взрослых и детей. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика: Метод. реком-ции.– Санкт-Петербург, 2004.– 39 с.
2. Торопова Н.П. и др. Дерматозы и паразитарные болезни у детей и подростков.– Екатеринбург: Урал. ун-т, 2004.– 60 с.
3. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика: научно-практическая программа.– М., 2000.– 76 с.
4. Кунгуров Н.В. и др. Атопический дерматит.– Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2000.– 265 с.
5. Плотникова И.А., Медведева С.Ю. // Аллергология.– 1998 г.– №4.– С. 15–20.
6. Авдюхина Т.И. и др. Лямблиоз: Учебное пособие.– М., 2003.– 31 с.

УДК 616.65-089.85

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ

С.Д. ДОЛЖЕНКОВ*, С.С. ДЕМЧЕНКО*, А.Г. КОЦАРЬ**, А.В. НОВИКОВ*, С.П. СЕРЕГИН**

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – одно из заболеваний мужчин пожилого возраста, встречающееся у 65–80% лиц старше 55 лет [1, 2]. Ныне используется три варианта хирургического лечения ДГПЖ: трансуретральная резекция (ТУР), инцизия простаты и открытая аденомэктомия. «Золотым стандартом» считается ТУР – эффективный и менее опасный метод, но и он имеет инфекционно-воспалительные осложнения (20%) [3]. К основным послеоперационным осложнениям относят острый уретрит, простатит, эпидидимоорхит, цистит и пиелонефрит. Любое из них утяжеляет состояние больного и может потребовать дополнительного оперативного лечения. Их причинами является: хронические латентные воспалительные очаги в предстательной железе, необходимость уретрального дренирования мочевого пузыря, иммуносупрессия. Традиционная профилактика не всегда препятствует развитию инфекционно-воспалительных процессов в связи с высокой вирулентностью госпитальной флоры. Это требует новых методов предупреждения и лечения послеоперационных осложнений.

С 1991 г. после заключения фармакологической комиссии СССР «О безопасности применения гипохлорита натрия в качестве детоксицирующего средства» (№ 418 от 03.04.91 г.) начато его использование при лечении инфекционно-воспалительных заболеваний. В НИИ урологии Минздрава РФ применяется метод непрямого электрохимического окисления (НЭХО) крови раствором 0,06% гипохлорита натрия (ГН) при лечении острых гнойных заболеваний органов мочеполовой системы [4]. Механизм лечебного действия препарата не исчерпывается его химическими свойствами. Одним из путей реализации лечебного эффекта ГН является его имунотропное действие. Оптимальная концентрация ГН для достижения этой цели равна 0,004%.

* г. Курск, МУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи», урологическое отделение № 1
г. Курск, МУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи», урологическое отделение № 2
305040, г. Курск, ул. 50 лет Октября, 94, ГОУ ВПО «Курский государственный технический университет»; МУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи», урологическое отделение № 2