

способствует нивелированию эндотоксикоза, функциональной недостаточности почек, уменьшению процессов дегенерации соединительной ткани, иммунного и гормонального дисбалансов, восстановлению процессов регенерации клеточных мембран. Подтверждает целесообразность проведения лечебных и реабилитационных мероприятий с включением эндогенной биорезонансной терапии не только с целью коррекции, но и как превентивной меры для предотвращения серьезных резидуальных проявлений и осложнений ГЛПС.

Литература

1. Сиротин Б.З. и др. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (последствия, их диагностика и классификация, диспансеризация переболевших). – Хабаровск, 2002. – 128 с.
2. Сиротин Б.З. // VI съезд науч. об-ва нефрологов России: Сб. тез. – М., 2005. – С. 152–153.
3. ГЛПС: Актуальные проблемы эпидемиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики / Под. ред. Р.Ш. Магазова. – Уфа, 2006. – 240 с.
4. Мурзабаева Р.Т., Малиновская В.В. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. – № 4. – С. 34–38.
5. Фазлыева Р.М. и др. // VI съезд науч. об-ва нефрологов России: Сб. тез. – М., 2005. – С. 154.
6. Блинков И.Л. // Теоретические и клинические аспекты биорезонансной и мультирезонансной терапии : материалы VI Межд. конф. – М., 2000. – Ч. I. – С. 103–109.
7. Исламов Б. и др. // Труд. медицина. – 2006. – № 1. – С. 11.
8. Готовский Ю.В., Перов Ю.Ф. Особенности биологического действия физических и химических факторов малых и сверхмалых интенсивностей и доз. – М., 2003. – 388 с.
9. Готовский М.Ю., Перов Ю.Ф. // Традиц. медицина. – 2006. – № 1. – С. 8–11.
10. Мейзеров Е.Е. и др. Биорезонансная терапия: метод. рекомендации. – М., 2000. – 27 с.

PHYSICAL CORRECTION METHOD IN COMPLEX THERAPY HEMORRAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME

L.V. TCHERNETSOVA

Summary

The endogenic bioresonance therapy affects to pathogenetic mechanisms in acute periode of hemorrhagic fever with renal syndrome, contributes to level endotoxycosis of functional renal insufficiency, to decreasing the degradation process of connective tissue, immunologic and hormonal dysbalance, to rehabilitation of regenerative process of cell's membranes.

Key words: endogenic bioresonance, hemorrhagic fever

УДК: 616.5-085

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АКНЕ С УЧЕТОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗВЕНЬЕВ. СООБЩЕНИЕ 1.

А.А. ВАСИЛЕНКО*, Л.В. СИЛИНА*, С.М. ЯЦУН**

Акне – хроническое полиморфное заболевание волосных фолликулов и сальных желез. Это широко распространенный дерматоз (около 80% лиц от 12 до 25 лет), встречающийся в популяции абсолютно во всех странах, основной в ряду заболеваний, вызывающих стойкий психический и физический дискомфорт из-за частых рецидивов болезни и выраженных косметических дефектов [1, 3, 5]. Многочисленные исследования показывают сложный мультифакторный характер патогенеза акне [5, 6].

Выбор тактики лечения определяется патогенетическими факторами, клинической формой заболевания, тяжестью и продолжительностью течения, наличием сопутствующей эндокринной и соматической патологии, состоянием психоэмоциональной

сферы. Для лечения акне применяется системная и наружная терапия. Системная терапия применяется для лечения больных со среднетяжелой или тяжелой формами акне, в случае образования рубцов, при выраженной депрессии, при отсутствии эффекта от наружной терапии. Наружные препараты применяются в виде монотерапии при легкой и средней степени тяжести, при средних и тяжелых формах акне в качестве дополнительной к системной терапии [2, 4]. В лечении акне используют физиотерапевтические методы лечения: дарсонвализация области поражения – для тонизирования сальных желез; ультрафиолетовое облучение – для десенсибилизации и общеукрепляющего действия; местное ультрафиолетовое облучение; электрофоретические процедуры с цинком – при наличии пустулезных обильных высыпаний, электрофорез с кодеином – для осуществления ауто-лимфоперфузии, гальванизация с кодеином – при наличии плотных узлов; диатермотерапия – при наличии рубцовых изменений кожи, диатермофорез с ронидазой или йодом для рассасывания имеющихся инфильтратов; криотерапия; диатермокоагуляция.

Существование многих способов медикаментозного и физиотерапевтического воздействия не всегда позволяет достичь желаемого результата, в связи с чем разработка новых эффективных способов лечения акне крайне актуальна.

Клинические исследования. Под нашим наблюдением находились 93 больных акне, находящихся на амбулаторном лечении в поликлинике Курского областного кожного-венерологического диспансера в косметическом кабинете. Все обследуемые были мужчинами в возрасте от 25 до 45 лет. В качестве контроля была взята группа здоровых лиц (доноры, студенты) того же возраста в количестве 30 человек. Распределение больных по возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных акне по возрасту

Возраст	25-30	31-35	36-40	41-45
Кол-во больных	25	32	25	11
Итого:			93	

Данные о длительности заболевания см. в табл. 2.

Таблица 2

Длительность заболевания акне больных исследуемой группы

Длительность заболевания	До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	>15 лет	Всего
Возраст					
25 - 30	4	10	11	-	25
31-35	1	9	13	9	32
36-40	-	8	12	5	25
41-45	-	-	4	7	11
Всего:	5	27	40	21	93

Таблица 3

Результаты обследования больных акне и здоровых

Показатель	Группа обследуемых	Здоровые М ± n	Больные М ± n	Сдвиг %
ТА э		11,83±0,13	10,33±0,73	-13
ТА и		9,45±0,11	12,41±0,17	+31
ТА н		14,66±0,15	22,50±0,29	+53
ТТ		18,03±0,16	33,64±0,20	+86
ШРТ		34,12±0,17	52,71±0,22	+55
Лей-энкефалины-1 (ЛЭ)		52,19±1,40 пг/мл	56,80±2,11	+9
Лей-энкефалины-2		-	55,06±0,57	
Бета-эндорфины-1(БЭ)		32,60±2,8 пг/мл	33,12±3,10	+3
Бета-эндорфины-2		-	34,61±2,12	
ПУЭК-1(усл. ед.)		63,3±2,6	43,7±2,1	-32
ПУЭК-2		-	58,2±2,3	
СД мм. рт. ст.		120,20±1,30	122,60±1,13	+2
ДД мм. рт. ст.		79,41±1,21	81,30±1,50	+2
ЧП уд/мин		75,60±0,12	71,15±0,13	-6
Лейкоциты (10 ⁹)/л		5,3±0,9	6,73±0,58	+26
Эозинофилы (в поле зрения) (Э ₀₃)		0,91±0,08	2,17±0,24	+144
СОЭ (мм/час)		12,07±0,61	20,0±0,74	+66

Наибольшее количество обследованных пациентов имели давность заболевания от 10 до 15 лет. Характеризуя дерматологический статус, следует отметить, что обследуемые нами больные имели среднюю степень тяжести заболевания – II степень

* ГОУ ВПО Курский госмедуниверситет, 305041 Курск, ул. К.Маркса, 3, E-mail: ksmu46-inter@rambler.ru; 8 910 211 20 90, (84712) 56 19 20

** ГОУ ВПО Курский госуниверситет, 305000 Курск, ул. Радищева, 33, E-mail: jatsun@kursknet.ru; 8 910 314 82 38

тяжести акне (10-25 комедонов на одной половине лица), 10-20 папулопустул (воспалительные элементы, клинические проявления папул гистологически являющиеся пустулами). Согласно оценочной таблицы степени тяжести различных типов акне Американской Академии Дерматологии группа исследуемых относилась также к группе средней тяжести течения болезни. В качестве средств для традиционной терапии и как составляющие комбинированной терапии использовались: косметические чистки; диета; третиноин (айрол, локацид); антибиотики (далацин-Т, зинерит); бензол пероксид (окси, бензакне); азелаиновая кислота (скинорен); антигистаминные средства (фенкарол, тавегил, диазолин, кетотифен); иммуностимулирующие препараты (левамизол, метилурацил); витамины (группы В, аскорбиновая кислота, А, Е, фолиевая и никотиновые кислоты); аутогемотерапия; ультрафиолетовое облучение; седативные средства (новопассит, персен, валериана); психомоторные средства (нозепам, тизерцин).

Для контроля состояния различных сфер деятельности и систем здоровых людей и больных акне исследовались гормональная сфера, вегетативная сфера, система крови, состояние кожи – показатель упруго-эластичных свойств кожи и психическая сфера. Многостороннее исследование предполагало определение концентрации опиоидных пептидов лей-энкефалинов и бета-энкефалинов в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Контроль состояния психологической сферы осуществлялся: по методике Айзенка (экстра-, интраверсия, нейротизм); по опроснику Тейлора – шкала личностной тревожности с использованием теста Спилберга-шкала реактивной тревожности.

У больных измерялось систолическое и диастолическое давление, частота пульса и состояние крови по показателям количества лейкоцитов, эозинофилы (в поле зрения), СОЭ (мм/час). Результаты обследования см. в табл. 3

Таблица 4

Используемые методы лечения и группы наружных средств у группы больных, принимавших общепринятые методы терапии

Методы лечения	Клинико-морфологические формы	
	Комедоновые	Папуло-пустулезные
Косметические чистки	+	+
Диета	+	+
Медикаментозное лечение:		
- третиноин (айрол, локацид)	+	+
- антибиотики (далацин – Т, зинерит)	-	+
- бензоил пероксид (ОКСИ, бензакне)	-	+
- азелаиновая кислота (скинорен)	+	+
Психотерапия	+	+
Физиотерапия	-	+

Объективно выявленные психологические дисфункции проявлялись различными патологическими состояниями. В частности, у некоторых больных имело место проявление депрессивных состояний: подавленное настроение, пессимизм. Часть больных страдала неврозом навязчивых состояний: постоянная тревога, волнение. Отдельные пациенты испытывали приступы агрессивности и раздражительности. Неврастения (синдром раздражительной слабости) проявилась быстрой утомляемостью, апатией, снижением интереса ко всем происходящим событиям. Таким образом, при исследовании психологического статуса больных акне выявлено повышение эмоциональной нестабильности – увеличение значения показателей невротизма, ситуативной и личностной тревожности. Это говорит о явном негативном влиянии заболевания на психоэмоциональную сферу больного.

При анализе табл. 3 обращает на себя внимание наличие выраженных сдвигов в психоэмоциональной сфере и системе крови за счет наличия у больных симптомов очередного обострения болезни. Терапию по общепринятым методикам принимали 40 человек, находящихся на амбулаторном лечении. В таблице 4 приведен перечень препаратов и способов традиционных методов лечения, примененных к больным с различными клинико-морфологическими формами.

Из табл. 4 видно, что использование препаратов и методов терапии происходило согласно этиопатогенетическим принципам. Помимо наружных средств, применялись антигистаминные средства (фенкарол, тавегил, диазолин, кетотифен), иммуностимулирующие препараты (левамизол, метилурацил). Использовались витамины (группы В, аскорбиновая кислота, А, Е, фолиевая и никотиновая кислоты) Некоторым пациентам проводилась аутогемотерапия, группа больных получала ультрафиолетовое облу-

чение. Выявленные при исследовании психологического статуса изменения послужили основами для включения в комплекс общепринятых лечебных мероприятий седативных (новопассита, персена, валерианы) и психомоторных средств (нозепам, тизерцин), оказывающих влияние на гипоталамус и лимбическую систему. Лечение, как правило, приводило к уменьшению невротических явлений, имеющихся у всех больных, устраняло наличие косметических дефектов, уменьшения или исчезновения сыпи, устраняло зуд кожи, чувство жжения.

Выводы. Состояние функций разного биологического качества у больных акне (психо-эмоциональной сферы, вегетативной, эндокринной сфер, системы крови, состояние упруго-эластических показателей дермы) характеризуется увеличением показателей интроверсии, нейротизма, личностной и ситуационной тревожности, снижением показателей упруго-диссипативных свойств дермы, увеличением показателей СОЭ, лейкоцитов. Лечение способствует быстрой нормализации показателей психо-эмоциональной сферы: уменьшению уровней ситуационной и личностной тревожности и смягчению устойчивых показателей личности.

Литература

1. Скрипкин Ю. и др. // Вестн дермат.– 1994.– № 2.– С. 3.
2. Фержетек О. Косметика и дерматология.– М: Медицина, 1990.
3. Шахмеев И.Я. и др. // Вестн дермат.– 1999.– № 1.– С. 19–22.
4. Bojar R.A. et al. // J Antimicrob Chemother.– 1994.– Vol. 34.– P.321–330.
5. Jansen J.J. et al. // Dermatol Ther.– 1998.– № 6.– P.7–17.
6. Plewig G. et al. Acne and Rosacea. 3rd edition Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag 2000.

УДК: 616.12-008. 331.1: 616.155.191-021.3: 577.27

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ

М.А. СТЕПЧЕНКО*

Истинная полицитемия (ИП) является системным заболеванием крови, однако, по характеру и частоте осложнений – это, также, сердечно-сосудистая патология [1]. В связи с интенсификацией патогенетической терапии больных ИП и существенным увеличением продолжительности их жизни, артериальная гипертензия (АГ) и ИБС во многом определяют прогноз данной категории больных, поэтому изучение механизмов развития сердечно-сосудистой патологии при ИП приобретает большое практическое значение. Клинические симптомы ИП условно можно разделить на обусловленные увеличением массы циркулирующих эритроцитов (МЦЭ), то есть плеторой; и вызванные пролиферацией гранулоцитов и тромбоцитов – так называемые миелопролиферативные симптомы. Увеличение МЦЭ и показателя гематокрита приводит к повышению вязкости крови, замедлению тока крови, стазам крови на уровне микроциркуляции, повышению периферического сопротивления [2, 3]. Формирование протромботических условий при АГ обусловлено изменением реологических свойств крови и адгезивных свойств эндотелия [4, 5].

В настоящее время широко обсуждается вопрос о роли эндотелиальной дисфункции (ЭД) в патогенезе сердечно-сосудистой патологии. Доказано, что увеличение вазоконстрикторных простагландин и свободных радикалов вызывает уменьшение активности NO. Однако еще остается множество вопросов о роли оксида азота, механизмах его влияния на формирование и течение артериальной гипертензии [6, 7]. Последствия ЭД при АГ существенны не только с точки зрения повышения сосудистого тонуса. Эндотелию принадлежит важная роль как в поддержании и нарастании АГ, так и развитии поражения органов-мишеней, являющегося важным этапом развития единого сердечно-сосудистого континуума [8]. Эндотелий является одно-

* ГОУ ВПО «Курский ГМУ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». Кафедра внутренних болезней №1