

INTERVAL HYPOXIC TRAINING IN MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

S.S. SHUKRULLAEV

Clinic "Dobromed"

The article presents the results of developing, scientific substantiation and introduction in practice of the effective methods of normobaric interval hypoxic training in rehabilitation treatment of patients with chronic prostatitis.

Key words: chronic prostatitis, treatment, hypoxic training.

УДК 616.-073.788/008.811.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЭЛЕМЕНТНОГО ОБМЕНА
ЧАСТЬ I. ДИНАМИКА КОМПЕНСАЦИИ НАРУШЕНИЙ
ЭЛЕМЕНТНОГО ОБМЕНА

Т.В.АКАЕВА*, Л.М.КУДАЕВА*, К.Н.МХИТАРЯН**

В работе показана высокая эффективность терапии аутонозодами крови как способа компенсации нарушений элементного обмена у пациентов. Проведено сравнение эффективности терапии потенцированными аутонозодами крови и биологически активными добавками элементных комплексов.

Ключевые слова: аутонозод крови, элементный обмен, вегетативный резонансный тест, биорезонансная терапия, маркер КМХ (Кудаева-Мхитаряна-Ходаревой).

Нарушения элементного обмена, – далее, *элементозы*, – представляют собой дефицит, избыток или *дисбаланс* тех или иных элементов в организме человека. Элементозы не просто сопровождают патологические состояния организма, но и способствуют хронизации патологических изменений в нем, «потенцируют» течение патологического процесса, провоцируют развитие новых заболеваний. В связи с этим, целесообразно более *раннее определение и эффективная терапия* нарушений элементного обмена в организме пациента [12]. В работах [1-2] была показана валидность метода *вегетативного резонансного теста* (ВРТ) как метода экспресс-диагностики нарушений элементного обмена. Актуальна разработка эффективных, быстрых и лишенных негативных отдаленных последствий методов немедикаментозной терапии нарушений элементного обмена пациента под контролем ВРТ [3,4,5].

С «ортодоксальной» точки зрения, возникновение элементозов обусловлено дефицитом или избытком поступления в организм того или иного элемента. С точки зрения авторов, более правильным является определение элементоза как нарушение процессов нормального (биологически эталонного) усвоения, накопления, использования в метаболизме или выведения организмом элемента или группы элементов. К подобным нарушениям, помимо обусловленных дефицитом или избытком поступления элементов в организм можно отнести:

– нарушения прохождения необходимых количеств элементов через последовательность биохимических реакций, в которых он должен участвовать, вытеснение его из этих реакций или наоборот, вовлечение в патологические реакции, в которых он в норме участвовать не должен. Например, в случаях нарушения элементного обмена в результате хронических воспалений и хронических вирусных инфекций, когда происходит истощение депо того или иного элемента в организме, или когда на каком-либо этапе метаболизма элемент не усваивается, хотя и поступает в организм в достаточном и необходимом количестве (заболевания желудочно-кишечного тракта).

– нарушения нормальных количественных пропорций прохождения рассматриваемого элемента через те органы, ткани и системы организма, которые принимают участие в его обмене – дефицит или избыток элемента в одних структурах организма, в то время как в других наблюдается диаметрально противоположная картина. Примером является остеопороз, когда на фоне отложения кальцификатов в мягких тканях, у пациентов отмечаются нарушения фосфорно-кальциевого обмена в костной системе.

Таким образом, причиной элементозов может являться не только дефицит или избыток поступления элементов в организм из окружающей среды, но и патологические процессы в организ-

ме пациента, не обусловленные этим дефицитом или избытком. С этой точки зрения, элементозы должны рассматриваться не только как индикаторы дефицита или избытка поступления в организм элементов, но и как индикаторы патологических процессов в организме, позволяющие судить об их природе, тяжести и направленности. Нарушение процессов нормального усвоения, накопления, использования в метаболизме и выведения какого-либо элемента приводит к его дефициту или избытку в биосубстратах, используемых для клинических анализов (кровь, волосы), и часто интерпретируется, как обусловленное дефицитом или избытком его поступления в организм. Это во многих случаях приводит к неадекватной терапии элементоза – вместо лечения патологического процесса, следствием и индикатором которого он является, лечение сосредотачивается на количественном введении или выведении из организма элементов, нарушение обмена которых зафиксировано в результате анализов.

Нами проведено сравнение эффективности трех различных способов терапии пациентов с элементозами:

1. Терапия информационным препаратом – аутонозодом крови пациента, нацеленного на *системный маркер КМХ* (системный маркер *Кудаева-Мхитаряна-Ходаревой*), характеризующего конституциональные особенности пациента [8].

2. Терапия информационным препаратом аутонозода крови пациента, нацеленного на *суммарный маркер нарушений элементного обмена* (СМНЭЛ) – суммы тест-указателей нарушений элементного обмена, выявленных в процессе предварительного ВРТ-обследования.

3. Коррекция *биологически активными добавками* (БАД) элементных комплексов назначаемых по совместным клиническим показаниям, с учетом как результатов ВРТ, так и результатов масс-спектрометрии.

Цель исследования – оценить эффективность терапии нарушений элементного обмена с помощью информационных препаратов – аутонозода крови, нацеленного при помощи маркеров КМХ и СМНЭЛ. Сравнить эффективность терапии нарушений элементного обмена с помощью информационных препаратов аутонозода крови пациента, нацеленного при помощи системного маркера КМХ, с эффективностью терапии, информационными препаратами аутонозода крови, изготовленного с помощью маркера СМНЭЛ. Сравнить эффективность коррекции нарушений элементного обмена с помощью БАД элементных комплексов с эффективностью терапии при помощи информационных препаратов аутонозода крови, нацеленных с помощью маркеров КМХ или СМНЭЛ.

Материалы и методы исследования. Для проведения диагностики методом ВРТ и создания информационного препарата аутонозода крови пациента использовался *аппаратно-программный комплекс* (АПК) для электропунктурной диагностики, медикаментозного тестирования, адаптивной биорезонансной терапии и электро-, магнито- и светотерапии по БАТ и БАЗ «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ», регистрационное удостоверение №ФС 022a2005/2263-05 от 16 сентября 2005 г.

Для оценки содержания химических элементов в биосубстрате (волосы) с целью подбора БАД применялась оценка элементного статуса человека по методу А.В. Скального АНО «Центр Биотической Медицины», с использованием спектрального анализа содержания химических элементов в биосубстрате (лицензия ФСНЗСР № 77-01-000094) [12].

Исследование было проведено на выборке из 108 пациентов в возрасте от 18 до 64 лет, страдающих хроническими заболеваниями различной нозологии. Всем пациентам проводилась первичная диагностика по методу ВРТ по единому алгоритму [1,2] в соответствии с утвержденной методикой [6,10]. Определение нарушений элементного обмена проводилось по 17 позициям, соответствующим тест-указателям нарушений элементного обмена. Одновременно проводился забор биологического материала (волос пациента) и последующая оценка нарушений элементного обмена методом масс-спектрометрии. Для оценки нарушения обмена химического элемента использовался следующий критерий: недостаток или избыток элемента в биосубстрате (волос), выходящий за коридор нормы.

Методом рандомизации пациенты были разделены на три группы по 36 человек:

1. Пациенты первой (основной) группы получали терапию информационным препаратом аутонозода крови, подобранным по системному маркеру (КМХ) [9].

* Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, 119992, Москва, ул.Трубецкая, д.8 стр.2.

** Центр интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС» (г. Москва)

Системный маркер КМХ предложен авторским коллективом в составе: А.Е. Кудав, К.Н. Мхитарян, Н.К. Ходарева с целью учета конституциональных особенностей пациента при создании информационных препаратов [8]. Маркер КМХ представляет собой сумму электромагнитных сигналов с концевых точек, и точек пересечения основных хироглифических линий, расположенных на ладонях пациента. Маркер изготавливается с помощью аппаратуры для биорезонансной терапии.

2. Пациенты второй группы получали терапию информационным препаратом аутонозода крови, подобранным по суммарному маркеру СМНЭЛ.

3. Пациенты третьей группы прошли курс индивидуальной коррекции в форме отдельных БАД элементных комплексов, произведенных АНО «Центр Биотической Медицины». Элементные БАД подбирались с учетом как данных ВРТ, так и результатов анализов масс-спектрометрии.

Подбор информационных препаратов по маркерам КМХ и СМНЭЛ, осуществлялся электронным *потенцированием* аутонозода крови, вплоть до выполнения ВРТ-условия:

$KMX \downarrow + pot^{\alpha} ANKp \uparrow$ (1) или
 $СМНЭЛ \downarrow + pot^{\alpha} ANKp \uparrow$ (2).

Параметр α указывает на коэффициент потенцирования, АНКР – аутонозод крови пациента, символы $\downarrow$ и $\uparrow$ использованы для обозначения, соответственно, возникновения и компенсации вегетативного резонансного отклика организма.

Терапия состояла из двух этапов, каждый длительностью 1 месяц. По окончании каждого этапа терапии проводилось контрольное обследование пациента с целью определения его общего состояния и динамики нарушений элементного обмена.

Для сравнительной оценки эффективности способов терапии по группам использовались:

- общая клиническая оценка состояния пациентов с учетом результатов лабораторных исследований;
- скрининговое ВРТ-обследование;
- оценка, с помощью ВРТ, динамики компенсации нарушений элементного обмена на фоне терапии в различных группах пациентов. Выбор метода ВРТ был обусловлен его простотой и, одновременно, валидностью при определении нарушений элементного обмена [1,2].

Для оценки эффективности терапии в группе «в среднем» для каждой из групп, на каждом этапе терапии, подсчитывалось общее количество тест-указателей, выявленных в процессе ВРТ-обследования, – нарушений элементного обмена, – до начала, а также после первого и второго этапов терапии. Подсчитывалось процентное соотношение числа нарушений элементного обмена от общего числа возможных (равного $17 \times 36 = 612$), в этой группе, на данном этапе терапии, – показатель M_1 .

Для получения более индивидуализированной (ориентированной на отдельного пациента) оценки эффективности терапии, для каждой из групп, на каждом этапе терапии, подсчитывались процентные доли пациентов, у которых наступила компенсация по всем элементам кроме одного, – показатель M_2 .

При фиксированном уровне значимости p предполагалось:

- одна из методик терапии статистически достоверно эффективнее другой, на определенном этапе терапии, в соответствии с критерием M_1 , если процент нарушений элементного обмена в группе, получавшей терапию по этой методике, статистически достоверно ниже, чем в группе, получавшей терапию по другой методике.

- одна из методик терапии статистически достоверно эффективнее другой, на определенном этапе терапии, в соответствии с критерием M_2 , если процент пациентов, у которых наступила компенсация элементного обмена по всем элементам кроме одного, в группе, получавшей терапию по этой методике, статистически достоверно выше, чем в группе получавшей терапию по другой методике.

Для статистического сравнения эффективности терапии нарушений элементного обмена в 1, 2 и 3 группах терапии, в соответствии с критериями M_1 и M_2 , на разных ее этапах, был использован критерий Φ^* Фишера [7,11], выбор которого был обусловлен его приспособленностью для оценки статистической достоверности результатов исследования, выраженных в процентах.

Результаты и их обсуждение. На фоне терапии у пациентов отмечено:

Субъективно:

- улучшение психологического состояния (1-2 группы);
- повышение активности, возможность выполнять больший объем профессиональных и бытовых обязанностей (1-3 группы);
- более адекватная, чем до начала терапии, реакция на стрессовые ситуации (1-3 группы);
- улучшение аппетита (при первичных жалобах на плохой или пониженный аппетит) (1-2, частично третья группы);
- снижение озабоченности своим здоровьем (1, частично 2 группы);
- снижение внутренней напряженности и ощущения дискомфорта (1-2 группы);
- ощущение внутреннего спокойствия (1 группа);

Объективно:

- исчезновение (отсутствие) и значительное улучшения симптоматики, выявленной при первичном посещении (1 гр.);
- значительное изменение в сторону улучшения симптоматики выявленной при первичном посещении (2, частично 3 гр.);
- отсутствие жалоб предъявляемых при первичном посещении и/или вообще каких-либо жалоб (1 гр.);
- жалобы уменьшились и/или стали другими (2 и 3 гр.);
- ВРТ-обследование пациентов показало:

в 1 группе:

- значительное улучшение результатов ВРТ-обследования. Предыдущий ВРТ-диагноз (сумма нарушений макро и микроэлементов) в большинстве случаев (23 чел.) не тестируется, компенсирован, срок достижения компенсации составляет в среднем 30-35 дней;

- улучшение показателей БИ и РА по результатам ВРТ-теста, вплоть до оптимальных (у 16 человек);

Во 2 группе:

- улучшение результатов ВРТ обследования, предыдущий ВРТ-диагноз (сумма нарушений макро и микроэлементов) частично не тестируется, компенсирован, срок достижения компенсации составляет в среднем 55-65 дней;

- улучшение показателей БИ и РА по результатам ВРТ-теста, однако эти показатели не становятся оптимальными;

В 3 группе:

- неустойчивое изменение результатов ВРТ-тестирования, часть тест-указателей перестает выявляться, однако, начинают выявляться новые тест-указатели;

- отсутствие положительной динамики БИ и РА.

В строках таблицы № 1 представлены:

- в строке КМХ – показатели группы пациентов, получавших аутонозод крови нацеленный на КМХ;
- в строке СМНЭЛ – показатели группы пациентов, получавших аутонозод крови нацеленный на сумму тест-указателей элементного обмена, выявленных в процессе ВРТ-обследования;
- в строке БАД – показатели группы пациентов, получавших БАД.

Таблица 1

Динамика количества и процентных долей от общего числа возможных нарушений элементного обмена (показатель M_1)

Количество и процентная доли элементных нарушений от наибольшего возможного их числа - 612.	первично		через 1 месяц		через 2 месяца	
	всего	в %	всего	в %	всего	в %
Группа 1 (КМХ) (n=36)	298	48,69	42	6,86	36	5,88
Группа 2 (СМНЭЛ) (n=36)	267	43,62	129	21,07	54	8,82
Группа 3 (БАД) (n=36)	234	38,23	187	30,55	148	24,18

Применив критерий Φ^* Фишера, получили следующие статистически достоверные оценки сравнительной эффективности методов терапии в трех группах по критерию M_1 :

Таблица 2

Статистически достоверные оценки сравнительной эффективности методов терапии (Критерий M_1).

	первично	через 1 месяц	через 2 месяца
Группа 1 (КМХ)	КМХ ~ СМНЭЛ. ~ БАД	КМХ > БАД* КМХ > СМНЭЛ.*	КМХ > БАД* КМХ ~ СМНЭЛ.*
Группа 2 (СМНЭЛ)	СМНЭЛ ~ КМХ ~ БАД	СМНЭЛ < КМХ* СМНЭЛ. ~ БАД	СМНЭЛ. ~ КМХ СМНЭЛ. > БАД*
Группа 3 (БАД)	БАД ~ СМНЭЛ. ~ КМХ	БАД < КМХ ** БАД ~ СМНЭЛ.	БАД < КМХ* БАД < СМНЭЛ.*

В табл. 2 на пересечении столбца, с названием срока обследования, и строки с названием одной из групп терапии, выписаны результаты статистического сравнения показателя M_1 - процента нарушений элементного обмена от общего числа возможных - в этой группе, с показателем M_1 в других группах терапии на том же сроке обследования. Используются следующие обозначения:

– «~» – сравниваемые группы статистически неразличимы (по показателю M_1);

– «<» – в группе, находящейся справа (от знака неравенства), процент нарушений элементного обмена от общего числа возможных статистически достоверно выше, чем в группе, находящейся слева;

– «>» – в группе находящейся справа (от знака неравенства), процент нарушений элементного обмена (от общего числа возможных нарушений) статистически достоверно ниже, нежели в группе, находящейся слева;

– ** – уровень значимости $p \leq 0,01$;

– * – уровень значимости $p \leq 0,05$.

Например, на пересечении столбца «через 2 месяца» и строки «Группа 1 (КМХ)» выписаны неравенства «КМХ > БД*» и «КМХ ~ СМНЭЛ*». В соответствии с принятой системой обозначений это означает:

– «Процент нарушений элементного обмена от общего числа возможных через два месяца после начала терапии, в группе 1 статистически достоверно ниже ($p \leq 0,05$), чем в группе 2»

– «Процент нарушений элементного обмена от общего числа возможных, через два месяца после начала терапии в группе 1 статистически достоверно ниже ($p \leq 0,01$) чем в группе 3».

В соответствии с критерием M_1 :

В момент начального обследования все три группы статистически неразличимы.

По истечении месяца терапии:

– терапия НАНКр, нацеленным на КМХ, статистически достоверно более эффективна, чем терапия с помощью НАНКр, нацеленным на сумму тест-указателей нарушений элементного обмена, а также терапии БАД;

– не удастся статистически достоверно различить эффективность терапии НАНКр, нацеленным на сумму тест-указателей нарушений элементного обмена, и терапии БАД.

Таблица 3

Динамика количества и процент пациентов, у которых наступила компенсация нарушений элементного обмена всех элементов кроме 1 (методика M_2)

% доля пациентов, у которых наступила компенсация всех элементов кроме одного	через 1 месяц		через 2 месяца	
	всего человек	% доля	всего человек	% доля
КМХ	30	83,33%	36	100,0%
СМНЭЛ	0	0%	18	50%
БАД	0	0%	1	2,8%

По истечении 2 месяцев терапии:

– терапия НАНКр, нацеленным на КМХ, равно как и на сумму тест-указателей нарушений элементного обмена, дает статистически достоверно большую эффективность, нежели терапия БАД (с уровнем значимости $p \leq 0,05$);

– не удастся статистически достоверно различить эффективность терапии НАНКр, нацеленным на КМХ, и НАНКр, нацеленным на сумму тест-указателей элементного обмена.

Более индивидуализированная оценка различия эффективности методов терапии в исследуемых группах была достигнута при использовании методики M_2 . Процент пациентов, у которых наступила компенсация по всем элементам кроме одного, в зависимости от группы и сроков терапии, приведены в табл. 3.

Таблица 4

Статистически достоверные оценки сравнительной эффективности методов терапии (Критерий M_2)

	первично	через 1 месяц	через 2 месяца
Группа 1 (КМХ)	КМХ ~ СМНЭЛ. ~ БАД	КМХ > БАД** КМХ > СМНЭЛ.**	КМХ > СМНЭЛ. ** КМХ > БАД**
Группа 2 (СМНЭЛ)	СМНЭЛ. ~ КМХ ~ БАД	СМНЭЛ. < КМХ** СМНЭЛ. ~ БАД**	СМНЭЛ. < КМХ** СМНЭЛ. > БАД**
Группа 3 (БАД)	БАД ~ СМНЭЛ. ~ КМХ	БАД < КМХ** БАД ~ СМНЭЛ.**	БАД < КМХ** БАД < СМНЭЛ. **

Применив критерий ϕ^* Фишера, получили следующие ста-

тистически достоверные оценки сравнительной эффективности методов терапии по критерию M_2 .

В табл. 4 на пересечении столбца, с названием срока обследования, и строки с названием одной из групп терапии, выписаны результаты статистического сравнения показателя M_2 - процента пациентов, у которых наступила компенсация по всем элементам кроме одного – в этой группе, с показателем M_2 в других группах терапии на том же сроке обследования. Остальные обозначения соответствуют табл. 2.

Например, на пересечении столбца «через 2 месяца» и строки «Группа 1 (КМХ)» выписаны неравенства «КМХ > СМНЭЛ **» и «КМХ > БАД**». В соответствии с принятой системой обозначений это означает:

– «Процент пациентов, у которых наступила компенсация по всем элементам кроме одного, через два месяца после начала терапии, в группе 1 статистически достоверно выше ($p \leq 0,05$), чем в группе 2»;

– «Процент пациентов, у которых наступила компенсация по всем элементам кроме одного, через два месяца после начала терапии, в группе 1 статистически достоверно выше ($p \leq 0,01$) чем в группе 2».

Таким образом, в соответствии с критерием M_2 :

В момент начального обследования группы статистически неразличимы.

По истечении месяца терапии:

– терапия НАНКр, нацеленным на КМХ, статистически достоверно более эффективна, нежели терапия с помощью НАНКр, нацеленного на сумму тест-указателей нарушений элементного обмена, и терапии БАД;

– не удастся статистически достоверно различить эффективность терапии НАНКр, нацеленным на сумму тест-указателей нарушений элементного обмена, и терапии БАД.

По истечении двух месяцев терапии:

– использование НАНКр, нацеленного по КМХ, дает достоверно больший процент успеха терапии, нежели терапия БАД;

– терапия НАНКр, нацеленным на сумму тест-указателей нарушений элементного обмена дает достоверно больший процент успеха терапии, нежели терапия БАД;

– использование НАНКр, нацеленного по КМХ, дает достоверно больший процент успеха терапии, нежели терапия НАНКр, нацеленным на сумму тест-указателей нарушений элементного обмена.

Совокупность данных исследования позволяет сделать вывод, что подавляющее большинство элементозов *вторично* и обусловлено не дефицитом или избытком поступления элементов в организм пациента, а нарушением процессов нормального усвоения, накопления, использования в метаболизме и выведения некоторых из них. Эффективность коррекции нарушений элементного обмена БАД элементных комплексов в регионе исследования проблематична, поскольку не прерывает *патологического* процесса, следствиями которого эти нарушения являются.

Напротив, терапия организма информационными препаратами аутонозода крови, приводит к прерыванию патологических процессов, имеющих элементозы следствием, и, в конечном счете, - к полной или значительной компенсации элементного обмена. Более высокая эффективность терапии наблюдается при подборе информационного препарата по маркеру КМХ, что можно рассматривать как подтверждение того, что *системные*, захватывающие организм в целом, патологические процессы являются определяющими для возникновения вторичных элементозов.

С целью терапии элементозов, целесообразно вначале проводить курс терапии пациента информационными препаратами аутонозода крови, подобранного по маркеру КМХ, а уже затем оценивать необходимость дальнейшей терапии с использованием БАД элементных комплексов или иных «материальных» источников необходимых элементов.

Выводы:

1. Терапия аутонозодами крови, под контролем ВРТ является эффективным методом компенсации нарушений элементного обмена.

2. Использование информационного препарата аутонозода крови, нацеленного по маркеру КМХ, дает достоверно больший ($p \leq 0,01$) эффект терапии, по сравнению с использованием маркера СМНЭЛ.

3. Использование БАД элементных комплексов, разрабо-

танных для терапии нарушений элементного обмена, дает достоверно меньший ($p \leq 0,01$) терапевтический эффект на первичном этапе терапии, чем использование аутонозода крови, подобранного как с помощью маркера КМХ, так и с помощью маркера СМНЭЛ.

Литература

1. Акаева, Т.В. Оценка достоверности выявления нарушений минерального обмена с помощью вегетативного резонансного теста / Т.В. Акаева, М.Ю. Готовский, К.Н. Мхитарян // Традиционная медицина. – 2007. – №4. – С. 41–45.
2. Акаева, Т.В. Валидизация метода «Вегетативный резонансный тест» при определении элементного обмена у пациентов с хронической патологией / Т.В. Акаева, Л.М. Кудяева, И.А. Миненко, К.Н. Мхитарян // Вестник Восстановительной Медицины. – 2010. – №2. – С. 35–36.
3. Акаева, Т.В. Аутонозод крови в терапии нарушений минерального обмена / Т.В. Акаева, М.Ю. Готовский, К.Н. Мхитарян // Тезисы и доклады 14-ой международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии», Часть 2, М.: «ИМЕДИС», 2008. С. 33–42.
4. Акаева, Т.В. Сравнительные результаты терапии аутонозодом крови в зависимости от выбора его электронной потенции / Т.В. Акаева, М.Ю. Готовский, К.Н. Мхитарян // Материалы международного форума «Интегративная медицина 2008». Часть 1. М., 2008. – С. 225–228.
5. Акаева, Т.В. Компенсация нарушений элементного обмена аутонозодом крови пациента. Всероссийский Форум «Развитие санаторно-курортной помощи, восстановительного лечения и медицинской реабилитации». Тезисы / Т.В. Акаева, Л.М. Кудяева, И.А. Миненко, К.Н. Мхитарян. – М., 2010. – С. 319–321.
6. Готовский, Ю.В. Электропунктурная диагностика и терапия с применением вегетативного резонансного теста «ИМЕДИС-ТЕСТ»: Методические рекомендации (дополнение) / Ю.В. Готовский, Л.Б. Косарева, Л.Б. Махонькина, Л.А. Фролова. – М.: ИМЕДИС, 1998. – 60 с.
7. Гублер, Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е.В. Гублер. Л.: Медицина, 1978. – 296 с.
8. Кудяев, А.Е. КМХ-маркер, как маркер конституционального согласования (предварительное сообщение). / А.Е. Кудяев, К.Н. Мхитарян, Н.К. Ходарева // Тезисы и доклады 12-ой международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии», Часть 2, М.: «ИМЕДИС», 2006. – С. 92–99.
9. Кудяев, А.Е. Методики нацеливания (ориентации) нозода крови и хроносемантических препаратов / А.Е. Кудяев, К.Н. Мхитарян, Н.К. Ходарева // Тезисы и доклады 11-ой международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии», Часть 1, М.: «ИМЕДИС», 2005. – С. 300–310.
10. Методические рекомендации №99/96. Вегетативный резонансный тест. – М.: Научно-практический центр традиционной медицины и гомеопатии, 2000. – 15 с.
11. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб.: ООО «Речь», 2000. – 350 с.
12. Скальный, А.В. Химические элементы в физиологии и экологии человека / А.В. Скальный. – М.: Издательский дом «ОНИКС-21 век»: Мир, 2004. – 216 с.

CORRECTION OF ELEMENT EXCHANGE DISORDER
PART I. CORRECTION OF ELEMENT EXCHANGE DISORDER

T.V. AKAEVA, L.M. KUDAEVA, K.N. MKHITARYAN

1st Moscow Medical University after I.M. Sechenov,
Chair of Non-Drug Methods of Treatment and Clinical Physiology
"IMEDIS" Centre of Intellectual Medical Systems

The article highlights the high effectiveness of blood treating with autonozone therapy being a method of element exchange disorder compensation. A comparison of the effectiveness of potentiate autonozone therapy blood and biologically active additives (BAA) element complexes.

Keywords: autonozone blood, cell metabolism, vegetative resonance test, bio-resonance therapy, a marker of KMKh (Kudayev

Mkhitarian-Khodareva).

УДК 618.3-06:616.8-009.24

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ, ТЕРАПИИ И РОДОРАЗРЕШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

О.В. СИЗОВА*

В статье приведены сведения о классификации преэклампсии. Рассмотрены этиопатогенетические звенья, критерии оценки и принципы терапии преэклампсии. Проведен анализ данных одного из родильных домов г.Твери течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного у 104 беременных с преэклампсией легкой, средней и тяжелой степени тяжести.

Ключевые слова: преэклампсия, беременность, факторы риска, лечение.

Преэклампсия – осложнение беременности, обусловленное несоответствием возможности адаптационных систем организма матери адекватно обеспечить потребности развивающегося плода. Это сложный нейрогуморальный процесс проявляющийся различными расстройствами функций центральной и вегетативной нервной, сердечно - сосудистой и эндокринной систем, а также нарушением ряда обменных процессов, иммунного ответа и других функций организма беременной [9]. Преэклампсия требует своевременной диагностики, правильного лечения и своевременного родоразрешения. Наиболее характерными осложнениями преэклампсии, кроме прогрессирования в эклампсию, являются фетоплацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия и атрофия плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, отслойка сетчатки, кровоизлияние в мозг, острая почечная недостаточность.

В России, несмотря на наблюдающееся в последнее десятилетие снижение абсолютного числа родов, частота преэклампсий из года в год увеличивается и достигает 16-21%. До настоящего времени преэклампсия остается одной из самых тяжелых осложнений беременности. По данным отечественных авторов, преэклампсия занимает 3 место в структуре летальности беременных, на его долю приходится 15-25% случаев материнской смертности. Преждевременные роды при преэклампсии имеют место в 20-30% случаев, перинатальная заболеваемость составляет 560‰, а перинатальная смертность в 3-4 раза превышает популяционную, достигая 12% [2].

Ранняя диагностика и адекватное своевременное этиопатогенетическое лечение являются залогом благоприятного материнского и перинатального исхода.

Развитие преэклампсии связано с влиянием многих факторов, сложных и не до конца изученных. Несмотря на многочисленные исследования, во всем мире до сих пор нет единого мнения о причинах возникновения преэклампсии. Несомненно, что заболевание связано с беременностью, так как прекращение последней почти всегда способствует выздоровлению [6].

Факторы риска развития преэклампсии:

Риск развития преэклампсии имеет место практически у каждой беременной. Однако наиболее вероятный риск преэклампсии при следующих заболеваниях и состояниях.

1. Сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертензия и гипотония).
2. Заболевания почек, печени, желудочно-кишечного тракта.
3. Эндокринопатии: ожирении, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы.
4. Многоплодная беременность.
5. Беременность у юных-до 18 лет и первородящих позднего возраста – 35 лет и старше.
6. Наследственная отягощенность (гестоз у матери).
7. Аутоиммунные заболевания (антифосфолипидный синдром, системная красная волчанка).
8. Хронические инфекции.
9. Социальное неблагополучие (бедность, нерегистрированный брак, плохие условия существования) [10].

В последние годы появились сообщения, что факторы риска имеют корреляционные связи с некоторыми звеньями патогенеза преэклампсии и сами инициируют патологический процесс значительно раньше появления клинических признаков заболевания [1].

* ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, 170100, г. Тверь, ул. Советская, 4. Тел.: (920) 155-27-67, e-mail: Sizov.d-80@mail.ru