

активирует плазминую систему, ЛФ связывается с гепарином, а СРП – с фактором агрегации тромбоцитов, то можно предположить, что эти белки участвуют в регуляции гемостаза у рожениц, наряду с факторами свертывания и противосвертывания крови.

Для косвенной проверки такого предположения мы изучили методами встречного иммуноэлектрофореза в агаре с энзимохимическим окрашиванием иммуноэлектрофореграмм (ВИЭФ), иммуноферментного анализа (ИФА) и радиальной иммунодиффузии в агаре (РИА), содержание, соответственно, ПЩФ, ЛФ, и СРП в сыворотках крови 530 женщин с нормально протекающей беременностью разных сроков, в том числе - у 26 рожениц. У рожениц исследование крови проводили в динамике трижды: за 2 часа до, затем - во время акта родоразрешения и через 2 часа после него.

Контролем служили образцы сывороток крови 160 женщин - доноров.

По нашим данным, ПЩФ и СРП в крови доноров указанными методами (ВИЭФ и РИА) не обнаруживаются, а ЛФ определяется в количестве 1000 – 3000 нг\мл (ИФА).

В сыворотке крови беременных ПЩФ регистрируется в количестве 1 - 4 ЕД Боданского с первых недель гестации с частотой 8 - 13%. Начиная с 5-го месяца и до родов, частота обнаружения и количество ПЩФ возрастают, соответственно, с 53% до 100 % и до 8 – 32 ЕД, и сохраняются в таком же количестве ещё 2 недели после родов. После этого срока ПЩФ в крови родильниц методом ВИЭФ не выявляется.

ЛФ определяются у всех женщин 8 – 24 недель беременности в концентрации 1500 – 3000 нг\мл и возрастает до 3500 – 6500 нг\мл, соответственно, в 25 - 40 недель.

В период от 4 до 36 недель беременности СРП обнаруживается в крови методом ИДА в титре 0,5 - 2 мг%, лишь в 5 – 26% случаев. Его уровень повышается к концу 3-го триместра (37 – 40 недель) до 4 мг% у 80% женщин, а у остальных 20% пациенток в ближайшие дни и часы перед родами СРП не выявлен.

Непосредственно во время родоразрешения уровень ПЩФ в кровотоке роженицы не изменяется и остаётся высоким, тогда как концентрации ЛФ и СРП становятся прямо противоположными и, соответственно, повышаются до 18000 нг\мл (ЛФ) и понижаются до 0 – 0,5 мг% (СРП). Через 2 часа после рождения плода уровни ЛФ и СРП возвращаются к исходному предродовому состоянию, соответственно 3050 – 5650 нг\мл (ЛФ) и 0,5 – 2 мг% (СРП). На графике динамика концентраций этих белков образует ромбовидную фигуру с обратно пропорциональными перекрестами в указанных выше трёх точках отсчета времени взятия крови.

Полученные нами результаты не опровергают предположения о том, что ПЩФ, ЛФ и СРП при осложненной беременности принимают участие в регуляции системы гемостаза, усиливают гиперкоагуляцию в момент изгнания плода, способствуют остановке послеродового кровотечения и резорбции фибрина в посткоагуляционной фазе.

В связи с этим, представляет интерес дальнейшее изучение указанных белков при осложненной бере-

менности и фармакологической коррекции дефектов гемостаза.

### **РЕАБИЛИТАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕТЧАТКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ПРАКТИКЕ**

Туманова А.Л., Кочетков Н.М.,

Михайлова Т.Н., Иняткин А.В.

*Сочинский филиал Российского Университета Дружбы Народов, Сочинский научно - исследовательский Центр Российской Академии Наук, Городской Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями*

По данным Всероссийского общества слепых, в настоящее время в мире имеется около 150 млн. лиц со значительными расстройствами зрения, из которых 4 млн. – слепых. Проблемы патологий глазного дна и зрительного нерва приобрели ключевое значение в офтальмологии, так как в последние годы отмечается четкая тенденция к увеличению их количества, что угрожает увеличением числа слабовидящих и слепых. Это подтверждено тем, что за последнее десятилетие только вследствие АЗН отмечено повышение уровня инвалидности в 2 раза (Либман Е.С., и др., 2000, Рогатина Е.В., 1997).

Увеличение процента инфекционных и сосудистых патологий и заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ, их быстрое прогрессирование прямо пропорционально ведут к возрастающему поражению сосудов, частоте и нарастанию тяжести нейрорпатий, что усугубляет инфекционную и сосудистую патологию глазного дна. Кроме того, резкое ухудшение экологической обстановки, особенно в больших городах, повысило роль микроэлементозов в общем, росте инфекционной, сосудистой и связанной с нарушением обмена веществ, заболеваемости (Авцин А.П. 1991, Громова О.А., 1997, Дворянчикова А.П., 1999, Туманова А.Л., Еременко А.И., 2002). Это, в свою очередь, приводит к созданию порочного круга, который создаёт большие трудности в подборе рационального лечения и диктует необходимость разработки и внедрения в клиническую практику комплексных патогенетически обоснованных методов лечения.

В последние годы комплексное использование различных методов в клинической практике стало основополагающим. В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение эффективности санаторно-курортной реабилитации заболеваний сетчатки и зрительного нерва, где возможно комплексное применение различных методов обследования и согласованного лечения.

В комплекс санаторно-курортной реабилитации больных с заболеваниями сетчатки и зрительного нерва были включены все этапы необходимого обследования, как по офтальмологии - визометрия, биомикроскопия, тонометрия, определение рефракции, цветовая кампиметрия, офтальмоскопия, так и по сопутствующим общим заболеваниям - консультации терапевта, кардиолога, эндокринолога, невропатолога, эпидемиолога, исследования общих и биохимических показателей крови, функциональная и УЗИ - диагно-

стика, биорезонансная диагностика, исследования на микроэлементозы и др. В комплекс лечения были также включены как офтальмологические местные методы (цвето-магнитная стимуляция, электростимуляция, лазерно-медикаментозная стимуляция, визиотренинги и др.), так и соответствующие сопутствующим общим заболеваниям (озонотерапия, массаж, биорезонансная терапия, барокамера, фитотерапия, ароматерапия, питьевое употребление минеральных вод Сочи и бальнеотерапия, коррекция нарушений минерального обмена, мономинералами и др.).

Возможности такой комплексной реабилитации пациентов офтальмологической направленности могут быть реализованы только в санаторно-курортных комплексах при наличии соответствующей лечебной базы.

Исследование проводилось на базе санатория «Октябрьский» и Городского центра по профилактике со СПИД и инфекционными заболеваниями г. Сочи, которые отвечают самым высоким требованиям по оснащению и многопрофильности лечебно-диагностической базы.

Под наблюдением находилось 532 пациента, которые для сравнительной клинической оценки были разделены на две контрольные группы: первая группа наблюдения (276 человек) с применением курса реабилитации, учитывающего индивидуальный патогенетически обоснованный комплекс лечения, вторая группа - контрольная (276 человек) без применения комплексных методов.

Пациенты обеих групп были равномерно распределены как по нозологическим и возрастным группам, так и по степени тяжести глазных патологий. Под наблюдением находились пациенты с хроническими нейроретинопатиями различного генеза – диабетическими, атеросклеротическими, сосудистыми, инфекционными, а также макулодистрофиями (первичными и вторичными) и глаукомой. Отдельно анализировались группы с миопией различной степени, спазмами аккомодации и компьютерным зрительным синдромом.

Оценка результатов проводилась по всем вышеперечисленным методам обследования до - и после лечения. Результаты представлены в таблице 1.

**Таблица 1.** Результаты лечения первой группы наблюдения и второй - контроля

| группа                     | Процент клинической эффективности по оценке глазных показателей (%) | Процент клинической эффективности по оценке сопутствующих патологий (%) |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Первая группа – наблюдения | 87                                                                  | 79                                                                      |
| Вторая группа - контроля   | 34                                                                  | 57                                                                      |

Как видно из таблицы наивысший результат клинической эффективности был получен в первой группе наблюдения у пациентов с применением курса реабилитации, учитывающего индивидуальный патогенетически обоснованный комплекс лечения (79%), причем более высокий процент клинической эффективности отмечается по оценке глазных показателей (87). У второй группы – контроля также отмечается некоторое улучшение результатов клинической эффективности, но в более низком проценте (57), причем более низкий показатель отмечается по оценке глазных показателей.

Особенно значительные улучшения были достигнуты у группы пациентов, которым назначались в комплексном лечении питьевые воды Сочи «Чвижепсе» и «Пластунская» и проводилась коррекция микроэлементдисбалансных нарушений организма соответственно результатам индивидуального анализа. Это, в свою очередь, подчеркивает немаловажность экологического фактора в патогенезе сосудистых и связанных с нарушением обмена веществ, глазных и сопутствующих общих заболеваний. Кроме этого, следует отметить, что мышьяковистые углекислые воды Сочи могут успешно применяться при сосудистых и связанных с нарушением обмена веществ заболеваниях в комплексном лечении в виде питьевых и бальнеологических.

Кроме этого, следует отметить эффективность применения биорезонансной диагностики и последующей биорезонансной терапии у группы пациентов с хронической инфекционно-вирусной патологией глаз, которая показала более высокий процент, как по

выявлению этиологии заболевания, так и по эффективности в лечении.

Анализ по обращаемости также выявил достаточный процент обращений местных жителей.

Таким образом, становится очевидной необходимость реализации в санаторно - курортную практику, комплексных методов реабилитации больных с хронической патологией глазного дна. Высокий процент клинической эффективности, достигнутый при комплексной санаторно-курортной реабилитации больных с хроническими заболеваниями глаз, позволит также рассчитывать на повторные посещения и направление этой категории больных в специализированные санатории, имеющие и глазной профиль. Это, в свою очередь, может повлиять на формирование так называемой «курортной диспансеризации» по данным патологиям. Также становится очевидным, что ряд санаториев, имеющих в настоящее время гораздо лучшее оснащение и кадровый потенциал, могут взять на себя функции медико-реабилитационных восстановительных Центров и для местного населения и обеспечат, в перспективе более качественную диспансеризацию и среди местного населения.