

му облучению в области бедра в дозе 80 Гр на аппарате ТУР-60 ($I = 10$ мА, $U = 50$ кВ, фильтр 0,3 мм). Мазь наносили на кожу за 1 час до и в течение 10 дней после облучения. Эффективность оценивали по длительности течения и срокам заживления лучевых реакций и повреждений кожи крыс в сравнении с 2 группами – контролем (облученные животные без лечения) и при использовании мази метилурациловой. Препараты кожи, окрашенные гематоксилином и эозином, использовали для общей оценки состояния исследуемых тканей. Окрашивание препаратов фукселином на эластические волокна по Вейгерту с докрашиванием пикрофусином по методу Van Гизон использовали для выявления и дифференцировки соединительнотканых структур. С помощью ШИК-реакции по Мак Манусу Хочкису (контроль с амилазой) выявляли нейтральные гликозаминогликаны.

Полученные результаты показали, что одноразовое облучение бедра крыс приводит к развитию острого лучевого повреждения кожи. Первичная эритема развивалась через 24 часа после облучения. На 3-е сутки появлялась истинная эритема и сохранялась до 5-х суток. Реакции сухой и влажной десквамации развивались последовательно, начиная с 5-го дня после облучения. На 9-е сутки признаки сухого эпителиита наблюдались у всех животных. У отдельных животных уже в этот срок нарушалась целостность и отслаивался эпителий кожи. Влажная десквамация развивалась на 15-17 сутки после облучения, ее длительность составляла в среднем 17 дней. Далее наблюдалось развитие эрозий, возникали язвы и гнойно-некротические проявления. Морфологическое изучение облученного участка обнаружило развитие тяжелых язвенно-деструктивных изменений кожи с признаками угнетения репаративного процесса и выраженной в той или иной мере хронизации лучевой язвы, что проявляется торможением гранулирования и эпителизации дефекта, сохранением очагов глубокого некроза, диффузной или очаговой лимфогистиоцитарной инфильтрацией склерализированных тканей стенок язвы, развитием вторичных стромальных некрозов окружающих тканей.

У животных с применением препарата сравнения – метилурациловой мази явления лучевых реакций протекали легче, чем в контроле. Так, течение сухого и влажного эпидермита составляло 7 и 15 суток соответственно. Исчезновение лучевых изменений начинается с 27 суток после облучения. При морфологическом изучении препаратов кожи этих животных наблюдалось улучшение течения репаративного процесса в сопоставлении с контрольной группой, однако, отмечалось истончение кожи в результате формирования язвенных дефектов с повреждением микроциркуляторного русла и придатков кожи. Имел место замедление репара-

тивного процесса, проявляющееся торможением формирования грануляционной ткани, рубцевания и эпителизации язвы, нарушением пролиферации и дифференцировки кератиноцитов, дистрофическими изменениями в эпидермисе и дерме.

При использовании испытуемого препарата – мази тиотриазолина сроки развития лучевых реакций сокращались, степень их выраженности была меньше в сравнении с мазью метилурациловой. Наряду с уменьшением выраженности экссудативного компонента в коже определялась быстро прогрессирующая эпителизация раневой поверхности. Эритема наблюдалась в течение 3 суток у 83% крыс. Признаки сухой десквамации сохранялись в течение 6 суток. Уменьшались время течения влажного дерматита (до 11 сут) и степень его выраженности. Восстановление целостности эпителия и заживления отмечалось в среднем на 4-5 дней раньше, чем в группе с использованием препарата сравнения. Данные микроскопического исследования подтвердили улучшение течения репаративного процесса, что характеризуется эпителизацией дефектов кожи у всех животных. В части наблюдений с поверхностными повреждениями толщины кожи, строение эпидермиса и дермы приближается к таковому у интактных животных, сохраняются сосуды микроциркуляторного русла и придатки кожи, уменьшаются проявления фиброза соединительнотканного каркаса дермы. В остальных наблюдениях с предшествующими глубокими повреждениями дермы имеет место тенденция к нормализации процессов пролиферации и дифференцировки кератиноцитов, ороговения эпидермиса, уменьшению степени дистрофических процессов в фиброзированной дерме.

Таким образом, лечебно-профилактическое применение препарата мази тиотриазолина высоко эффективно для лечения и профилактики реакций и повреждений кожи, вызванных действием ионизирующего излучения, что проявляется снижением степени тяжести лучевых реакций, ускорением сроков заживления и подтверждается патоморфологическими исследованиями кожи.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОПУНКТУРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ В СТАДИИ РЕМИССИИ

Олейников А.А., Ремнев А.Г.
Алтайский краевой вертеброневрологический
центр, санаторий «Барнаульский»,
Барнаул, Россия

К числу заболеваний нервной системы, широко распространенных в популяции, относятся вер-

теброгенные неврологические синдромы (ВНС). Среди них особенно значимыми являются неврологические проявления остеохондроза позвоночника (НПОП), составляющие 97,4% всей вертеброгенной патологии (Исаев Н.В., Дроздов Л.Н., 2003). В настоящее время считается, что остеохондроз позвоночника – мультифакторное заболевание, характеризующееся дистрофическим поражением позвоночнодвигательных сегментов и проявляющееся полиморфными неврологическими синдромами (Шмидт И.Р., 1992; Каменев Ю.К., 2004).

Цель исследования состояла в разработке и применении эффективного способа консервативного лечения НПОП в стадию ремиссии. Для решения поставленной цели было обследовано и пролечено более 450 больных с различными неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника (поясничного отдела) в возрасте от 19 до 67 лет. Больные находились на стационарном и амбулаторном лечении в санатории «Барнаульский». С целью устранения мышечного спазма и улучшения периферической гемодинамики использовали метод электропунктуры на аппарате «РЭФИ» (Россия). Для контроля результатов лечения применяли трансабдоминальное ультразвуковое исследование поясничного отдела позвоночника. При этом определяли несколько показателей: структуру межпозвоночных дисков (МПД), наличие протрузий МПД, особенности кровотока на уровне внутреннего вертебрального венозного сплетения поясничного отдела. Метод ультразвуковой диагностики привлекает неинвазивностью, полной безопасностью для пациентов и высокой точностью. Несомненные преимущества метода ультразвуковой диагностики способствуют активному направлению пациентов на исследования с целью выявления патологии позвоночника. Нами применялись собственные модификации метода ультразвуковой диагностики, разработанные на базе санатория «Барнаульский» - «Способ ультразвуковой диагностики дорзальных парамедианных грыж поясничных межпозвонковых дисков (ГПМД)» (получено решение о выдаче патентов на изобретение РФ).

Кроме того, всем больным проводилось неврологическое обследование (Богородинский Д.К. и др., 1977; Гусев Е.И. и др., 2000) и специальное вертеброневрологическое обследование по методике, разработанной Я.Ю.Попелянским и др. (1983) и Ф.А.Хабировым (1991). Оценивались тип, характер течения заболевания и стадия заболевания. Тип течения определялся частотой обострений, их длительностью, выраженностью клинических проявлений в период, предшествующий обострению и после такового, исходами обострений, полнотой и стойкостью ремиссий (Коган О.Г., 1988).

Как правило, пациенты были исследованы несколько раз. Первое исследование было проведено при обращении, перед началом лечения, второе исследование по окончании сеансов электропунктуры – через 10-14 дней, третье исследование – через 9-11 месяцев после проведения электро-пунктуры. В качестве субъективного контроля процесса проводимого лечения применяли тесты определения показателей явлений дискомфорта, при этом учитывалась ситуация, при которой возникали боли, а также степень их выраженности.

При проведении диагностических исследований у всех больных были выявлены различные сочетания патологических изменений: признаки дегенеративно-дистрофических изменений структуры МПД; признаки спондилеза, спондилоартроза; признаки протрузий и грыж МПД; признаки стеноза позвоночного канала за счет утолщения желтых связок, склеротических изменений или грыж МПД; признаки повышенного кровенаполнения переднего или заднего внутреннего позвоночного сплетения.

При анализе полученных результатов оказалось, что в результате проведенного лечения у 85-88% больных улучшилось субъективное и объективное состояние, объективно регистрируемое во время проведения второго исследования. Полученный положительный терапевтический эффект сохранялся у 70-80% больных при проведении третьего исследования.

Таким образом, мы считаем, что полученные результаты позволяют рекомендовать применение электропунктуры в комплексной терапии НПОП. Способ ультразвуковой диагностики позволяет обеспечить объективную диагностику патологии поясничного отдела позвоночника, в том числе при контрольных исследованиях.

НОВЫЕ СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Ремнев А.Г., Олейников А.А.

Санаторий «Барнаульский»,

Алтайский краевой вертеброневрологический
центр,
Барнаул, Россия

Современные потребности клиники требуют более точного установления характера и выраженности патологического состояния на уровне поясничного отдела позвоночника для принятия решения о методах необходимого лечения. Поэтому работы по предложению новых способов диагностики продолжаются.

В 2008 г. на базе санатория «Барнаульский» были разработаны новые методы диагностики, в