

стройства у больных ХАТ с гипотиреозом могут усугублять синдром вегетативной дисфункции, в первую очередь его субъективные проявления.

Комплексное неврологическое, нейропсихологическое, нейроэлектрофизиологическое и нейровизуализационное обследование позволяет свое-

временно диагностировать церебральные и вегетативные нарушения у больных хроническим аутоиммунным тиреоидитом и оценивать эффективность проводимой заместительной гормональной терапии.

CEREBRAL AND VEGETATIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC AUTOIMMUNE THYROIDITIS

V.V. Shprakh, E.V. Nefedova

(Irkutsk State Postgraduate Medical Training Institute, Irkutsk Regional Endocrinologic Dispensary)

The paper presents the results of the investigation of the central and autonomic nervous system in 116 women aged 18 to 56 years with chronic autoimmune thyroiditis. The examination included studies of the brain (electroencephalography, magnetic resonance imaging), autonomic nervous system, and neuropsychological functions. Based on clinical, laboratory, MRI and EEG findings encephalopathy was detected in most (89,6%) patients as the presenting syndrome of chronic autoimmune thyroiditis. Replacement hormone therapy with thyroxine was found to have a noticeable effect on cognitive function, psycho-emotional status and brain electrogenesis. It also normalized autonomic dysfunction in patients with chronic autoimmune thyroiditis.

Литература

1. Аверьянов Ю.Н. Неврологические проявления гипотиреоза // Неврол. журнал. - 1996. - №1. - С.25-29.
2. Алгоритмы диагностики и лечения болезней эндокринной системы / Под ред. И.И. Дедова. - М. 1995.-256 с.
3. Балаболкин М.И. Эндокринология. - М.: Универсум паблишинг. 1998. - 582 с.
4. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / Под ред. А. М. Вейна: - М.: Медицинское информационное агентство. 1998.
5. Калашникова Л.А., Кадыков А.С., Кашина Е.М. и др. Нарушение высших мозговых функций при инфарктах мозжечка // Неврол. журн. - 2000. - №1. - С.15-21.
6. Кандрор В.И. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы и апоптоз // Пробл. эндокринол. - 2002. - Т.48. №1. - С.45-48.
7. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. - М.: Изд-во МГУ. 1973.-374 с.
8. Стандартизированный набор диагностических нейропсихологических методик / Под ред. Л.И. Васермана. - Л., 1987.
9. Хомская Е.Д. Нейропсихология. - М.: Изд-во МГУ, 1987.-288 с.
10. Canton A., de Fabregas O., Tintore M. et al. Encephalopathy associated to autoimmune thyroid disease: a more appropriate term for an underestimated condition? // J. Neurol. Sci. - 2000. - Vol. 176, N. 1. - P.65-69.
11. Houk J. On the role of the cerebellum and basal ganglia in cognitive signal processing // Progr. Brain Res. - 1997.-Vol.114. - P.543-552.
12. Leiner H.C., Leiner A.L., Dow R.S. The human cerebro-cerebellar system: its computing, cognitive and language skills// Behav. Brain Res. - 1991. - Vol.44. - P.113-128.
13. Ohsako S., Elkon K B. Apoptosis in the effector phase of autoimmune diabetes, multiple sclerosis and thyroiditis // Cell. Death. Differ. - 1999. - Vol.6. N.1.- P.13-21.
14. Rolland F., Chevrollier J.P. Depression, anticorps antithyroidiens et encephalopathie de Hashimoto // Encephale. -2001. - Vol.27. N.2. - P.137-142.
15. Selim M., Drachman D.A. Ataxia associated with Hashimoto's disease: progressive non-familial adult onset cerebellar degeneration with autoimmune thyroiditis // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. - 2001. - Vol.71. N.1.-P.81-87.

О КОЛЕСНИКОВА И.В., КАСПАРОВ Э.В., АНАНЬИН Н.Н., КЛЕМЕНКОВ С.В., ЛЕВИЦКИЙ Е.Ф., ЕЛЬЧИНИНОВ Н.В., ГАЛЛИНГЕР В.Е. -
УДК 615.83.814:616.12.839.035:61 1.814

СОЧЕТАННАЯ ПУНКТУРНАЯ ЦВЕТОМАГНИТОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ ПО СИМПАТИКОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

И.В. Колесникова, Э.В. Каспаров, Н.Н. Ананьин, С.В. Клеменков, Е.Ф. Левицкий, Н.В. Ельчининов, В.Е. Галлигер.

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор - акад. РАЕН, АН ВШ, проф. В.И. Прохоренков; Томский НИИ курортологии и физиотерапии МЗ РФ, директор - акад. РАЕН, проф. Е.Ф. Левицкий)

Резюме. Цель исследования - разработка методики сочетанного физиопунктурного лечения больных с симпатикотоническим типом синдрома вегетативной дистонии на основе оптимиза-

ции сочетанного применения электромагнитных волн светового диапазона и постоянного магнитного поля. Использовались традиционные (изучение вегетативного тонуса, реактивности, обеспечения деятельности, реография, энцефалография, тонометрия и т.д.), и нетрадиционные (тест Акабана, пульсовая диагностика) методы исследования. Положительные результаты лечения заключались в достоверном регрессе клинических симптомов заболевания у большинства пролеченных больных и восстановлении нарушенного энергоинформационного гомеостаза. Были сделаны выводы о том, что электромагнитные волны светового диапазона являются факторами патогенетического лечения больных с симпатикотоническим типом синдрома вегетативной дистонии.

Мы живем в обществе, которое придает большое значение количеству, пренебрегая зачастую качеством. Считается, что чем больше выпито лекарств, тем выше будет эффект от лечения. К сожалению, это далеко и не всегда так. В информационном подходе к терапии, в частности, терапии посредством физиопунктурного воздействия, на первом месте стоит именно качество. Энергия используемых для пунктурного лечения физических факторов ничтожно мала по сравнению с энергией, высвобождаемой организмом в результате такого воздействия. Это обусловлено тем, что информационный компонент физического фактора выступает в качестве сигнала и вызывает лишь конформационные изменения рецепторной молекулы [1,2,3]. Позже в процесс включаются энергопотребляющие реакции, которые приводят к существенным изменениям функционально-динамического состояния организма [4,6].

Целью исследования являлась разработка методики сочетанного физиопунктурного лечения больных с симпатикотоническим типом синдрома вегетативной дистонии на основе оптимизации сочетанного применения электромагнитных волн светового диапазона и постоянного магнитного поля.

Изучение динамики клинических проявлений синдрома вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу было проведено у 143 больных в возрасте от 19 до 24 лет. Из них было 56 (39,2%) мужчин и 87 (60,8%) женщин. Длительность заболевания в среднем составляла от 6 месяцев до 7 лет.

Основными жалобами больных были: ощущение тревоги в 55,9% (80 больных) случаев, раздражительность - в 61,5% (88), повышенная умственная и физическая утомляемость - в 79,7% (114), головные боли - в 64,3% (92), симптомы повышенной метеочувствительности - в 64,3% (92). Нарушение сна отмечалось в 31,5% (45), неприятные ощущения в сердце - в 17,5% (25) и у всех - высокие цифры артериального давления с преобладанием систолического давления.

Исследование функционально-динамического состояния канально-меридиональной системы тела у больных с синдромом вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу показало, что максимальная термоасимметрия определялась в меридианах сердца С (V) - в 34,9% случаев, перикарда МС (IX) - в 32,9% и тройного обогревателя ТР (X) - в 30,8%.

Документированное обследование больных проводилось по заданному протоколу, в начале и

в конце исследования, а также до - и после каждой процедуры физиопунктурного лечения. При выяснении жалоб уточнялся характер субъективных ощущений, их взаимосвязь с различными внешними воздействиями. Для диагностики функционально-динамического состояния канально-меридиональной системы тела применялся тест Акабана, основанный на определении тепловой чувствительности в репрезентативных точках акупунктуры с помощью аппарата "Акабана-тест". Основное внимание уделялось расхождению в значениях с наиболее низкой тепловой чувствительностью симметричных точек. За норму принималось расхождение значений справа и слева в два раза и менее. Меридианы с расхождением теплочувствительности более чем в два раза подвергались физиопунктурному воздействию [5].

Статистический анализ полученных в ходе исследования результатов проводился на персональном компьютере по программам, разработанным в пакете Excel, версии 5.0, с использованием библиотеки статистических функций. Достоверность различия в значениях параметров определялась по критерию Стьюдента.

Методика сочетанного физиопунктурного лечения исследуемых больных с симпатикотоническим типом синдрома вегетативной дистонии заключалась в воздействии на седативные точки одной из пар находящихся в состоянии энергетического избытка (по данным клиники, теста Акабана и пульсовой диагностики) меридианов: сердца С (V), перикарда МС (IX) и тройного обогревателя ТР (X), одновременно лучом синего цвета с длиной волны 0,47 мкм и северным полюсом постоянного магнита с величиной магнитной индукции 60 мТл в течение 3 минут симметрично, с обеих сторон, в силу парности меридианов. Курс лечения составляли 10 процедур, проводимых 1 раз в день, ежедневно, в амбулаторных условиях.

В группу сравнения вошли 20 больных, сопоставимых по полу, возрасту и клиническим проявлениям заболевания со 123 больными основной группы. Курс плацебо-терапии в сравнительной группе проводился имитаторами источников цветного луча и постоянного магнитного поля по методике, описанной выше.

Проведенный курс сочетанной пунктурной цветомагнитотерапии у больных с синдромом вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу способствовал компенсации в послерабочем периоде обратимых нарушений физиологического и биохимического гомеостаза, а также активации эндогенной антистрессорной системы и резерв-

Таблица 1.

Динамика клинических симптомов у больных с синдромом вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу под влиянием курсового цветомагнитопунктурного лечения, в % (n - 123)

Клинические симптомы	Доля регресса клинических симптомов, в %			
	До лечения		После	
	%	абс.	%	абс.
Тревожность	55,3	68	88,2	60
Раздражительность	60,9	75	85,3	64
Утомляемость	79,7	98	87,8	86
Головные боли	64,2	79	84,8	67
Метеолабильность	64,2	79	84,8	67
Нарушение сна	30,9	38	84,2	32
Неприятные ощущения в сердце	17,9	22	72,7	16
Повышение артериального давления	100	123	87	107

ных возможностей организма. На это указывал достоверный регресс таких симптомов, как тревожность - в 88,2% (60 больных), раздражительность - в 85,3% (64), умственная и физическая утомляемость - в 87,8% (86), (табл.1). Головные боли полностью прекратились, а в ряде случаев существенно уменьшились у 67, что составило 84,8% случаев.

Это произошло благодаря нормализации, на фоне проводимой физиопунктурной терапии, тонуса церебральных сосудов и устранения гемодинамических расстройств, приводящих к локальному повышению концентрации аллогенных веществ и снижению активности антиноцицептивной системы. Цветомагнитопунктурная нормализация нервно-психических, соматических и вегетативных функций способствовала устранению симптомов повышенной чувствительности к геомагнитным бурям в 84,8% случаев (67 больных). Инсомнические расстройства регрессировали в 84,2% (у 32 из 38) случаев, имеющих их до лечения, за счет нормализации интегративной деятельности головного мозга во сне. Неприятные ощущения в сердце были устранены в 72,7% случаев, нормализация систоло-диастолического артериального давления произошла в 87% (табл.1).

Этого удалось достичь благодаря способности электромагнитных волн светового диапазона и постоянного магнитного поля устранять избыточную симпатикотонию, нормализовать взаимоотношения коры головного мозга и подкорковых структур, устранять избыточное тоническое напряжение сосудистых стенок и улучшать реологические свойства крови.

Регресс клинических симптомов вегетодисфункции у больных сочетался с устранением избыточной функциональной активности меридианов сердца С (V), перикарда МС (IX) и тройного обогревателя ТР (X). У 108 из 123 больных произошла достоверная нормализация показателей теста Акабана в конце проведенного курса сочетанной цветомагнитопунктурной терапии, что составило 87,8% случаев.

Полученные в ходе проведенного исследования данные свидетельствовали, что сочетанная цветомагнитопунктурная седация находящихся в гиперактивном состоянии канально-меридиональных систем тела у больных с симпатикотоническим типом синдрома вегетативной дистонии достоверно способствует нормализации энергоинформационного гомеостаза в организме и регрессу клинических симптомов вегетодисфункции.

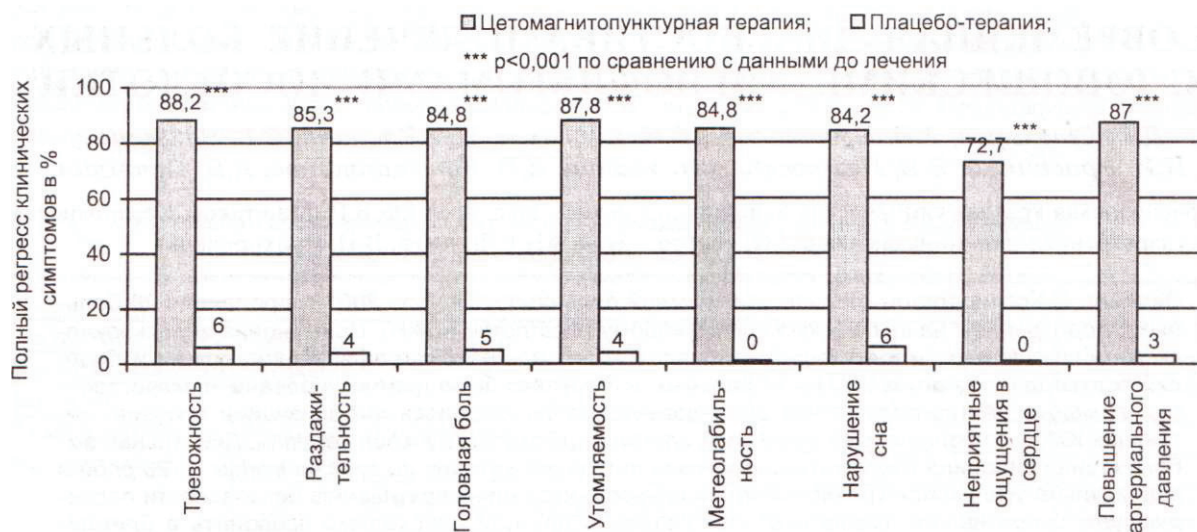


Рис. 1. Сравнительный анализ динамики клинических проявлений у больных с симпатикотоническим типом синдрома вегетативной дистонии в результате курсовой цветомагнитопунктурной терапии и плацебо-терапии, в %

Плацебо-эффект цветомангнитопунктурной терапии был исключен отсутствием достоверной динамики клинического течения заболевания у больных контрольной группы, получивших курс плацебо-терапии. Наметившийся в первые дни лечения регресс клинических симптомов заболевания не получил дальнейшего развития и в конце курса плацебо-терапии частота и структура жалоб у больных оставалась на прежнем уровне (рис.1).

Таким образом, электромагнитные волны светового диапазона и постоянные магнитные поля являются не только адекватными, но и высокоэффективными факторами, позволяющими прово-

дить патогенетическое лечение больных с симпатикотоническим типом синдрома вегетативной дистонии. Энергоинформационное лечение посредством цветомангнитопунктурного воздействия нормализует функционально-динамическое состояние канально-меридиональной системы тела и способствует регрессу клинических симптомов вегетодисфункции. Оптимальная продолжительность цветомангнитопунктурной седации составляет 3 минуты; частота процедур - 1 раз в день. Курс лечения - 10 процедур, проводимых ежедневно.

COMBINED PUNCTURE COULOR MAGNETOTHERAPY IN PATIENTS WITH SYNDROME OF TONIC SYMPATHETIC TYPE VEGETATIVE DISTONIA

I.V. Kolesnikova, E.V. Kasparov, N.N. Ananyin, S.V. Klemenkov, E.F. Levitskiy, N.V. El'chinov, V.E. Gallinger

(Krasnoyarsk State Medical Academy,

Tomsk Balneology and Physiotherapy Scientific Research Institute of Health Ministry of Russia)

The investigation was aimed at working out methods of physio-puncture therapy of vegetative dystonia hypertension syndrome patients on the base of the optimization of the combined use of light range electromagnetic waves and constant magnetic field. There were used both traditional (study of vegetative tone, reactivity, activity providing, rheography, encephalography, tonometry etc.) and special (Acabane test, pulse diagnosis) investigation methods. The positive results showed reliable regress of clinical signs in the most of treated patients and recovery of disturbed energo-informative homeostasis. The study revealed that light range electromagnetic waves were the factors of pathogenic therapy in vegeto-vascular dystony hypertension syndrome patients.

Литература

1. Готовский Ю.В. и др. Место и роль биорезонансной терапии в иерархии полевых и материальных структур организма // Тезисы докладов V Международной конференции "Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии" - М., 1999. - 4.2. - С.190-200.
2. Левицкий Е.Ф. Лаптев Б.И., Сидоренко Г.Н. Электромагнитные поля в курортологии и физиотерапии. - Томск: изд-во Томского ун-та. 2000. - 128 с.
3. Ложилов В.И. Информационно-волновая медицина и биология. - М.: Аллегро-Пресс, 1998. - 256 с.
4. Пономаренко Г.Н. Электромагнитотерапия и светолечение. - СПб.: Мир и семья, 1995. - 250 с.
5. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура. - М.: АСТ-Пресс. 1994. - 541 с.
6. Серов Н.В. Лечение цветом. - Л., 1993. - С.37-56.

© СТОЛЯРОВ Д.П., ПРОТОПОПОВ А.В., БУРЕНКОВ Г.И., КОЧКИНА Т.А., ВАХРУШЕВ С.Г., КРАСИЦКИЙ И.И., ПЕТРОСЯН В.В., УСАНИН А.Н., КОНСТАНТИНОВ Е.П., ПУТИЛИН А.В. - УДК 616.327.2-006-07-08.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЮНОШЕСКИМИ АНГИОФИБРОМАМИ НОСОГЛОТКИ

Д.П. Столяров, А.В. Протопопов, Г.И. Буренков, Т.А. Кочкина, С.Г. Вахрушев, И.И. Красицкий, В.В. Петросян, А.Н. Усанин, Е.П. Константинов, А.В. Путилин.

(Красноярская краевая клиническая больница, гл. врач - засл. врач РФ Б.П. Маштаков, Красноярская государственная медицинская академия, ректор - акад. АН ВШ, проф. В.И. Прохоренков)

Резюме. В Красноярской краевой клинической больнице с 1992 по 2001 г. пролечено 20 больных с подозрением на юношескую ангиофиброду носоглотки (ЮАН). Применение эндоскопического обследования, магнитно-резонансной, компьютерной томографии, ангиографии и биопсии подтвердило диагноз ЮАН у 17 больных, в 3 случаях была диагностирована злокачественная лимфома. Ангиографическое обследование сопровождалось эмболизацией сосудов, питающих ЮАН, с последующей резекцией опухоли или курсом лучевой терапии. Дистальная эмболизация приводила к адекватной окклюзии питающей артерии на срок не менее 13-28 дней и значительно уменьшала кровоснабжение опухоли, что вело к повышению безопасности последующего оперативного вмешательства. Удаление опухоли необходимо проводить в ближайшие дни после эмболизации, при увеличении сроков возможно формирование анастомозов и частичная реваскуляризация новообразования.