

тели снижения СМП у больных КГ (30,2 и 34,9%). Исходный уровень ЛЛИИ у больных ОГ и КГ были высокими (5,7±0,05; P<0,05) превышая норму в 3 раза. У больных при вальнеросорбции отмечено уменьшение показателей ЛЛИИ, к 7 дню послеоперационного периода он составил 3,4±0,43 (P<0,05), а у больных КГ – 4,4±0,63 у.е.. У большинства степень лейкоцитурии уменьшилась до 8000 л. Через 2 недели число больных с лейкоцитурией уменьшилось до 4 (9,2%). Через 4 недели лечения уменьшилось и число больных с бактериурией (табл.4).

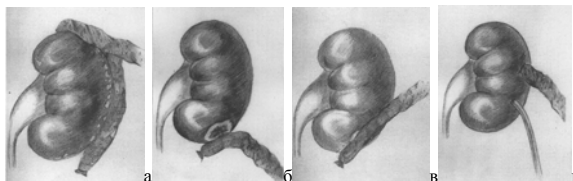


Рис. Колонки-дренажи установлены: а – по местам нахождения гнойников по их вскрытию; б – на месте иссечения карбункула почки; в – на месте иссечения карбункула и вскрытого паранефрита; г – колонка-дренаж введена в полость абсцесса, рядом виден нефростомический дренаж

Таблица 3

Сравнительный анализ показателей у больных с ОГП

	ОГ, n=43			КГ, n=44		
	1 день	7 день	14 день	1 день	7 день	14 день
СМП (у.е)	0,14±0,12 PL-0,05	0,12±0,04 PL-0,05	0,10±0,1 PL-0,05	0,42±0,1 PL-0,05	0,39±0,1 PL-0,05	0,3±0,06 PL-0,05
ЛЛИИ	5,7±0,021 PL-0,05	5,2±0,04 PL-0,05	3,4±0,43 PL-0,05	5,8±0,7 PL-0,05	5,4±0,83 PL-0,05	4,4±0,63 PL-0,05
СОЭ	48,3 ± 2,9 PL-0,05	31,2±2,6 PL-0,05	25,3±0,29 PL-0,05	46,4±2,6 PL-0,05	38,4±3,1 PL-0,05	28,2±2 PL-0,05

Таблица 4

Показатели гуморального звена иммунитета у больных ОГП

Лабораторные показатели	ОГ h=20		КГ h=20	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Т-лимфоциты	54,2±0,6%	79,2±2,1++	52,2±0,6%	66,±3,2%++
Абс. число	1,72	1,9	1,71	1,86
В-лимфоциты	5,9±0,3%	13,8±1,2%	0,3±5,9%	8±1,1%
Абс. число	0,13	0,26	0,17	0,19
IgA	0,84±0,3г/л	1,9±0,8г/л	0,82±0,3г/л	1,5±0,8г/л
IgG	7,8±0,8г/л	12,0±5,1г/л	7,8±0,8г/л	8,4±0,32г/л
IgM	0,85±1,5г/л	1,04±1,3г/л	0,85±1,5г/л	0,94±

++ – PLO,05±PLO,01

У больных с ОГП в обеих группах наблюдалось достоверное (P<0,05) снижение уровня Т-лимфоцитов, и В-лимфоцитов, что говорит о нарушении клеточного иммунитета из-за угнетающего влияния токсических веществ на тимусные лимфоциты, плазматические клетки и лимфоциты, вырабатываемые в костном мозге. В ОГ после начала раневой сорбции на 7 сутки уровень Т- и В-лимфоцитов составили соответственно 79,2% и 13,8% (P<0,05). Для КГ Т-лимфоциты – 66%, В-лимфоциты – 8%.

Выявлены изменения в гуморальном звене иммунитета P<0,05. Снижение уровня IgG было у 20 больных – 7,8±0,8 г/л. Это объясняется иммунодепрессивным воздействием токсических веществ на гуморальное звено иммунитета. Уровень IgA до операции составил 0,84±0,3 г/л, после лечения – 1,9±0,8 г/л; уровень IgG до лечения – 7,8±0,8 г/л, после лечения – 12,0±5,1 г/л.

Иммуноглобулин IgM сыворотки крови не имел достоверного изменения в процессе лечения. У больных КГ, леченных традиционно (табл. 4), отмечалось лишь незначительное улучшение показателей гуморального звена иммунитета, P<0,01.

Результаты. У больных ОГ при применении вальнеросорбции, последняя оказалась эффективной у 41 больного (85,3%) из 43. В КГ при дренировании хлорвиниловой трубкой лечение в 6 случаях (13,3%) было неэффективным. Антибактериальная и детоксикационная терапия, включая плазмаферез на фоне нефростомии и дренирования абсцесса хлорвиниловой трубкой, не привели к купированию ОГП. Состояние ухудшалось, нарастала интоксикация, что было показанием к вторичной нефрэктомии. Макроскопическое и гистологические исследования удаленных почек показало прогрессирование инфекционного воспаления в почке; 5 из этих больных затем выздоровели, но диабетик 67 лет умер от бактериотоксического шока.

Применение вальнеросорбции при ОГП ускоряет нормализацию общего состояния. Восстанавливается уродинамика пораженной почки, что позволяет в более ранние сроки удалить нефростомический дренаж. При этом у большинства больных ОГ рана зажила первичным натяжением в отличие от методики, когда дренирование полости абсцесса проводилось до 22-23 суток хлорвиниловой трубкой. Процент нефрэктомии у больных ОГ составил 5%, а у больных КГ – 12% при, летальности 2%. Положительные сдвиги в самочувствии больных с распространенной формой ОГП, оперированных с использованием вальнеросорбции, могут быть объяснены уменьшением всасывания токсинов и микробных тел в кровяное русло и снижением активности воспалительного процесса в почке и околопочечной клетчатке. Статистически достоверно повысился клиренс эндогенного креатинина (в ОГ – 86,7±4,8, в КГ – 66,3±3,9 мл/мин), уменьшился уровень мочевины в сыворотке крови, соответственно 5,34 и 12 мкмоль/л. В ОГ также положительная динамика показателей иммунитета.

Заключение. В лечении распространенных гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита оперативным вмешательствам принадлежит ведущая роль, это – своевременная люмботомия с ревизией почки, нефростомией со вскрытием и дренированием абсцесса почки и паранефрита. Использование полостного раневого диализа позволяет устранить интоксикацию, предупредить развития септических осложнений и сохранить почку как функционирующий орган. Лечебный эффект вальнеросорбции обусловлен как извлечением и оседанием токсинов и гноя на сорбенте, так и активным выведением их из раневого содержимого через микропоры сорбента из раны.

Литература

- 1.Пытель Ю.и др.Неотложная урология.– М., 1988.– С. 182.
- 2.Трапезников М.Ф. и др. // Современные принципы диагностики, профилактики и лечения инфекционно воспалительных заболеваний почек, мочевыводящих путей и половых органов.– М., 2007.– С. 158.
- 3.Лопаткин Н. Рук-во по урологии.– Т.2.– М., 1998.– 210 с.
- 4.Ерецяя Е.В. и др. // Клин.хир.– 1989.– № 4.– С. 32–34.
- 5.Саркисян А.П., Дуткович И.Г. // Эфферент. тер.– 2001.– № 1.– С. 19–22.
- 6.Коцадзе М.А. и др. // Эфферент. тер.– 1995.– № 2.– С. 38.

УДК 615; 616-085

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АЭРОФИТОТЕРАПИИ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Н.П. ФИРСОВА, Г.П. КОВАЛЕВА, Г.И. МОГУШКОВА*

Одни из первых письменных сведений об использовании благовоний принадлежат государству Шумер, которое существовало на территории современного Ирака за 3000 лет до н.э. В древнейших письменных памятниках Вавилона (XI в. до н.э.), унаследовавшего знания и культуру шумеров, встречается немало сведений об использовании растений в лечебных целях, в частности солодки, дурмана, белены. Уже тогда было отмечено, что солнечный свет отрицательно действует на лечебные свойства растений, поэтому сушить их следует в тени. Двери, окна помещений, в которых вавилоняне хранили лекарственные растения, обязательно выходили на север. Это положение сохранило свое значение и до настоящего времени. Хорошо известными были египетские ботанические сады с множеством душистых растений. Многие из них использовались в лечебных целях: лаванда, кориандр, гвоздика, ромашка, майоран, лилия, жасмин. Популярным было средство от сенной лихорадки, в состав которого входили сурьма, алоэ, мирра и мед. В Древнем Египте считали, что запах розы способен восстановить сон при переутомлении и нервозности. Чеснок давали рабам, строившим пирамиды, чтобы заболевания не препятствовали этой важной работе. В средние века были широко распространены так называемые «чепучинские сидения» – пребывание в камере с парами растений для лечения простуды и ревматизма. Ветки пихты, багульника разбрасывали в помещениях, где находились дети, больные ко-

* ФГУ «Санаторий «Загорские дали» Управления делами Президента РФ

люшем. В 1928 году советским ученым Б.П. Токиным было открыто явление фитонцидов, т.е. способность многих растений выделять в атмосферу летучие органические вещества, убивающие или подавляющие рост и развитие бактерий, простейших, паразитических грибов [2].

Мультиморбидность патологии большинства больных с неизбежностью обуславливает лекарственную полипрагмазию в их лечении, что само по себе становится самостоятельной медицинской проблемой и осложняет терапию, а также течение и прогноз. В связи с этим, особо актуальным представляется поиск новых эффективных нефармакологических способов восстановления лечения и реабилитации пациентов, особенно с измененным психосоматическим статусом для санаторно-курортного лечения [1, 7]. Эфирные масла обладают фитонцидными свойствами и способны подавлять рост микроорганизмов, простейших, грибов. Они благотворно влияют практически на все системы организма человека. Результатом влияния на ЦНС является улучшение общего самочувствия, снижение утомляемости, повышение работоспособности людей. Воздействуя на сердечно-сосудистую систему, эфирные масла регулируют артериальное давление. Одновременно происходит замедление частоты сердечных сокращений и нормализация ритма, а также расширение коронарных сосудов и увеличение объемной скорости коронарного кровотока. Это с успехом используется для лечения и профилактики вегето-сосудистой дистонии, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, некоторых видов аритмий, функциональных расстройств нервной системы. Наибольшее распространение настоящее время метод аэрофитотерапии получил при лечении и профилактики заболеваний органов дыхания [4, 6]. В организм человека биологически активные компоненты ароматов могут проникать тремя путями: через дыхание, кожу и слизистые оболочки. Кожа и ее производные обладают многочисленными жизненно важными функциями, которые тесно связаны с деятельностью различных органов и систем организма. Следовательно, воздействуя на кожу биологически активными веществами растений, возможно направленно изменять деятельность жизненно важных органов и систем. При этом ароматические вещества оказывают местное и общее (нервно-рефлекторное и гуморальное) действия [3, 4]. Исследования доказали, что быструю реакцию можно получить, вводя биологически активные вещества ароматов через органы дыхания. При этом аэрофитотерапия может использоваться как самостоятельно, так и в комплексе с другими немедикаментозными и медикаментозными средствами на различных этапах заболеваний. Правильное применение ароматов способно уменьшить количество и дозу сильнодействующих лекарств, которые обладают побочным влиянием и тормозят собственные защитные силы организма [3].

Клинические наблюдения в процессе лечения, проведенные в Санкт-Петербургском институте профилактической медицины, показали, что положительный эффект после курса аэрофитотерапии наступает ~у 90% больных. Результатом влияния на ЦНС является улучшение общего самочувствия, снижение утомляемости, рост работоспособности людей. Воздействуя на сердечно-сосудистую систему, эфирные масла регулируют артериальное давление. Одновременно идет замедление частоты сердечных сокращений, нормализация ритма, расширение коронарных сосудов и рост объемной скорости коронарного кровотока [2, 5, 7].

Нами создана комплексная лечебно-оздоровительная программа, сочетающая методы аэрофитотерапии с немедикаментозными методами (рефлексотерапия, физиобальнеотерапия, галотерапия, гомеопатия, психотерапия). Данная программа восстановления психофизиологического гомеостаза успешно применяется нами в реабилитации больных с ИБС, артериальной гипертонией, вегетативно-сосудистыми нарушениями ЦНС, ХОБЛ, в отоларингологии (при лечении экссудативных синуситов, ринитов и отитов различной этиологии, хронического тонзиллита).

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 226 человек (1-я группа), которые прошли курс лечения методом «аэрофитотерапии». Из них 96 мужчин в возрасте 56,5 лет ($\pm 0,7$) и 130 женщин в возрасте 54,6 лет ($\pm 0,9$). Выполнено 2164 процедуры, или 9,6 процедур на каждого пациента. Вторую группу составили 58 пациентов, 41 женщина и 17 мужчин аналогичного возраста, которые не посещали кабинет аэрофитотерапии. Основными диагнозами в обеих группах больных были: артериальная гипертензия, ВСД, ХОБЛ и ЛОР-патология. Пациентам проводился комплекс исследований до и после лечения: ЭКГ,

общие анализы крови и мочи, ПТИ, анализ крови на сахар, функция внешнего дыхания, терапевтический осмотр и консультации врача отоларинголога. Все больные получали комплексное лечение: диетическое питание, массаж, водные процедуры, рефлексотерапию, лечебную физкультуру, психотерапию. Общая площадь аэрофитокabinета 15-20 м², при расчете 3-4 м² на одного пациента. Необходимую концентрацию эфирных масел в помещении позволяют создать специальные приборы — аэрофитогенераторы. Первая группа пациентов принимала аэрофитотерапию с помощью аппарата АГЭД-01, который предназначен для создания в атмосфере лечебного помещения дозированной концентрации паров эфирных масел, моделирующей природный воздушный фон над растениями. В арсенале санатория имеются следующие масла: фенхеля, лаванды, шалфея, мяты. Пациенты находились в специализированной комнате, дизайн которой соответствует психотерапевтическому воздействию. Курс лечения составлял 8-12 ежедневных сеансов продолжительностью 30 минут. Во время курса лечения пациенты наблюдались лечащими врачами, что позволяло корректировать назначение эфирных масел в зависимости от изменения соотношений ведущих и сопутствующих клинических синдромов. Для анализа использовались дневники самонаблюдения в течение 10 дней, где указывались наличие или отсутствие кашля, мокроты, одышки, затрудненного дыхания, приступов удушья, связи с приемом спазмолитиков, слабости, потливости, побочных явлений, а также самочувствия — улучшилось, не изменилось, ухудшилось.

Результаты. Большой объем научных исследований в различных странах мира выявил широкий спектр положительного влияния эфирных масел на организм. Ароматические масла оказывают биологическое действие на трех уровнях: молекулярном, психоэмоциональном и на уровне нервной системы. В настоящее время терапевтические эффекты находят объяснение при исследовании процессов взаимодействия летучих ароматических масел с рецепторами (обонятельными, термическими). Воздействие запаха, ароматов на лимбическую систему мозга тесно связано с эмоциями, что эффективно используется в психотерапии [2, 3, 4]. Антимикробные эффекты эфирных масел также имеют несколько механизмов. В отличие от ряда антибиотиков (пенициллин и др.) при использовании летучих ароматических веществ не отмечен эффект роста устойчивости микроорганизмов (селекция устойчивых патогенных штаммов). Аэрофитотерапия может использоваться как самостоятельно, так и в комплексе с другими традиционными (психотерапия, рефлексотерапия, физиотерапия, массаж) и медикаментозными методами лечения. Аэрофитотерапия и традиционные методы лечения взаимно усиливают друг друга. При совместном применении эфирных масел (лимон, лаванда, чайное дерево и др.) и антибиотиков бактерицидный эффект усиливается в 4-10 раз [3, 5, 6].

Бактерицидное, бактериостатическое, антисептическое и противовирусное действия обусловлены наличием в составе терпенов, фенолов, спиртов, компонентов ароматических масел, воздействующих на сосудисто-тканевые реакции. Установлено балансирующее действие эфирных масел на пищеварительную систему, а для 60% масел выявлено положительное влияние на сердечно-сосудистую, респираторную и мочевыделительную системы; 40% эфирных масел способствуют очищению организма от шлаков, имеют свойства фитогормонов, а 20% — противопаразитарное действие и противоопухолевую активность. Расход эфирных масел в 2-100 раз меньше, чем при ингаляциях [2, 5, 6].

Как показали наблюдения, в первой группе пациентов уменьшилась одышка при обычной и умеренной нагрузке, затрудненное дыхание проходило самостоятельно, уменьшилась слабость, потливость, у больных с ЛОР-патологией и ХОБЛ снизился прием спазмолитиков и количество ингаляций, легче отделялась мокрота. Перечисленные симптомы стали нивелироваться, начиная с пятого сеанса лечения. Например, при obstructивном бронхите наблюдалось наступление эффекта после 6-7 процедур с маслом шалфея; с мятой — после 6-8 процедур, а при назначении масла лаванды — после 10-12 процедур. Наибольший бронхоспазмолитический эффект отмечен у масел мяты. Проявились ментальные, психотерапевтические эффекты — наступило улучшение общего самочувствия, уменьшились психопатологические реакции (тревожно-депрессивный, ипохондрический и астено-невротический синдром), а также проявилось вегетотропное воздействие на симпатическую нервную систему (сосудорасширяющее, гипотензивное) и метаболическое (анальгетиче-

ское, улучшающее кровоснабжение миокарда) – у 217 пациентов, или в 96,0%. Во второй группе больных подобные положительные реакции имели место, однако их степень выраженности была значительно меньше, чем в первой группе. Применение аэрофитотерапии в лечении больных в санаторных условиях ведет к улучшению соматического, нейrogenного и психогенного статуса в связи с воздействием ароматических масел на все звенья патологического процесса. К сожалению, современные методы лекарственной терапии и физиотерапевтического лечения недостаточно эффективны, имеют много побочных реакций, противопоказаний и редко ведут к выздоровлению. Поэтому применение нефармакологических методов лечения и реабилитации, в т.ч. аэрофитотерапии, позволяют улучшить состояние пациентов и эффективно использовать их в санаторно-курортном лечении.

Литература

1. Зилев В.Г. Система традиционных немедикаментозных методов и средств поддержания здоровья человека. / Ж. Нелекарственная медицина. – 2003. – №1. – С. 5–10.
2. Ирисова О.А., Беспалова Ю.Б. Теория и организационные принципы профессиональной ароматерапии. / Центр Ароматерапии «Ирис». – Лечебно-оздоровительный научный центр традиционной и нетрадиционной медицины «Био-Мед», М., 2005.
3. / В кн. Аппарат аэрофитотерапевтический для групповой ингаляции дозированными концентрациями паров эфирных масел АГЭД-01, Санкт-Петербург, 2005.
4. Малявин А.Г. Респираторная медицинская реабилитация / Практическая медицина, 2006г., С.177.
5. Маринин В.Ф. и др. // Клиническая медицина. – 2001. – Т.79, № 34. – С. 54–56.
6. Николаев М.П. и др. Методы ароматерапии в лечении воспалительных заболеваний околоносовых пазух. / Центр ароматерапии «Ирис», ГКБ им. С.П.Боткина. – М., 2005.
7. Романов А.И. и др. // Кремлевская медицина: Клинический вестник. – 1999. – №3. – С. 7–9.

УДК 616.891-08

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ БАЗОВЫХ ПОНЯТИЙ СУ ДЖОК ТЕРАПИИ И ТЕОРИИ ВЕДУЩИХ ТЕНДЕНЦИЙ

В.К. ЦОЙ, А.А. МИХАЙЛОВА*

Оннури медицина (Су Джок терапия) представляет хорошо адаптированные к современному западному менталитету знания, пришедшие из глубины веков. Все более уверенно проникающая в различные области современной медицины, Су Джок терапия подкупает своим целостным видением процессов в человеческом организме, связанных воедино с природными явлениями. В широчайшем арсенале диагностических и лечебных приемов Су Джок терапии имеются подходы воздействия и на психическую сферу человека, дающие хорошие клинические результаты. Но специфичность терминологии и некоторых базовых понятий, применяемых в Су Джок терапии, создает трудности в интерпретации и переносе принципов Оннури медицины на другие области современных научных знаний и ставит ее несколько особняком от общепринятых научно-психологических направлений.

В настоящее время в психологических науках нарабатан значительный исследовательский потенциал, позволяющий выявить и выделить тончайшие оттенки психических состояний, поэтому в данной статье предпринята попытка сравнительного анализа концепций психологической науки и Оннури медицины. В частности – сравнение теории «Ведущих тенденций» созданной известным Российским психологом Л. Н. Собчик с концептуальной системой иерархии Инь-Ян, У-син и 6 Ки энергий и соотношенных с ними ментальных категорий Оннури Су Джок.

Суть психологического подхода Л.Н.Собчик состоит в том, что выделяются и систематизируются определенные способы реагирования и поведения человеческой личности, на основе которых создается типология конституционально заданных психических свойств. Эта типология, основанием которой являются

еще воззрения Гипократа, а затем Айзенка, базируется на целостном понимании личности с позиции ведущих тенденций. Они пронизывают все уровни психической активности и биологические, и более высокий уровень социальной активности человека.



Вот что говорит по этому поводу Л.Н.Собчик [3,4]: «согласно данной типологии, которая в принципе не противоречит воззрениям многих отечественных и зарубежных психологов, но более строго упорядочивает их, реакции людей на внешние и внутренние воздействия делятся таким образом на: 1) реакции, силы которой направлены вовне – наступательность, активное отстаивание своих позиций, противодействие, обвинение во всем окружающих, наиболее резкий способ реагирования – агрессия в отношении других, и 2) реакции, преимущественно направленные на себя, внутрь личности – отступление, готовность отказаться от реализации своих намерений, склонность к самообвинению, наиболее резкая форма реагирования – суицид, аутоагрессия». Выявляются следующие качества: тревожность – стеничность, (рис. 1) (агрессивность), ригидность – лабильность, сензитивность – спонтанность, экстраверсия – интроверсия. Они являются полярно противоположными парами и представлены в виде графической схемы. Основными базисными показателями в данной концепции являются шкалы стеничности – тревожности (вертикальная шкала) и показатели интроверсии – экстраверсии (горизонтальная шкала). Качества, представленные в правой половине рис. 1. могут быть рассмотрены как Инь-качества, а в левой – Янь-качества. В нижней части представлены качества силы (стеничности), в верхней – тревожности. Цифры на рис. – это баллы, которые присваиваются качествам при тестировании. Квадрат – область стабильности, нормы по все показателям.

Показатель «тревожности» при умеренной выраженности выявляет лишь осторожность в принятии решений, ответственность по отношению к окружающим, (рис. 1) социальную созвучность среде, при высоких показателях эта шкала выявляет избыточную тревожность, мнительность, боязливость, склонность к навязчивым страхам и паническим реакциям.

Показатель «стеничности» (агрессивности) в норме соответствует уверенной тенденции самоутверждения, активной самореализации, отстаивания своих интересов и лишь при высоких баллах указывает на эгоцентризм и склонность к агрессивной манере самоутверждения вопреки интересам окружающих, вплоть до явных агрессивных высказываний или действий.

Спонтанность (раскованное самоутверждение, наступательность, стремление к лидированию), сочетающая в себе экстравертированность и агрессивность, формирует сильный (гипертимный) тип поведения с наиболее четко выраженными типологическими свойствами, в то время как сензитивность (чувствительность, ориентация на авторитет более сильной личности, конформность, черты зависимости), представляющая собой сплав интровертированности и тревожности, формирует атрибутику типологически слабой (гипотимной) конституциональной структуры. Нижняя часть круга отражает те типологические свойства, которые проявляются как более выраженная ориентация не на средовое воздействие, а на собственные субъективно обусловленные установки (гомономность). Напротив, верхняя его часть представляет типологические тенденции, указывающие на подвластность индивида воздействию среды (гетерономность). Противопоставляемые друг другу типологические свойства ригидно-

* ММАим. И.М. Сеченова, Институт интегративной медицины «Оннури»