

зованием имеющихся в регионе природных лечебных факторов [10].

Таким образом, несмотря на то, что санаторно-курортное лечение пациентов с АтД основывается на преимущественном использовании природных бальнеологических и климатических факторов, в комплексную терапию следует включать те или иные аппаратные физиотерапевтические методы: электросонотерапию, транскраниальную электроаналгезию, воздействия различными физическими факторами на рефлекторно-сегментарные зоны и др. Комбинированное (сочетанное) использование искусственных и природных физических факторов значительно повышает эффективность профилактического лечения, увеличивает период ремиссии и улучшает качество жизни больных atopическим дерматитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. М., 1999, 390 с.
2. Владимиров В.В. Фототерапия болезней кожи. М., Waldmann, 1998, 36с.
3. Довжанский С.И., Оржешковский В.В. Физиотерапия кожных заболеваний. Изд-во сарат. ун-та. 1986, 200 с.
4. Ерохина В.В. Использование магнитного поля и йодобромных ванн в комплексной терапии больных с atopическим дерматитом. Вестн. дерматологии. 1996; 2: с. 38-39.
5. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Таганов А.В. и др. Atopический дерматит у детей. Руководство для врачей. М., 2003, с. 21-26, с.193-213.
6. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Таганов А.В. Современная наружная терапия дерматозов. М., 2001, с. 314-392.

7. Кочергин Н.Г. Atopический дерматит: основные аспекты патогенеза и терапии. Рус. мед. журн. 2004; Т. 12; № 18: с.1076-1081.
8. Марзеева Г.И., Кирсанова М.М. Заболевания кожи. Справочник по физиотерапии. М., Медицина; 1992, 445 с.
9. Пашков В.К. Особенности течения atopического дерматита у детей на разных этапах реабилитации. : Автореф. дисс. докт. мед. наук. – Томск, 2000: 32 с.
10. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения: Справочник. СПб., 2002, 493 с.
11. Потекаев Н.С., Севидова Л.Ю., Кочергин Н.Г. и др. Atopический дерматит, основные аспекты патогенеза, клиники и немедикаментозной терапии: Метод. рек. М., 1995, 14 с.
12. Сергеев Ю.В., Иванов О.Л., Потекаев Н.С. и др., Atopический дерматит: новые подходы к профилактике и наружной терапии. М., 2003, с. 42-43.
13. Скрипкин Ю.К., Федоров С.Н., Адо В.А. Atopический дерматит – особенности лечения на современном этапе. Вестник дерматол. и венерол. 1995; 2: с. 17-19.
14. Сосин И.Н., Буявых А.Г. Физиотерапия кожных и венерических болезней. Симферополь., 2001, 333 с.
15. Улащик В.С., Луковский И.В. Общая физиотерапия: Учебник. Минск, 2003, с.75-393.
16. Хаитов Р.М., Кубанова А.А. и др. Atopический дерматит: рекомендации для практических врачей. М., 2002, с. 112-125.
17. Ellis C., Luger T. International Consensus Conference on Atopical Dermatitis IY : Clinical update and current treatment strategies. Br. J. Dermatol. 2003; 148: p. 3-10.
18. Kim T., Kripke M., Ullrich S. Immunosuppression by factors released from UV-irradiated epidermal cells: selective effects on the generation of contact and delayed hypersensitivity after exposure to UVA and UVB radiation. J Invest. Dermatol. 1990; v.94: p. 26-32.
19. Kristal L., Clark R. A. Atopical dermatitis. Allergy. Ed A. Kaplan 2nd ed., London; 1997: p. 593-602.
20. Mar A, Marks R. Prevention of atopical dermatitis. In: Williams HC, ed. Atopical dermatitis. Cambridge: Cambridge University Press. 2000: p. 205-218.

ХРОНОФИЗИОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ

ЛЕВИЦКИЙ Е.Ф., *НИИ курортологии и физиотерапии РосЗдрава, Сибирский Государственный медицинский университет, г. Томск, Россия*
ПОДДУБНАЯ О.А., *НИИ курортологии и физиотерапии РосЗдрава*

Ключевые слова: описторхоз, хронофизиотерапия

ВВЕДЕНИЕ

Сегодня в клинической практике одной из актуальных задач является разработка новых подходов и технологий, позволяющих повысить эффективность лечебных мероприятий на различных этапах реабилитации. Хронобиологический подход является одним из доступных приемов, который может использоваться в этих целях.

Для желчевыводящей системы (ЖВС), как и для любой другой, характерны собственные биологические ритмы, нарушающиеся при ее поражении, с развитием десинхроноза [1-5], который клинически проявляется различными функциональными отклонениями в этой системе. Лечение функциональных нарушений в ЖВС при хроническом описторхозе остается одной из актуальных задач в гастроэнтерологии. Проведение дегельминтизации, с последующим назначением симптоматической терапии (медикаментозной, фито- и физиобальнеотерапии) не всегда эффективно, что и требует разработки методов, способствующих повышению эффективности проводимого лечения.

Известно, что использование параметров биологического ритма ЖВС позволяет использовать хро-

нобиологический подход в лечении, в том числе больных хроническим описторхозом, и ожидать более высокого конечного результата. Биоритмологические исследования требуют использования специальных программ и большого числа исследуемых, что затрудняет их применение в практическом здравоохранении. С неменьшим успехом можно использовать показатели той или иной функции для построения хронограмм активности интересующей системы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На начальном этапе исследований нами было проведено изучение динамики функциональной активности ЖВС. Для этого изучалась проводимость репрезентативной точки ЖВС (VB(X1) 43b справа и слева) в дневные часы (9.00, 12.00, 15.00, 18.00, 21.00), по данным электропунктурной диагностики по методу Фолля (ЭПДФ), в течение трех последовательных дней, с построением хронограмм. По результатам этих исследований было выявлено, что наибольший разброс значений изучаемого показателя отмечался в 12 и 15 часов, что расценивалось как проявление десинхроноза, а максимальные значения (акрофаза) приходились на 12.00. Эти результаты позволяют использовать их для выявления времени наибольшего благоприятствования при на-

значении лечебного воздействия, избавляя практических врачей от трудоемких и сложных биоритмологических исследований. Наибольшей чувствительностью к внешнему воздействию (в том числе лечебному) обладают фазы, отражающие неустойчивое равновесие в системе регуляции временной организацией физиологической функции – восходящая и нисходящая [5]. По результатам идентично проведенного обследования группы лиц (18 человек), не страдающих описторхозом (относительно здоровых), было выявлено, что достоверных отличий в хронограммах здоровых лиц по дням наблюдения не отмечалось, а максимальное значение изучаемого показателя приходилось также на 12.00. При этом средние значения показателя электропроводности репрезентативной точки ЖВС у здоровых лиц не превышали физиологической нормы, диапазон которой находится в пределах 51-66 ус. ед., в отличие от больных хроническим описторхозом, где у отдельных пациентов он превышал 75 ус. ед. Вероятно, это свидетельствует о напряжении адаптационных возможностей ЖВС или о так называемом предпатологическом состоянии в этой системе (уровень функциональных нарушений) у больных хроническим описторхозом.

Обследовано и пролечено 73 больных с хроническим описторхозом. В клинической картине у большинства обследованных пациентов преобладали жалобы, свидетельствующие о дисфункции ЖВС (тошнота, изжога, горечь во рту, тяжесть и чувство тяжести в области правого подреберья, запоры). Все пациенты получали комплексное лечение, включающее утреннюю гигиеническую гимнастику, общие хвойные ванны, прием внутрь желчегонного фитосбора, с последующей поперечной гальванизацией на область эпигастрия и ФРИ (фоновое резонансное излучение)-терапию, с целью дегельминтизации. Для ФРИ-терапии использовался фоновый резонансный излучатель, с записанным на него спектром электромагнитного излучения половозрелой мариты описторха, который размещали на теле пациента (фиксируют с помощью медицинского пластыря) в проекции печени, сроком на 7 дней. Продолжительность курса лечения составляла 12-15 дней. Для повышения эффективности проводимых лечебных мероприятий использовался групповой хронобиологический подход, с учетом результатов, полученных при построении дневных хронограмм активности ЖВС и результатов предварительно проведенных хронобиологических исследований [3].

В зависимости от времени назначения поперечной гальванизации на область эпигастрия, проводимой сразу после приема внутрь желчегонного фитосбора, с целью улучшения функции желчевыделения, все обследованные пациенты были разделены на три группы: 1 группа (25 чел.) – в восходящую фазу цикла, 2 группа (25 чел.) – в нисходящую фазу. При этом, как было сказано выше, оптимальным временем (временем наибольшего благоприятствования) для назначения лечебного воздействия является время, на которое приходятся фазы, отражающие неустойчивое равновесие в системе регуляции временной организацией физиологической функции ЖВС – восходящая (с 9.30 до 10.30) или нисходящая (с 13.00 до 14.00).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Во всех группах на фоне проводимого лечения отмечалось достоверное улучшение показателей функциональной активности ЖВС и значительное улучшение общего самочувствия больных. Сразу после курса лечения значительно возрастал процент пациентов во всех группах пролеченных больных (от 65,2% в 3 группе до 92,0% в 1 группе), у которых отсутствовали клинические жалобы. Через 6 и 12 месяцев удовлетворительное состояние и отсутствие жалоб зафиксировано у 69,1-84,3% и у 37,6-54,7% обследованных соответственно (табл.1). При этом в группах, где использовался хронобиологический подход, после лечения и в сроки, превышающие 6-12 месяцев, процент пациентов, не предъявляющих жалобы, был выше, чем в 3 группе, где пациенты получали электрофорез без учета фаз циклической активности ЖВС.

Во всех группах пролеченных пациентов улучшались объемные характеристики желчного пузыря, но более значимыми результаты были у пациентов с гипомоторным типом нарушений в ЖВС. Так, сразу после проведенного лечения объем пузырной порции желчи у больных 1 группы, получавших внутрь желчегонный фитосбор с последующим проведением поперечной гальванизации в восходящую фазу ритма активности ЖВС, уменьшился с $78,5 \pm 4,13$ мл до $65,3 \pm 3,57$ мл и снижался до $53,9 \pm 4,82$ мл через 6 месяцев, оставаясь в пределах нормы до 12 месяцев. Во 2 группе больных, получавших эту же процедуру в нисходящую фазу ритма активности ЖВС, объем пузырной желчи уменьшался менее значительно, а в более отдаленные сроки отмечалась тенденция к исходным данным. В 3 группе пролеченных, где больные получали желчегонный фитосбор, с последующим проведением поперечной гальванизации, без учета фазы ритма активности ЖВС, объем пузырной желчи достоверно снижался во все сроки исследования, но не достигал нормы (30-60 мл), а через 12 месяцев отмечалась отчетливая тенденция к исходным данным.

При анализе эффективности проводимых лечебных мероприятий у пациентов с гипермоторными нарушениями в ЖВС, которых было не более 10% от всех обследованных больных, выявлена следующая тенденция. Объемные показатели желчного пузыря, исходно составляющие от $12,9 \pm 4,8$ мл до $27,4 \pm 2,6$ мл, после лечения повышались до нормы (30-60 мл) у всех пациентов, получавших лечение в нисходящую фазу цикла (2 группа), по сравнению с пациентами 1 и 3 групп, где изучаемый показатель улучшался, но не достигал минимальной границы нормы. Вероятно, время назначения лечебного воздействия с целью улучшения функционального состояния ЖВС зависит и от типа дискинетических нарушений. При этом наилучшие результаты можно ожидать при назначении воздействия, направленного на восстановление или улучшение функции ЖВС, при гипомоторных нарушениях – в восходящую фазу ритма активности ЖВС (9.30-10.30), а при гипермоторных – в нисходящую (13.00-14.00), у большинства пациентов с хроническим описторхозом.

Всем пациентам проводилась оценка неспецифической реактивности организма, по уровню лимфоцитов в периферической крови [1]. Пациентов с

реакцией стресса (РС) выявлено не было, а с реакцией тренировки (РТ) не более 40,0%. Больных с реакцией спокойной и повышенной активации (РСА и РПА) до лечения выявлено от 48,0 до 52,0%. Динамическое наблюдение показало, что проводимые лечебные мероприятия, как и ожидалось, положительно влияют на неспецифическую реактивность организма.

Таблица 1.

Показатели эффективности проведенного лечения по группам.

Исследуемый показатель	Группы	Сроки исследования			
		До лечения	После лечения	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Отсутствие жалоб (%)	1	8,0	92,0*	84,3*	54,7*
	2	12,0	76,0*	68,2*	51,1*
	3	8,6	65,2*	69,1*	37,6*
РСА и РПА (%)	1	48,0	64,0*	78,1*	73,8*
	2	52,0	60,8*	67,9*	61,9*
	3	50,4	60,0*	50,5	47,8
Объем пузырной желчи (мл)	1	78,5±4,13	65,3±3,57*	53,9±4,82*	56,3±3,11*
	2	80,7±3,23	68,3±3,57*	59,9±3,43*	61,2±2,51*
	3	78,8±3,71	71,0±4,81	62,4±5,31*	67,2±3,84*

Примечание: * - $p < 0,05$ (различия между показателями до и после лечения).

Как видно из табл. 1, процент больных с РСА и РПА во всех группах пролеченных больных повышался по сравнению с исходными показателями. В 1 группе больных, получавших лечение в восходящую фазу ритма активности ЖВС, процент больных с РСА и РПА увеличился с 48,0 до 64,0% после лечения и оставался достоверно выше исходного (78,1 и 73,8%) в более отдаленные сроки. Результаты изучения динамики показателя неспецифической резистентности организма во 2 группе больных, получавших лечебное воздействие в нисходящую фазу ритма активности ЖВС, также достоверно улучшались, хотя были ниже, чем в 1 группе пролеченных. В 3 группе, где не использовался хронотерапевтический подход, процент больных с РСА и РПА повышался менее значимо и через год наблюдения снижался в большей степени по сравнению с остальными группами.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что использование хронофизиотерапевтического подхода в лечении больных хроническим описторхозом повышает эффективность проводимых мероприятий. Результаты, полученные в 1 группе пролеченных больных, где лечебное воздействие

назначалось в восходящую фазу ритма активности ЖВС (до 11.30), были статистически значимыми, хотя достоверно не отличались от результатов, полученных во 2 группе, где лечение назначалось в нисходящую фазу ритма активности ЖВС. В 3 группе пролеченных больных (без хронобиологического подхода), результаты были менее значимыми, чем в 1 и 2 группах, и в более отдаленные сроки наблюдения отмечалась отчетливая тенденция изучаемых показателей к исходным данным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных хроническим описторхозом использование хронофизиотерапии повышает эффективность проводимых лечебных мероприятий, а доступность такого подхода подтверждает его практическое значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. М., Имедис. – 1998. – 654 с.
2. Биоритмы пищеварительной системы и гомеостаз. Материалы конф. ученых России и стран СНГ. Томск. – 1994. – 232 с.
3. Левицкий Е.Ф., Поддубная О.А., Замощина Т.А. Изучение биоритмов гепатобилиарной системы при хроническом описторхозе// Бюллетень Сибирской медицины. 2006. – № 3. – С.117-123.
4. Разумов А.Н., Оранский И. Е. Природные лечебные факторы и биологические ритмы в восстановительной хрономедицине. М., 2004. – 296 с.
5. Хронобиология и хрономедицина (второе издание). Под ред. Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта. М. Триада-Х. 2000. – 488 с.

РЕЗЮМЕ

Для улучшения дренажной функции желчевыведительной системы и повышения общей эффективности проводимых лечебных мероприятий при хроническом описторхозе рекомендуется использовать хронобиологический подход. С этой целью, после приема внутрь желчегонного фитосбора, проводилась поперечная гальванизация на область эпигастрия. Временем наибольшего благоприятствования для назначения лечебного воздействия являлось время, на которое приходились восходящая (с 9.30 до 10.30) или нисходящая (с 13.00 до 14.00) фазы ритмической активности желчевыведительной системы. Полученные результаты свидетельствовали о том, что у больных хроническим описторхозом использование хронофизиотерапии повышает эффективность проводимых лечебных мероприятий, а доступность такого подхода подтверждает его практическое значение.

Summary:

The chronobiological approach can be used for improvement of drain function of biliary system and increase of efficiency of treatment of chronic opisthorchiasis. The diametrical galvanization on epigastric region after internal taking of cholagogic phytospecies was conducted for this purpose. The most favorable time for orders of medical actions was the period of rising (from 09.30 to 10.30) or descending (from 13.00 to 14.00) phase of rhythmical activity of biliary system. Received results have testified, that use of chronophysiotherapy in patients with chronic opisthorchiasis raise efficiency of conducting medical actions, and simplicity of this approach confirms its practical importance.

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ АДАПТАЦИОННО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ПОРАЖЕНИЯ ЗВУКОВОСПРИНИМАЮЩЕГО АНАЛИЗАТОРА

ЛАЗАРЕВА Л.А., к.м.н., доцент кафедры болезней уха, горла и носа
Кубанский государственный университет, Россия, г. Краснодар

АННОТАЦИЯ

По итогам анализа комплекса коррелированных показателей пробы сердечно-дыхательного синхронизма у больных острой нейросенсорной тугоухостью и их динамических изменений в ходе лечения,

выявлена возможность оценивать функциональное состояние адаптационно-приспособительных систем у больных в острый период поражения звуковоспринимающего анализатора. Отсутствие влияния этиологического фактора на состояние адаптивно-