

странстве / В.М. Еськов [и др.] // Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2006613212 от 13 сентября 2006 г. – РОСПАТЕНТ. – Москва, 2006.

6. Программа медицинской диагностики по состоянию между фактической точкой вектора состояния организма человека и ближайшими центрами квазиаттракторов / В.М. Еськов [и др.] // Свидетельство об официальной регистрации программы на ЭВМ №2010613543 от 1 апреля 2010 г., РОСПАТЕНТ. – Москва, 2010.

REGIONAL FEATURES OF HEART RATE VARIABILITY IN PATIENTS WITH DIABETESTYPE 2

V.M.YESKOV, YE.D. VOLKIVSKAYA, I.YU. DOBRYNINA,
Y.V. DOBRYNIN, YE.A. DROZDOVICH, R.A. SULEYMEANOVA

Surgut State University, Medical Institute

The article presents the data obtained in studying patients with diabetes mellitus of type 2 living in the cities of Surgut and St. Petersburg. The regional differences in the characteristics of heart rate variability are shown. This processing was performed using the classical statistical analysis with the application of new approaches in chaos theory and synergetics.

Key words: type 2 diabetes, heart rate variability, regional features.

УДК 61:118

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР СОЧЕТАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНЫМ ТЕСТИРОВАНИЕМ

Г.А. ЮСУПОВ*

Статья посвящена изучению возможности электропунктурного тестирования для подбора комплексного гомеопатического препарата для сочетанной терапии при бронхиальной астме.

Ключевые слова: бронхиальная астма, электропунктура, гомеопатия, тестирование.

Цель исследования – изучение возможности электропунктурного тестирования для подбора комплексного гомеопатического препарата для сочетанной терапии при бронхиальной астме.

Материалы и методы исследования. Для индивидуального подбора препаратов для сочетанной терапии больных с легкой персистирующей формой бронхиальной астмы применялся аппаратно-программный комплекс «Юспрана-Про» для электропунктурной (энергоинформационной) диагностики с медикаментозным тестированием (Рег. Удостоверение № ФСР 2008/03380), производитель ИП Юсупов Г.А. Обследование проводилось по авторской модификации электропунктурной диагностики с медикаментозным тестированием [1,2,3]. Обработка данных проводилась при помощи программы «STATISTICA 6.0» с использованием общепринятых методов вариационной статистики, вычислением средних величин, их статистической разницы, средних ошибок. При сравнении вариационных рядов учитывались достоверные различия $p < 0,05-0,001$. Рандомизация не проводилась. Исследование продолжное.

Всего под нашим наблюдением находилось 60 больных обоего пола в возрасте от 21 до 56 лет, 30 исследуемых, составившие основную группу (18 женщин и 12 мужчин) и 30 исследуемых, составившие контрольную группу (19 женщин и 11 мужчин). Критерием для включения, как в основную группу, так и в контрольную группу, было улучшение показателей *электропроводности* (ЭП) в биологически активных точках (БАТ), по сравнению с исходными показателями, при контакте с кожей пациента таблетки сальбутамола более чем на 5 у.е. В группы для исследований не включались пациенты, у которых отмечалась непереносимость Сальбутамола, беременные и кормящие женщины. Совместно с Сальбутамолом проведено тестирование комплексных гомеопатических препаратов Лобелия-ЭДАС 933, Бронхолат-ЭДАС 918 и Бронхонал-ЭДАС 104, у которых в показателях имеется бронхиальная астма. Положительная динамика показателей ЭП в БАТ (50 – 60 у.е.) на меридиане легких и аллергическом меридиане были отмечены у всех пациентов при совместном тестировании Сальбутамола и Бронхолат-ЭДАС 918.

Пациенты контрольной группы получали Сальбутамол –

таблетки пролонгированного действия по 4 мг 2 раза в сутки и для купирования приступа БА дозированный аэрозоль короткодействующего селективного β_2 -адреномиметика Сальбутамола В основной группе пациентам в дополнение к терапии контрольной группы назначали гранулы гомеопатические Бронхолат ЭДАС-918 в течение 3 недель по 5 гранул 3 раза в сутки вне приёма пищи под язык до полного растворения, затем поддерживающая терапия в течение 14 дней Бронхолат ЭДАС и Сальбутамол по 0,5 таблетки (2 мг) 2 раза в сутки.

Лечение и динамическое наблюдение за состоянием пациентов в основной и контрольной группах проводилось исследования в течение 35 дней. Первичное обследование, на 14 и 35 дни наблюдения предусматривали проведение физикальных, лабораторных и инструментальных исследований в полном объёме: анализ крови и мокроты, ЭКГ, пикфлоуметрия, определение Ig E в крови, рентгенография лёгких.

В ходе исследования пациенты из основной и контрольной групп не исключались. В процессе клинических испытаний отмечено, что препарат Бронхолат ЭДАС-918 хорошо переносился всеми пациентами основной группы, ни в одном случае не отмечено побочных и нежелательных эффектов. Он хорошо сочетается с Сальбутамолом.

Результаты и их обсуждение. Результаты клинического применения Бронхолат ЭДАС-918 в сочетанной терапии представлены в табл. 1-3.

Таблица 1

Средние сроки купирования клинических проявлений заболевания

№ п/п	Исследуемая группа	Основная		Контрольная		p<
		к-во пац.	M ± m (сутки)	к-во пац.	M ± m (сутки)	
1	Сухой кашель	24	15,2±0,61	23	17,3±0,73	0,05
2	Одышка при физической нагрузке	30	22,4±0,44	30	23,9±0,47	0,02
3	Нарушение сна	22	12,3±0,29	20	13,4±0,42	0,05
4	Сухие хрипы в конце выдоха	30	20,3±0,57	30	22,0±0,61	0,05
5	ЧСС (ЭКГ)	30	13,9±0,63	30	15,3±0,71	
6	ЧДД	30	14,6±0,41	30	15,5±0,47	
7	ПСВ (пиковая скорость выдоха)	30	20,5±0,53	30	22,1±0,58	0,05
8	Эозинофилы в крови	30	18,1±0,39	30	19,0±0,45	
9	Эозинофилы в мокроте	30	15,7±0,56	30	16,8±0,62	
10	IgE в крови	30	15,4±0,53	30	17,3±0,71	0,05
11	Σ M ± m		16,8±0,5		18,3±0,58	0,05

Как видно из табл. 2, сокращение сроков купирования клинических проявлений заболевания в основной группе по сравнению с контрольной отмечается по всем изучаемым параметрам субъективной и объективной оценки. Однако, статистически достоверные различия отмечены по 6 оценочным показателям из 10 (60%, $p < 0,05$).

Суммарная среднестатистическая ($\Sigma M \pm m$) продолжительность симптомов болезни в основной группе не превышает 16,8±0,5 суток, в то время как, в контрольной – она составляет 18,3±0,58 суток ($p < 0,05$).

Снижение сроков купирования клинических проявлений заболевания в основной группе составляет по сравнению с контрольной от 0,9 до 2,1 суток (в среднем 1,5 суток, $p < 0,05$).

Таблица 2

Динамика выраженности клинических проявлений в основной группе

Контрольное обследование	1 (первичное обследование)		3 (14 день наблюдения)		5 (35 день наблюдения)	
	к-во пац.	M ± m	к-во пац.	M ± m	к-во пац.	M ± m
Критерии оценки						
Одышка при физической нагрузке	30	1,8±0,19	30	0,9±0,1	30	0
Сухой кашель	24	1,7±0,16	24	0,8±0,09	0,001	
Сухие хрипы в конце выдоха	30	1,9±0,18	30	0,9±0,09	0,001	
Нарушение сна	22	1,7±0,15	22	0	0,001	
Σ M ± m		1,8±0,17		0,6±0,07	0,001	

Оценивая выраженность клинических проявлений заболевания в динамике (таблица 2 и 3), следует отметить, что все пока-

* ОАО «Холдинг «ЭДАС», 115095, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 10

затели контрольных обследований в обеих группах достоверно отличаются от исходных данных ($p < 0,05 - 0,001$), а скорость снижения выраженности симптомов в обеих группах параллельно нарастает к концу исследования и составляет в среднем на 5,9% больше в основной группе, чем в контрольной.

Исключение составляет показатель «сухие хрипы в конце выдоха», который в основной группе купируется к 21 дню лечения, в то время как, в контрольной группе – к концу курса лечения ($p < 0,001$). Суммарная среднестатистическая ($\Sigma M \pm m$) выраженности симптомов в основной группе к 21 дню лечения также значительно ниже, чем в контрольной ($p < 0,001$, табл. 2 и 3).

Анализ динамики объективных показателей в группах выявил отмеченную выше закономерность: все определяемые параметры достигли нормальных или практически нормальных уровней к концу курса лечения в обеих группах, но процент изменения поэтапно определяемых данных по сравнению с исходом был выше в основной группе, чем в контрольной, а уровень IgE в основной группе был достоверно ниже, чем в контрольной ($p < 0,02 - 0,001$), начиная с 14 дня до конца лечения.

Таблица 3

Динамика выраженности клинических проявлений в контрольной группе

Контрольное обследование	1 (первичное обследование)		3 (14 день наблюдения)			5 (35 день наблюдения)		
	к-во пац.	M $\pm$ m	к-во пац.	M $\pm$ m	p<	к-во пац.	M $\pm$ m	p<
Одышка при физической нагрузке	30	1,7 $\pm$ 0,18	30	1,0 $\pm$ 0,11	0,001	30	0	0,001
Сухой кашель	23	1,7 $\pm$ 0,17	23	0,9 $\pm$ 0,1	0,001			
Сухие хрипы в конце выдоха	30	1,9 $\pm$ 0,2	30	1,0 $\pm$ 0,12	0,001	30	0	0,001
Нарушение сна	20	1,8 $\pm$ 0,17	20	0	0,001			
$\Sigma M \pm m$		1,8 $\pm$ 0,17		0,7 $\pm$ 0,08	0,001			

Примечание: * – $p < 0,001$.

Таблица 4

Оценка эффективности лечения

Клинический эффект	Основная группа		Контрольная группа	
	Число больных	%	Число больных	%
Улучшение	28	93,3	26	86,7
Отсутствие эффекта	2	6,7	4	13,3
Ухудшение	-	-	-	-

Оценивая эффективность лечения больных лёгкой персистирующей бронхиальной астмой (табл. 4) следует отметить, что в основной группе с использованием Бронхолат ЭДАС-918, клиническое улучшение состояния наступило у 28 из 30 больных (93,3%), в то время как в контрольной у 26 из 30 (86,7%), а у 2 больных (6,7%) основной группы и у 4 (13,3%) контрольной группы отмечено отсутствие лечебного эффекта, то есть результаты лечения в основной группе превосходят аналогичные контрольной группы на 6,6%. Нежелательного действия препарата на больного не отмечено ни в одном случае.

Выводы:

1. Совместное электропунктурное тестирование гомеопатических и аллопатических препаратов позволяет оптимизировать сочетанную терапию при бронхиальной астме.

2. Относительно хорошая эффективность и отличная переносимость использования гомеопатического препарата Бронхолат ЭДАС-918 совместно с Сальбутамолом в лечении больных лёгкой персистирующей бронхиальной астмой дают основание рекомендовать это сочетание к широкому внедрению в медицинскую практику.

Литература

1. Юсупов, Г.А. Энергоинформационная медицина. Гомеопатия, гомотоксикология, электропунктура по Р. Фоллю: Монография / Г.А. Юсупов. – М.: Московские новости, 2000. – 335 с.
2. Юсупов, Г.А. Модифицированная методика электропунктурной (энергоинформационной) диагностики в практической медицине. Пособие для врачей / Г.А. Юсупов, В.Г. Зилов, А.А. Хадарцев. – М., 2004.
3. Юсупов, Г.А. Модификация электропунктурной диагностики и коррекция системной патологии волновыми характеристиками нозодов и гомеопатических средств. Диссерт. канд. мед. наук. / Г.А. Юсупов. – Тула, 2004.

INDIVIDUAL SELECTION OF THERAPY AT BRONCHIAL ASTHMA ELECTRO-PUNCTURE TESTING

G.A. YUSUPOV

Public Corporation "Holding EDAS"

The article considers studying the possibility of electro-puncture testing for selecting a complex homeopathic preparation for the combination of therapy at bronchial asthma.

Key words: bronchial asthma, electro-puncture, homeopathy, testing.

УДК:576.31:616.12:616.61-546.815/.819.006.1

ПРОФИЛАКТИКА ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ ТКАНЕЙ СЕРДЦА И ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОТРАВЛЕНИИ АЦЕТАТОМ СВИНЦА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

В.Б. БРИН*, А.К. МИТЦИЕВ*, К.Г. МИТЦИЕВ**

Хроническая интоксикация ацетатом свинца приводит к выраженным изменениям гистологической структуры внутренних органов. Токсическая нефропатия, вызванная воздействием свинца, характеризуется повреждением как клубочкового, так и канальцевого аппарата почек. Необходимо отметить, что патогистологические изменения канальцевого аппарата почек носят более выраженный характер. Кардиотоксическое действие свинца подтверждается наличием морфологических изменений в миокарде в условиях хронического отравления ксенобиотиком. Применение мелаксена в качестве профилактики гистоструктурных изменений в тканях сердца и почек, является эффективным способом коррекции нефро- и кардиотоксического действия свинца, что подтверждается наличием менее выраженных гистоструктурных изменений исследуемых тканей.

Ключевые слова: свинцовая интоксикация, мелаксен, миокард, почки.

Среди множества поллютантов, поступающих в окружающую среду, наиболее опасными считаются тяжелые металлы, особое место среди которых занимает свинец, внесенный ВОЗ, в список токсических веществ I класса опасности [2]. Проникая в организм, свинец оказывает токсическое воздействие практически на все органы и системы, приводя к формированию ряда патологических состояний. Выводя из организма большую часть ксенобиотиков, почки подвергаются мощной токсической нагрузке, являясь одной из главных мишеней патологического воздействия. Проникая в почки, свинец избирательно накапливается в митохондриях, повреждая их, приводя тем самым к формированию нарушений процессов клеточного дыхания [5]. Транспортная функция, присущая сердечно-сосудистой системе, обуславливает выраженную способность свинца приводить к формированию патогистологических изменений в сердце и сосудах, поскольку именно система кровообращения является одной из первых, которая подвергается токсическому воздействию ксенобиотика, поступившего в кровяное русло [1]. Гистологические исследования внутренних органов экспериментальных животных предоставляют возможность охарактеризовать степень биологической токсичности ксенобиотиков, позволяя также судить об активности адаптационных механизмов и компенсаторных резервах организма в условиях хронического отравления [3].

Угрожающе опасное антропогенное загрязнение окружающей среды свинцом, способствует его чрезмерному поступлению и накоплению в организме, тем самым увеличивая токсическое воздействие ксенобиотика и приводя к токсическому поражению тканей и систем организма. Исходя из выше изложенного следует, что актуальной является проблема поиска эффективных средств профилактики токсического действия свинца.

В качестве профилактического средства в условиях хронической свинцовой интоксикации, нами был выбран синтетический аналог гормона эпифиза - «Мелаксен» фирмы Unipharm-USA. Мелаксен оказывает выраженное адаптивное действие, регулирует нейроэндокринные функции, снижает стрессовые реакции, оказывает иммуностимулирующее действие. Наличие у мелаксена выраженного мембранопротекторного свойства, обусловлено его мощным антиоксидантным действием [4].

* Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 362019 г.Владикавказ, ул.Пушкинская, 40

** Институт Биомедицинских исследований ВНИЦ РАН и РСО-Алания, 119991 Москва, Ленинский просп., 14