

позволит отказаться от проведения сложных манипуляций, необходимых для восстановления дыхательной функции. Суть метода заключается в том, что больному производится внутривенная инъекция специального заменителя кислорода. Данный метод позволяет обеспечить больному до получаса жизни.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ГОНАРТРОЗАХ

Олейников А.А., Шумахер Г.И.

*Алтайский государственный медицинский университет, Сибирский медицинский вертеброневрологический центр Добромед, Барнаул,
e-mail: aaoleynic@mail.ru*

Для лечения больных с гонартрозами на протяжении нескольких лет успешно применяем озонотерапию. С учетом поставленных задач применялось введение озono-кислородной смеси парентерально в ткани (с послойным введением: подкожно, сухожилия, внутримышечно) – мягкие ткани вокруг коленного сустава (передняя и задняя поверхности).

Озono-кислородная смесь готовилась на медицинской озонотерапевтической установке «УОТА-60-01» (Медозон, РФ). На 1 сеанс использовалось до 20 мл смеси, которая вводилась на глубину 1–3 см. Концентрация озона 5 мг/л. Лечение проводилось ежедневно в течение 7–10 дней. После введения озона осуществлялся легкий релаксирующий массаж на область сустава – 3–5 минут (для равномерного распределения газа).

Наши исследования касаются исследованию 328 больных гонартрозами (в возрасте от 49 до 68 лет), получавших комплексную озонотерапию. Субъективно результаты лечения (характер и интенсивность болей) оценивали по 3-балльной шкале, а также по определению ограниченных движений в суставе (за счет болей, за счет костных изменений). Болезненность в суставах (при пальпации и при движении). Из объективных инструментальных диагностических методов применяли рентгенографию коленных суставов и ультразвуковое исследование коленных суставов. Эффективность лечения оценивали по трем уровням: значительное улучшение, умеренное улучшение, без улучшения. Результаты лечения. Ранние результаты. У всех больных были отмечены положительные результаты. Из них у 249 больных (75,9%) улучшение, подтвержденное инструментальными методами исследования (прежде всего, уменьшение или исчезновение признаков бурсита, синовита, выпота в верхнем переднем завороте). Увеличился объем движений, уменьшилась болезненность в суставе. Данные лабораторных исследований существенно не изменились при проведении лечения. При исследовании некоторых больных через 11-14 месяцев (86 человек) – у 62 больных (72%) сохранился положительный эффект.

Таким образом, применение озонотерапии позволяет добиться стойкого положительного эффекта в лечении гонартрозов в условиях самотерапии.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОПУНКТУРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ВЕРТЕБРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Олейников А.А., Шумахер Г.И.,
Олейников М.А.

*Алтайский государственный медицинский университет, Сибирский медицинский вертеброневрологический центр Добромед, Барнаул,
e-mail: aaoleynic@mail.ru*

Нами была поставлена цель – разработать метод лечения больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника (ОПОП) с вертебральным синдромом в период ремиссии с применением метода электропунктуры. Для реализации этой цели нами было обследовано 275 больных с корешковыми синдромами ОПОП. Большинство из них страдали данным заболеванием 3-4 года. Компрессия корешка L₅ выявлялась у 42 больных, корешка S₁ – у 44 больных.

Для устранения мышечного спазма и улучшения периферической гемодинамики мы использовали электротепловибропунктуру на аппарате «РЭФИ» с воздействием на корпоральные биологически активные точки. При работе в режиме электропунктуры применяли ток силой 200-300 мкА на одну акупунктурную точку, время воздействия составляло 5-10 минут. После этого аппарат переключали на термомассаж, который осуществляли по тем же акупунктурным точкам при температуре 40°, частота вибраций была постоянной 25 Гц, сила регулируется по ощущениям больного, время 5 минут. Такой порядок работы позволяет улучшить кровоснабжение в периферических сосудах, снять спазм в них, уменьшить болевой синдром, нормализовать деятельность различных отделов вегетативной нервной системы (Тихонов А.Я., 1984, Ткаченко В.Н., Султанов Г.Ф., 1986). Применялись акупунктурные точки, расположенные в области сегментов L₁-S₁, на сеанс используются точки с 2-х сторон. Лечение проводилось через 1 день, число сеансов составляло 7-10 процедур.

Все больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 86 больных, получавших обычное лечение, во вторую группу вошли 189 больных, в комплекс лечения которых была включена электропунктура. Выраженность клинических проявлений и средний возраст больных в группах был сопоставим.

До лечения у больных первой и второй подгрупп показатель явлений дискомфорта (ПЯД) составлял 1,4 балла, коэффициент вертебрального синдрома (КВС) – 6,1 относительных единиц, что соответствует легкой степени выраженности вертебрального синдрома. Однако у них

выявлялось напряжение многораздельных мышц, о чем свидетельствует синдром ипсилатерального напряжения, который был равен 2,0 баллам. После лечения у больных первой группы ПЯД снизился до легкой степени и составил 1,0 балл, однако у этих пациентов сохранилось выраженное напряжение многораздельной мышцы – степень ипсилатерального напряжения (СИН) составляла 1,8 балла. Это способствовало сохранению болезненности. Степень болевых ощущений составляла 1,2 балла, а КВС хотя и снизился, но оставался высоким – 5,8 отн.ед. Данные показатели соответствовали средней степени выраженности.

Показатели вертеброневрологического исследования больных второй группы приближались к нормальным значениям: ПЯД – 0,7 балла, показатель болевых ощущений (ПБО) – 0,8 балла, СИН – 0,4 балла, КВС – 4,4 отн.ед. Различия показателей СИН и КВС больных первой и второй групп оказались статистически достоверными.

Динамика экстравертебрального синдрома оценивается по изменениям ПЯД на болевой синдром. До лечения у больных обеих групп ПЯД соответствовала средней степени выраженности. После лечения у больных первой группы он снизился до 1,1 балла (легкая степень). У пациентов второй группы этот показатель составлял 0,2 балла, что свидетельствовало об исчезновении явления дискомфорта на пораженной стороне.

Таким образом, применение электропунктуры устраняет патологическое напряжение многораздельной мышцы, и, как следствие, снижает показатели явлений дискомфорта в поясничной области и коэффициент вертебрального синдрома у больных. Применение электропунктуры по разработанной нами методике способствует более быстрому и полному восстановлению гемодинамики конского хвоста и нижних конечностей, что устраняет нервно-мышечные расстройства.

ЗВЕНЬЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА: ИСТОРИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ В РОССИИ. СООБЩЕНИЕ V. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ М.Р. САПИНА

Петренко В.М.

*Российская академия естествознания,
Санкт-Петербург, e-mail: deptsanatomy@hotmail.com*

В 1997 г. М.Р. Сапин начал свою дискуссионную статью «Новый взгляд на лимфатиче-

Технические науки

ГАММА-ИЗЛУЧЕНИЕ В ИННОВАЦИОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЯХ

Аюбов Л.Ю., Эльканова Л.М.

*Медицинский институт Северо-Кавказская
государственная гуманитарно-технологическая
академия, Черкесск*

Развитие новых медицинских технологий требует иного качественного подхода к меди-

скую систему (ЛСи) и ее место в защитных функциях организма» с утверждения: «ЛСи по своей организации и функциям является частью лимфоидной системы... При участии лимфатических сосудов (ЛС) через лимфатические узлы (ЛУ) проходит (профильтровывается) вся лимфа, в которую превращается всосавшаяся в лимфатические капилляры тканевая жидкость вместе с содержащимися в ней продуктами обмена веществ и оказавшимися в тканях чужеродными веществами. Свои защитные функции ЛСи распространяет почти на весь человеческий (животный) организм... ЛСи сформировалась не в качестве помощницы венозной системы... роль ЛСи заключается отнюдь не в дублировании венозного русла и выведении из органов и тканей воды и растворенных в ней веществ, а в удалении всего того, чего не должно быть в органах и тканях... ЛС выполняют транспортную функцию по выведению вместе с тканевой жидкостью из органов и тканей чужеродных, даже опасных для организма веществ и по возвращению этой жидкости вновь в кровь, а далее снова в тканевую жидкость. Так взаимосвязаны ЛС с ЛУ, в которых совершаются все действия по распознаванию и уничтожению образовавшихся в организме или попавших в него извне чужеродных веществ... Таким образом, ЛСи является частью всего защитного лимфоидного (иммунного) аппарата тела человека, включающего как центральные органы иммуногенеза (костный мозг и тимус), так и целый ряд других органов, расположенных в различных частях тела человека: на путях возможного внедрения в организм чужеродных веществ или на путях их следования в организме». В 2007 г. М.Р. Сапин в общетеоретической статье «ЛСи и ее роль в иммунных процессах» специально подчеркнул, что «ЛУ являются, по существу, главными органами ЛСи... Лимфатические капилляры и ЛС выполняют лишь роль «трубок», по которым тканевая жидкость (лимфа) поступает в ЛУ». Но если ЛСи рассматривается как часть лимфоидной (иммунной) системы и тем самым лишается самостоятельности, то лимфология как учение о ЛСи становится частью иммунологии, учения об организации иммунитета – дань моде или жертва «науки».

цинской технике и технологиям в диагностике и терапии. Существующие рентгеновские методы обследования имеют ряд прямых недостатков. При энергиях рентгеновского излучения до 1 МэВ и выше при КПД ниже 4-5% происходят большие энергозатраты на формирование электронного пучка и охлаждения элементов анода. При этом существует высокий радиационный фон. Для устранения недостатков предлагается источник радионуклидного излучения.