

подострой и хронической фазах инфекции эффективна *Silicea D2* [1]. В отличие от большинства КГП препарат имеет противопоказания – повышенная чувствительность к хрому, гипертиреоз. Дозировка и способ применения: При острых заболеваниях принимать по 1-2 таблетки каждый час (не более 12 раз в день) до наступления улучшения.

Для последующего лечения принимать по 1-2 таблетки 3 раза в день до полного выздоровления. Детям до 12 лет принимать при острых заболеваниях по 1 таблетке каждые 2 часа (не более 8 раз в день) до наступления улучшения. Для последующего лечения принимать по 1 таблетке 3 раза в день до полного выздоровления. Таблетки принимать за полчаса до еды или после еды, медленно их рассасывая. При хроническом тонзиллите надо проводить ряд курсов лечения в год, по 6-8 недель.

Циннабсин / CINNABIN® выпускается в таблетках по 60 штук в упаковке. 1 таблетка содержит: *Cinnabaris D3 25,0 мг*, *Kalium bijodatum D3 25,0 мг*, *Barium chloratum D3 25,0 мг*, *Hydrastis D3 25,0 мг*, *Echinacea angustifolia D1 25,0 мг*. Показания: Острые и хронические синуситы (гайморит, фронтит, этмоидит, сфеноидит).

Профилактика бактериальных осложнений ОРВИ. Кроме описанных выше веществ в состав препарата входит: *Cinnabaris*, *Kalium bijodatum*, *Barium chloratum* и *Hydrastis* мощные противовоспалительные средства, обладающие к тому же местными иммуностимулирующими свойствами в отношении слизистой полости носа и верхних дыхательных путей. *Echinacea angustifolia* обладает выраженным общим иммуностимулирующим и тонизирующим действием.

В отличие от большинства КГП препарат имеет противопоказания – нельзя принимать при повышенной чувствительности к хрому. Дозировка и способ применения: при острых заболеваниях принимать по 1 таблетке каждый час (но ≤12 раз в день) до улучшения. Затем принимать по 1-2 таблетки 3 раза в день до полного выздоровления. Детям до 12 лет принимать при острых заболеваниях по 1 таблетке каждые 2 часа (не более 8 раз в день) до наступления улучшения. Для последующего лечения принимать по 1 таблетке 3 раза в день до полного выздоровления. Таблетки принимать за полчаса до еды или через полчаса после, медленно их рассасывая. При хроническом воспалении придаточных пазух носа рекомендуется проведение более длительного лечения препаратом ЦИННАБИН.

Другие КГП используемые для профилактики и лечения ОРВИ: Агри и Агри детский (Материя Медика); Вибуркол (Heel); Грипп-хель (Heel); Лимфомнозот (Heel); Эуфорбиум композитум (Heel); Доктор Тайс – капли от гриппа (Naturwaren); Послегриппин (Материя Медика); ЭДАС 103, 131, 150 (ЭДАС); Коризалия (Буарон); Стодал (Буарон) [11].

КГП представляют эффективную и экономически выгодную замену или дополнение к академической терапии. Разработка доступных схем использования гомеопатических монопрепаратов при ОРВИ является темой нашей дальнейшей работы.

Литература

1. Блохин Б. М. и др. Эффективность и переносимость гомеопатического препарата «Тонзилотрен» при острой катаральной ангине у детей.
2. Ванье Л. Гомеопатические средства при острых состояниях. – М.: Атлас, 1993.
3. Ванье Л. Курс клинической гомеопатии. – Смоленск: Гомеопатическая медицина, 1998.
4. Ганеман С. Органон врачебного искусства / Пер. с англ. – М.: Атлас, 1992. – 208 с.
5. Гомотоксикология и материя медика / Под ред. Биологи Хайльмилер Хель Гмбх. – 1995.
6. Зилов В. Г. и др. Элементы информационной биологии и медицины. – М.: МГУЛ, 2000.
7. Карцев А., Лунин В. // Моск. мед. ж. – №1. – 1998. – С. 30.
8. Келер Г. Гомеопатия / Пер. с нем. – М.: Медицина, 1989. – 592 с.
9. Лунин В. Л. и др. // Мат-лы клин. конф. молодых ученых ФППО ММА им. И. М. Сеченова. – 1999. – С. 32.
10. Приказ №335 Министерства здравоохранения и мед. промышленности РФ от 29.11.95. «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении».
11. РЛС. Энциклопедия лекарств / Под. ред. Ю. Ф. Крылова. – М.: РЛС, 2001.
12. Тайлер М., Вейр Дж. / В кн. Кент Дж. Т. Реперторий гомеопатических лекарств. – Новосибирск: Трина, 1995. – С. 611.

13. Bellavite P., Signorini A. Homeopathy: A Frontier in Medical Science. Berkeley, NAB. – 1995.

14. Primary care medicine // Noble J Editor-in-Chief, Mosby, 2000.

HOMEOPATHY IN PREVENTING AND CURING ACUTE RESPIRATORY INFECTIOUS DISEASES

A.V.VACHMISTROV, V.L.LUNIN

Summary

The article gives a review of modern data on epidemiology of acute respiratory infectious diseases and discusses homeopathic methods applied in their prevention and curing.

Key words: homeopathy, acute respiratory infectious diseases.

УДК 618.19: 613.644-052 (045)

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЛИЦ ВИБРООПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

А.Н. КОМАРОВА*

Цель исследования – снижение заболеваемости молочной железы у проводниц пассажирских вагонов – представительниц виброопасных профессий.

С целью изучения особенностей патологии молочной железы была обследована 501 проводница пассажирских вагонов дальнего следования и 136 работниц обслуживающей сферы. Средний возраст пациенток составил 36,06±9,2 лет. Длительность работы во вредных условиях труда – 12,06±6,9. Изучение состояния молочных желез проводниц пассажирских вагонов проводилось при их обращении в женскую консультацию и по данным профилактических осмотров с применением ультразвукового исследования, маммографии и гормональных тестов. Наблюдения охватывают двухлетний период. Анализ материала вели дифференцировано в зависимости от стажа работы женщин на изучаемом предприятии.

Результаты. Профессиональная группа проводниц пассажирских вагонов имеет некоторые существенные особенности. Трудовая деятельность обычно начинается в возрасте 20–22 года. На работу принимают здоровых молодых девушек без обменных нарушений и тяжелой хронической патологии. Труд проводниц сопутствуют вредные и опасные производственные факторы, большинство из которых превышают ПДУ (предельно-допустимые уровни) и ПДК (предельно-допустимые концентрации). Основными из них являются вибрация, шум, нестабильный микроклимат, а также нарушение режима сна и бодрствования [9]. По данным ряда авторов все вышеуказанные факторы оказывают неблагоприятное действие как на состояние нейроэндокринной системы [5] в целом, так и на состояние молочных желез и гениталий [3, 4, 6]. Характер и степень нарушений зависят от стажа работы в неблагоприятных условиях. При этом сочетание вредных факторов усиливает их действие на организм [1, 7, 8]. Стрессовый фактор, который отмечен у 54,8% обследованных, способствует развитию дисгормональных заболеваний. При воздействии всех этих факторов отмечается нарушение гормонального баланса и развитие патологии молочной железы [2, 5, 6].

Настоящим исследованием установлено, что частота патологии молочной железы у работниц вагонного депо превышает таковую в группе сравнения. Из 501 обследованных женщин различная патология половой сферы выявлена у 328, что составило 65,5%. В группе контроля из 136 обследованных, только у 30,9% (42 женщины). Рассматривая распространенность фиброзно-кистозной болезни (ФКБ) в зависимости от возраста, отметим достаточно высокую заболеваемость во всех возрастных группах. У проводниц пассажирских вагонов заболеваемость носит волнообразный характер с пиком в возрасте 31–35 лет.

Анализируя полученные данные, следует отметить высокую зависимость патологии молочной железы от стажа работы во вредных условиях труда. Заболеваемость ФКБ имеет волнообраз-

* НУЗ «Отделенческая клиническая больница ст. Барнаул», ул. Молодежная 20, т. (3852) 29-24-69, 8-905-986-75-69

ный характер с пиком при стаже 16–20 лет. Данное распространение патологии вызвано длительным воздействием вредных факторов. При этом при стаже до 5 лет заболеваемость составляет 44,9%, что выше чем в группе контроля в 2,5 раза. У работников подвижного состава со стажем 5–10 лет патология молочной железы отмечена у 71,2% лиц, что в 2,8 раза выше группы сравнения. В дальнейшем при увеличении стажа заболеваемость остается на прежнем уровне. И только у проводниц, работающих в профессии 16–20 лет, отмечен значительный рост ФКБ, составивший 82,7%, что выше, чем в группе контроля в 1,7 раза. При дальнейшем увеличении стажа (более 20 лет) наблюдается резкое снижение патологии молочной железы у работниц до 52,6%, что сопоставимо с группой сравнения. Данное уменьшение заболеваемости связано с присоединением в старшем возрасте инволютивных изменений, что улучшает картину течения мастопатии.

Рассматривая структуру патологии молочной железы, отметим преобладание кистозных форм, гиперплазии железистой ткани. Эти изменения молочной железы связаны с воздействием вредных факторов: шум и вибрация, под влиянием которых развиваются выраженные гормональные изменения. Неблагоприятное действие этих факторов на эндокринную систему подтверждается большим количеством галакторей. Выделения из молочной железы молочно-жирового характера выявлены у 30,7% обследованных женщин. При исследовании гормонального статуса выявлен более высокий, чем в популяции уровень пролактина, равный $686,2 \pm 336$, против группы контроля $459,4 \pm 150,7$. Высокий уровень пролактина у проводниц связан с воздействием неблагоприятных факторов: длительные поездки (до 7–10 дней), нарушение режима сна и бодрствования, вибрацией.

Выводы. Большое значение для развития патологии молочной железы имеет воздействие ряда вредных факторов, основными из которых является вибрация, шум, нарушение режима сна и бодрствования. Частота фиброзно-кистозной мастопатии у проводниц пассажирских вагонов превышает ее распространенность в группе сравнения, отмечается ее рост с увеличением стажа работы. В структуре заболеваемости преобладают кистозные формы патологии молочной железы. Отмечено большое количество галакторей на фоне высоких показателей пролактина.

Литература

1. Атьков О. // Железнодорожная медицина. – 2004. – № 6–7. – С. 15.
2. Вербовой А. Ф. и др. // Гигиена труда и санитар. – 2004. – № 3. – С. 39–40.
3. Волкова З. и др. // Гигиена и санитар. – 1999. – № 6. – С. 27.
4. Дуйбековская Л. С. и др. // Медицина труда и промышленная экология. – 2004. – № 12. – С. 23–27.
5. Забродин Н. А. // Гигиена труда и промышленная экология. – 2006. – № 1. – С. 20–22.
6. Иловайская И. А. и др. // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 4. – С. 29–33.
7. Панкова В. и др. // Гигиена и санитар. – 2006. – № 3. – С. 28.
8. Потеряева Е. Л. и др. // Медицина труда и промышленная экология. – 2001. – № 9. – С. 10–12.
9. Цфасман А. З. // Железнодорожная медицина. – 2004. – № 6–7. – С. 22–26.

УДК 616.89-008.454: 612.127.2-07

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРООКСИДАНТНОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

С. П. АВРАМЕНКО, И. А. ГРИБАЧЕВА, А. П. ДЕРГИЛЕВ, Е. В. МАРТЪЯНОВА, А. С. МАЛИКОВ, В. Д. НАРОЖНОВ, Ю. В. НАЧАРОВ, И. Н. НОВИКОВА, О. М. СМЕРНОВА, Д. А. ШАШУКОВ, В. В. ФОНИН*

Актуальным является вопрос изучения доинсультной патологии головного мозга, ранних и начальных форм цереброваскулярных заболеваний, когда патологические процессы еще обратимы, а патогенетически обоснованные профилактические меро-

приятия помогают сохранить активную жизнедеятельность и возможность отдалить риск мозгового инсульта [10, 12].

Когнитивные нарушения при сосудистой мозговой недостаточности развиваются в результате повторных инсультов, хронической ишемии мозга или их сочетания. Отражением хронической ишемии головного мозга являются изменения белого вещества (т.н. лейкоареоз), который также отмечается в глубинных отделах мозга [8, 16]. Базальные ганглии важны для когнитивной деятельности интегративных образований, через которые связываются между собой ассоциативные зоны передних и задних отделов коры головного мозга [4]. Поражение белого вещества вызывает когнитивную дисфункцию, т.к. ведет к деафферентации лобных долей головного мозга (т.н. феномен «разобщения»). Результатом поражения глубинных отделов белого и серого вещества является вторичная дисфункция передних отделов головного мозга. Дисфункция лобных долей головного мозга играет ключевую роль в формировании когнитивных расстройств при патологии сосудов небольшого калибра [3].

Накопилась масса научных данных, говорящих о том, что одним из важнейших звеньев патогенеза артериальной гипертензии (АГ) является воспалительная реакция [9]. Со всей очевидностью можно говорить о том, что, наряду с ключевыми клетками воспалительного процесса, важную роль в регуляции гемостаза в сосудистом микрорайоне, пролиферации, адгезии, миграции эффекторных клеток и в регуляции сосудистого тонуса играет эндотелий [13]. Поэтому исследование функционального состояния эндотелия сосудов имеет большое значение для понимания патогенеза сосудистых когнитивных расстройств (СКР) при АГ, разработки индивидуальных лечебно-профилактических программ и прогностических критериев.

Интерес вызывают причины развития эндотелиальной дисфункции и АГ с точки зрения оксидативного стресса как ведущего механизма в формировании этой частой патологии сердечно-сосудистой системы. Ведущую роль в развитии оксидативного стресса отводится полиморфно-ядерным лейкоцитам (ПМЛ) [5]. Процессы, активно текущие в сосудистой стенке и в эндотелии, сказываются на состоянии лейкоцитарного звена, которое во многом определяет функцию эндотелиоцитов. Молекулярные механизмы действия аминокислоты (АМК) липопероксидов и липопротеинов низкой плотности на тонус сосудов изучены мало, но исследования патогенеза гипертензивного синдрома заставляют менять взгляд на патогенез АГ [9]. У больных с АГ при кризовом течении болезни обнаружено достоверное снижение ферментов, утилизирующих O_2 и липопероксиды – супероксиддисмутазу и GSH-пероксидазу. Окисленные липопротеины низкой плотности, накапливающиеся при АГ, снижают синтез оксида азота и уменьшают эндотелий-зависимую вазодилатацию [2, 6]. Окислительно-метаболическую функцию ПМЛ оценена по способности генерировать АМК, которую измеряли методом хемолуминисценции. Определение функциональности нейтрофилов выявило их взаимосвязь с эндотелиальной дисфункцией при АГ.

Таблица 1

Проксидантная активность сыворотки крови у больных АГ с СКР

Степень тяжести АГ	I max	IS
Доноры	$0,19 \pm 0,01$	$0,87 \pm 0,03$
I	$0,05 \pm 0,01^*$	$1,63 \pm 0,11^*$
II	$0,07 \pm 0,01^*$	$1,24 \pm 0,85^{**}$
III	$0,04 \pm 0,01^{***}$	$1,02 \pm 0,67^{***}$

Примечание. Здесь и далее: * - обозначены величины, достоверно отличающиеся от контроля, ** - обозначены величины, достоверно отличающиеся от значений в группе I, *** - обозначены величины, достоверно отличающиеся от значений в группе II

Предметом изучения являлась группа больных с СКР при артериальной гипертензии из 116 человек, которые были обследованы по единому диагностическому алгоритму. Все больные АГ были разделены на три группы по степени тяжести (I степень тяжести – больные с АД от 139/80 до 150/90 мм рт.ст., II степень тяжести – с АД от 155/90 до 179/100 мм рт.ст., III степень тяжести – с АД от 180/100 до 195/110 мм рт.ст.). В контрольную группу вошли 28 доноров. Было показано, что исходное состояние окислительно-метаболической активности нейтрофилов периферической крови, оцененной по I max у больных АГ с СКР значительно отличается в зависимости от степени тяжести течения

* Новосибирский UVE, Новосибирск, Красный проспект, 52