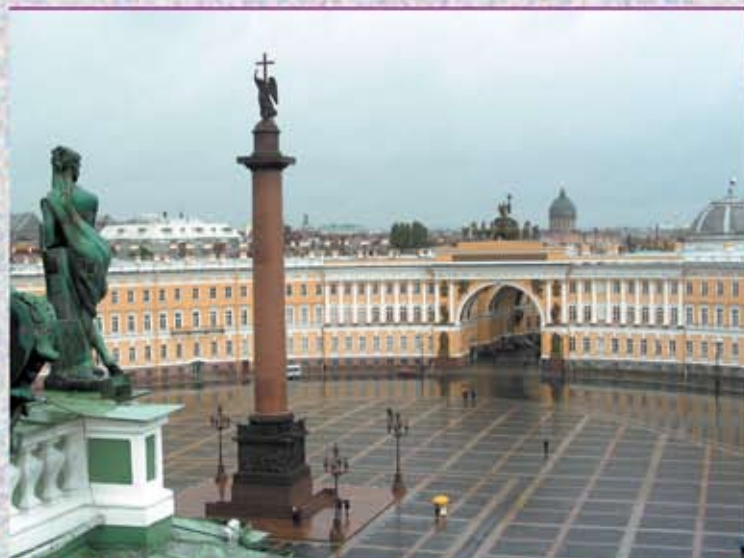


Гастроэнтерология Санкт-Петербурга

Научно-практический
журнал



Гастроэнтерология
Гепатология
Колопроктология
Фармакотерапия
Питание

В номере:

Материалы 10-го Юбилейного
Славяно-Балтийского научного форума
“Санкт-Петербург – Гастро-2008”

№ 2-3 / 2008

Гастроэнтерология Санкт-Петербурга

Научно-практический журнал

Председатель редакционного совета:**Е.И. Ткаченко**

вице-президент Научного общества гастроэнтерологов России, директор Института гастроэнтерологии и клинической фармакологии, проректор СПбГМА имени И.И. Мечникова по лечебной работе, главный гастроэнтеролог СЗФО и Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, профессор, д-р мед. наук

Редакционный совет:**М.Ш. Абдуллаев (Алматы)****А.Ю. Барановский (Санкт-Петербург)****С.В. Васильев (Санкт-Петербург)****В.Ю. Голофеевский (Санкт-Петербург)****П.Я. Григорьев (Москва)****В.Б. Гриневич (Санкт-Петербург)****А.Б. Жебрун (Санкт-Петербург)****М.П. Захараш (Киев)****Е.А. Корниенко (Санкт-Петербург)****Л.Б. Лазебник (Москва)****Ю.В. Лобзин (Санкт-Петербург)****В.А. Максимов (Москва)****С.И. Пиманов (Витебск)****Ю.Я. Покротникс (Рига)****А.Г. Рахманова (Санкт-Петербург)****Е.С. Рысс (Санкт-Петербург)****В.И. Симаненков (Санкт-Петербург)****Н.В. Харченко (Киев)**Главный редактор:**С.И. Ситкин**Учредитель и издатель:**ООО "Гастро", Санкт-Петербург**Редакция:**ООО "Гастро", а/я 55, П-101,****Санкт-Петербург, 197101****Тел./факс: (812) 232-9063****E-mail: gastro@peterlink.ru**Распространение:

Почтовая рассылка медицинским и фармацевтическим организациям, вузам, НИИ, ведущим специалистам РФ, СНГ и стран Балтии.

Журнал зарегистрирован Северо-Западным региональным управлением Государственного Комитета РФ по печати. Свидетельство о регистрации: ПИ № 2-5904 от 12.04.2002 г. ISSN 1727-7906

Издается с 1998 года. Ранее выходил под названием "Гастрообластень".

На 1-й с. обл.: Дворцовая площадь. Фото С. Телвнего.

Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов.

Все рекламируемые товары и услуги должны иметь соответствующие сертификаты, лицензии и разрешения. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. При использовании материалов издания ссылка на журнал обязательна.

Установочный тираж: 3000 экз.

Цена: свободная

© ООО "Гастро", 2008



Содержание

Гастроэнтерология

В.Ю. Голофеевский, И.А. Литовский, С.И. Ситкин, И.И. Яровенко

Дискуссионные вопросы патогенеза и лечения гастродуоденальных язв 2

А.Ю. Барановский, Э.А. Кондрашина

Антигипоксант и антиоксидант «Гипоксен» — средство улучшения прогноза язвенного колита 7

А.Э. Рустамов

Подготовка толстой кишки к оперативному вмешательству 11

Муковисцидоз

Н.И. Капранов, Н.Ю. Каширская, В.Д. Толстова

Ранняя диагностика и адекватное лечение детей, больных муковисцидозом, в Российской Федерации 14

Пробиотики и пребиотики

Д.В. Усенко

Возможности применения пробиотиков в профилактике антибиотик-ассоциированной диареи 17

Д.В. Усенко

Использование пробиотиков и пробиотических продуктов в лечении синдрома раздраженного кишечника 22

Е.А. Ушкалова

Пробиотики в гастроэнтерологии 25

Паразитарные болезни

Е.А. Корниенко, С.С. Першин, Б.М. Сливинский, М.Д. Сорокина,

О.Я. Глушко, Н.Н. Власов

Поражение желудочно-кишечного тракта при амебиазе 31

Разгрузочно-диетическая терапия

Латтева Е.Н., Латтева Е.С.

Разгрузочно-диетическая терапия (лечебное голодание) и редуцированные диеты. Проблемы внедрения в современной клинической практике 35

Санкт-Петербург — Гастро-2008

Официальная информация 10-го Юбилейного международного Славяно-Балтийского научного форума "Санкт-Петербург — Гастро-2008" 41

Материалы 10-го Юбилейного международного Славяно-Балтийского научного форума "Санкт-Петербург — Гастро-2008" М1

Авторский указатель М143

Материалы Международного симпозиума "Разгрузочно-диетическая терапия (редуцированные диеты и лечебное голодание) в клинической практике" Р1

Авторский указатель (РДТ) Р12

МАТЕРИАЛЫ

**Международного симпозиума “Разгрузочно-диетическая терапия
(редуцированные диеты и лечебное голодание) в клинической практике”
(Санкт-Петербург, 16 мая 2008 года)**

**(в рамках 10-го Юбилейного международного Славяно-Балтийского
научного форума “Санкт-Петербург – Гастро-2008”)**

А

1 К вопросу научного изучения РДТ в Украине

Архий Э.И.
Ужгородский национальный университет, Украина,
e-mail: arhij@mail.ru

Вдохновленная возможностями метода РДТ проф. Ганич О.Н. после знакомства в Москве с проф. Николаевым Ю.С. в 1973 году организовала широкое клиническое применение РДТ в Закарпатье в клиниках УжНУ. Уже через два года это отдельные палаты ОКБ и ЖКБ города Ужгорода, а также научное изучение метода при лечении гастроэнтерологических больных. Итог работы – проведенное в 1988 году Всесоюзное совещание с участием проф. Николаева Ю.С., а также докт. дис. Архий Э.И., фрагмент докт. дис. Чопей И.В., канд. дис. Завадяк И.И. и Мисевра Н.И., изданная монография Архий Э.И. в 1997 году.

В рекомендациях “Разгрузочно-диетическая терапия больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, пищевой и лекарственной аллергией” 1988 года представлены работы авторов из России, Белоруссии, Литвы и Украины. Принята резолюция о необходимости обучения методу студентов медвузов.

К тому времени в Украине научно обоснованно метод РДТ применялся в Днепропетровском медицинском институте (Дмитриев А.И., Смолянский Б.И. и др.) и Днепропетровском НИИ гастроэнтерологии (Чебыкина Н.В., Селезнева С.И., Шамшонкова Т.П. и др.). Защищена канд. дис. Дмитриева А.И. в 1989 г.

В Тернополе Бакалюк О.И. выполнены кандидатская и докторская диссертации в 1977 и 1995 гг. по применению РДТ в кардиологии. В этот период в Тернопольской государственной академии начинает работать семья преподавателей Кузив. По изучению лечебного воздействия РДТ Кузив П.П. и Кузив О.Е. защищают докторские диссертации и организуют клинику РДТ в Тернополе, а также руководят рядом канд. дис. по РДТ.

В 2001 году в Тернополе организована конференция на тему: “Использование РДТ и низкокалорийных диет при внутренних болезнях”, где принимают участие многие практические врачи, применяющие РДТ в Киеве, Полтаве, Львове, Запорожье, Сумах.

2 Опыт применения разгрузочно-диетической терапии (РДТ) в сочетании с иглорефлексотерапией для лечения гипертонической болезни

Ашихмина М.В., Вуколова З.П., Оганова А.Г.
Медицинский центр “Гармония”, Москва, Россия,
e-mail: ashihm@mail.ru

Цель исследования: оценить эффективность лечения больных с различной степенью гипертонической болезни методом дозированного голодания в сочетании с иглорефлексотерапией.

Материалы и методы: 4 группы больных с разной стадией гипертонической болезни в возрасте от 27 до 79 лет, всего 237 человек. Основную группу составляли больные с мягкой гипертонией. Длительность разгрузочного периода дозировалась индивидуально и составляла от 10 до 32 дней. Выбор точек воздействия иглорефлексотерапии проводился под контролем метода аку-

пунктурной диагностики по Накатани с учетом поддержания паттерна голодания. Частота сеансов выбиралась индивидуально. Результаты. У всех больных после лечения статистически достоверно снизились уровни холестерина, артериальное давление. В течение 3 лет у 45 пациентов с “мягкой” артериальной гипертонией наблюдали нормальный уровень артериального давления при соблюдении диеты, режима, проведении краткосрочных курсов голодания и физической активности без приема антигипертензивных препаратов. У пациентов преимущественно с тяжелой формой гипертонической болезни (III и IV стадии) через некоторое время отмечалось повышение артериального давления, однако оно не достигало уровней, зарегистрированных до лечения.

Заключение. Сочетанное применение дозированного голодания и иглорефлексотерапии может успешно применяться для лечения гипертонической болезни любой стадии, причем с выраженной продолжительностью клинического эффекта. Эти методы (в первую очередь РДТ) являются мощным средством, направленным на профилактику гиперхолестеринемии, гиперлипидемии, избыточной массы тела. ИРТ эффективна в ликвидации клинических проявлений заболевания, имеющих в своей основе вегетативную функцию (головная боль), чувство жара, сердцебиение, экстрасистолию, боли в области сердца.

3 Зависимость эффективности лечения гипертонической болезни методом дозированного голодания от срока разгрузочного периода

Ашихмина М.В., Лебедева Л.Н., Вуколова З.П., Оганова А.Г.
Медицинский центр “Гармония”, Москва, Россия,
e-mail: ashihm@mail.ru

Цель исследования: оценить влияние продолжительности срока разгрузочного периода РДТ на эффективность лечения больных с гипертонической болезнью.

Материалы и методы. 247 пациентов в возрасте от 28 до 67 лет с гипертонической болезнью разной степени прошли курс разгрузочно-диетической терапии. Из них 138 человек составили группу лиц, голодавших со сроком разгрузочного периода 14 дней и более. Оставшиеся 109 человек вошли в группу лиц, прошедших курс РДТ со сроком разгрузочного периода 7 дней.

Результаты сравнивались по 4 подгруппам, которые формировались по критерию выраженности заболевания (степени гипертонической болезни).

Результаты. В группе 2 с продолжительностью разгрузочного периода 10 дней и более эффективность лечения была достоверно выше, что выражалось в большей степени нормализации как систолического, так и диастолического АД, уровня холестерина, показателей электрокардиографии. Показатели второй группы отличались лучшими отдаленными результатами. Эффективность лечения была прямо пропорциональна степени тяжести заболевания. Заключение. При лечении гипертонической болезни дозированное голодание с длительным сроком разгрузочного периода имеет более выраженный и стойкий эффект. Таким образом, целесообразно рекомендовать проведение дозированного голодания при данной патологии как минимум до криза, особенно для лиц с тя-

желой степени артериальной гипертензии. Очевидно, это связано с тем, что при более длительных сроках РДТ больной большее время находится на "эндогенном питании", являющимся основой лечебного действия разгрузочно-диетической терапии.

Б

4 Разгрузочно-диетическая терапия (РДТ) и разгрузочно-диетическая профилактика (РДП) – методы оптимизации санаторно-курортного лечения Батаева Н.А., Смирнова И.Н., Жамбалов З.Б. Курорт "Горячинск", Республика Бурятия, Россия

Курорт "Горячинск" имеет три основных природных лечебных фактора. Это горячинская минеральная вода и сапропели озера Бормашовое, климат курорта. В отделении РДТ применяются сочетанные комплексы санаторно-курортного лечения с РДТ и РДП. РДТ на курорте "Горячинск" – это лечебное голодание с последующим восстановительным питанием в сочетании с бальнеолечением, аппликациями слабосульфидной грязи, сауной с бассейном и массажем. Разгрузочно-диетическая профилактика: краткосрочное (1-3 дня) периодическое лечебное голодание, восстановительное питание (1-3 дня) с последующим переводом на заказное меню согласно назначенной диете, очистительные процедуры в сочетании с традиционным курортным лечением. Для оптимизации эффекта РДТ и РДП применяются: микроклизмы с отваром ромашки, минеральной водой; точечный массаж по методу Су-Джок при соматической патологии пациента; тюбаж с минеральной водой и медом больным хроническим холециститом, гепатитом и дискинезией желчевыводящих путей; питье минеральной азотно-кремнистой воды при заболеваниях пищеварительной системы; обучение диафрагмально-релаксационному дыханию с применением аппаратов БОС (биологическая обратная связь); иглорефлексотерапия; психологическое консультирование. Для создания атмосферы психологического комфорта и взаимопонимания между пациентами и работниками курорта регулярно заслушиваются сообщения о сущности метода и результатах работы за отчетный период на планерных совещаниях медицинского персонала и столовой. Анкетирование повторно пролеченных пациентов позволяет исследовать отдаленные результаты лечения: продолжительность ремиссии, количество и продолжительность случаев нетрудоспособности до и после лечения методом РДТ и РДП, социальную реабилитацию.

5 Сорокалетний опыт разгрузочно-диетической терапии больных соматическими, неврологическими и психическими заболеваниями Брюзгин В.А., Брюзгина Т.П., Койчева Т.И. ГБ № 11 (отд. РДТ), Кривой Рог, Украина

Цель исследования: изучить влияние РДТ на динамику клинического состояния больных указанными заболеваниями.

Материал. Пролечено более 5000 больных. Приводим результаты лечения некоторых групп заболеваний. 1-я группа – 105 больных гастроэнтерологическими заболеваниями (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и ДПК, хронический колит, хронический гепатохолецистит, дискинезия желчных путей). 2-я группа – 110 больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ГБ I и II ст., ИБС, атеросклероз). 3-я группа – 112 больных бронхиальной астмой. 4-я группа – 80 больных простой формой шизофрении. 5 группа – 105 больных неврозами.

До настоящего исследования 80% больных лечились традиционными методами в соответствующих стационарах. Однако значительного улучшения состояния не отмечалось.

Методы. Голодание длительностью от 7 до 21 суток проводилось по методу профессора Ю.С. Николаева. Восстановительный период в условиях ГБ № 11 проводился по нашей методике РДТ, утвержденной Криворожским горздравотделом.

Результаты. У больных 1-й группы выявлено клиническое выздоровление в 23,8% случаев, значительное улучшение – в 40%,

улучшение – в 20%, нестойкое улучшение – в 9,5%, без перемен – в 4,8%, обострение – в 1,9%. У больных 2-й группы клиническое выздоровление отмечено 29% случаев, значительное улучшение – в 41%, улучшение – в 30%. Из больных 3-й группы значительное улучшение имело место у 43,8%, улучшение – у 33%, без эффекта – 23,2%. У больных 4-й группы отмечалось более стойкое улучшение (В) в 35% случаев, значительное улучшение (С) – в 42,5%, улучшение (Д) – в 12,5%, без перемен – 10%. У больных 5-й группы клиническое выздоровление зафиксировано в 33,3% случаев, значительное улучшение – в 43,8%, улучшение – в 20%, состояние без перемен – в 29%. (Более подробно о лечении этих и других заболеваний смотрите в наших публикациях).

Выводы. Таким образом, метод разгрузочно-диетической терапии (РДТ) высокоэффективен при самых разных заболеваниях, если проводится правильный отбор и лечение больных квалифицированными, владеющими этой методикой специалистами. Метод РДТ рекомендуется для внедрения в практику здравоохранения.

В

6 Обеспечение организма питательными веществами во время периодической деятельности желудочно-кишечного тракта

Василевская Л.С., Журавлев Б.В., Орлова С.В.
НИИ питания РАМН, НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН, РУДН (каф. клинической нутрициологии), Москва, Россия, e-mail: rudn_nutr@mail.ru

Цель исследования: изучить некоторые вопросы использования организмом резервных запасов питательных веществ из депо при годичной периодической деятельности желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. Исследования проводились на 12 собаках с фистулами желудка по Басову, фистулой протока поджелудочной железы по Фоминой, фистулой желчного протока по Нестерину и вживлением биполярных электродов в различные подкорковые структуры и разные участки коры головного мозга.

Показано, что в активные периоды периодической деятельности желудочно-кишечного тракта выделяется в желудке значительное количество слизи с высоким содержанием ферментов, поджелудочной железой – сока со значительной активностью общих протеиназ, липазы и амилазы, высоким содержанием ингредиентов печеночной желчи. В паузы между периодами активности не только уменьшается секреция соков и слизи, но и резко падает концентрация в соке ферментов и ингредиентов желчи, т.е. ферментотделительные и секреторные процессы подчиняются периодической закономерности и являются собственно секреторными процессами.

Установлена связь периодической деятельности желудочно-кишечного тракта, периодических изменений электрической активности в гипоталамических структурах и коре головного мозга и содержанием глюкозы в крови.

По-видимому, эта взаимосвязь лежит в основе мобилизации питательных веществ из депо организма и обеспечения необходимого уровня этих веществ в крови в это время.

Г

7 О взаимоотношениях закономерностей динамики клинического состояния и проявлений феномена катарсиса в процессе РДТ психически больных

Гурвич В.Б.

Московский НИИ психиатрии, Москва, Россия,

e-mail: gourion@list.ru

Цель исследования: анализ взаимоотношений при РДТ клинических данных и катарсических явлений с точки зрения терапевтических механизмов метода.

Материал и методы: 84 больных с пограничными психическими заболеваниями и вялотекущей и малопрогрессирующей шубообразной шизофренией; клинический и психологический методы.

Изменения клинической картины больных с психическими заболеваниями под действием РДТ основательно изучены и обусловлены фазным, поэтапным характером психотропного (психостимулирующего, антидепрессивного, седативного) действия метода; элективностью клинического действия РДТ в отношении психопатологических расстройств при пограничных состояниях и шизофрении; закономерностями клинической динамики психического состояния. Характерными особенностями клинической динамики являются: кратковременное усиление (обострение) психопатологических расстройств в начальных стадиях голодания и питания с выявлением скрытой, латентной симптоматики; сравнительно быстрая редукция психических расстройств после ацидотического криза в 3-й стадии голодания или (у больных шизофренией) во 2-3-й стадиях восстановления; умеренный седативный эффект с нормализацией самосознания с субъективными ощущениями "облегчения в голове", "прояснения", "внутреннего успокоения" в 3-й стадии голодания; инверсия аффекта с возникновением эмоционального оживления, эйфории или преходящих гипоманиакальных состояний преимущественно во 2-3-й стадиях питания.

Мало изучен подход к терапевтическим изменениям клинической картины в процессе РДТ у данных больных с точки зрения психологического (психофизиологического) катарсиса. При этом подходе усиление-обострение болезненной симптоматики в начальных стадиях голодания и последующего питания может рассматриваться как ее "репродукция", редукция психических расстройств после криза – как "очищение душевной сферы – освобождение", седативный эффект в 3-й стадии голодания – как "осознание", изменение аффекта в периоде питания в сторону эмоционально положительного и терапевтического эффект – как "возвышение". Подобный подход имеет значение при проведении системной клинической психотерапии в комплексе РДТ.

Анализ взаимоотношений клинического и катарсического подходов в динамике психического состояния при РДТ показывает их взаимосвязь и обогащает представление о терапевтическом действии лечебного голодания.

И

8 Практика внедрения метода разгрузочно-диетической терапии в Республике Бурятия

Извекова Л.И., Очиров В.М., Ермалаев Н.Н., Митупов М.Б., Костров И.Б.

Лечебно-профилактическое управление оказания медицинской помощи взрослому населению, Управление здравоохранения Администрации Улан-Удэ, Кожно-венерологический диспансер, Республиканский учебно-научно-медицинский центр повышения квалификации работников МЗ Республики Бурятия, Улан-Удэ, Россия

В Республике Бурятия с 1994 года создаются устойчивые условия для благоприятного восприятия метода разгрузочно-диетической терапии (РДТ) со стороны медицинской общественности и обеспечения профессионального роста кадров в этой области. Преде-

лана большая работа по массовой информированности населения о профилактической и лечебной пользе метода не только с привлечением СМИ, но и с помощью заинтересованных социальных структур, с приглашением ученых и практических врачей из Бурятии и других российских регионов. В республике в разных лечебно-профилактических учреждениях (стационары и поликлиники) пролечены около 6500 больных с разной патологией.

Под эгидой органов здравоохранения республики под научным руководством профессоров А.Н. Кокосова (Санкт-Петербург) и С.М. Николаева (Улан-Удэ) проводятся на регулярной основе всероссийские научно-практические конференции "Байкальские чтения", посвященные применению методов РДТ и традиционной бурятско-тибетской медицины, с соответствующим изданием сборников материалов.

В 2004 году выпущена книга "РДТ в Республике Бурятия", значимое издание с детальным описанием процесса внедрения РДТ в Бурятии с выступлениями полного спектра участников данной работы от руководящих лиц здравоохранения всех уровней до практических медицинских работников. В книгу включены отзывы показательных больных. В ней, кроме всего, содержатся все приказы Министерства здравоохранения Республики Бурятия и Управления здравоохранения Администрации города Улан-Удэ, на основе которых развивается работа по применению метода.

Возрождение российской научно-практической школы РДТ по инициативе органов здравоохранения Бурятии в 90-х годах является важным концептуальным и организационным этапом в сохранении накопленных медицинских знаний многих поколений врачей, а также более качественного подходом к применению данной методики в современной системе здравоохранения Российской Федерации с учетом возрастания хронической патологии и полиморбизма в целом. Кроме того, становится весьма актуальным вопрос повышения грамотности медицинской общественности и населения в отношении применения РДТ (показания и противопоказания, технологии применения в разных условиях), особенно на фоне активной научно-популярной пропаганды народных способов лечения и оздоровления со стороны различных общественных деятелей через СМИ и множество издательств. Возможность предоставления выбора РДТ населению наряду со всеми остальными методами лечения с гарантией получения квалифицированного медицинского наблюдения считается также важным фактором повышения качества обслуживания и комфорта для всех лиц, желающих пройти курс РДТ.

В Республике Бурятия в данный момент прорабатываются вопросы дальнейшего и более эффективного внедрения метода РДТ в перспективе более тесного сотрудничества с поликлинической сетью. В частности, предусмотрен проект ближайшего создания полноценной пилотной базы, на которой можно будет сосредоточить терапевтическую (стационарную и поликлиническую) практику, научную и исследовательскую работу, образовательную деятельность (для медсестер и врачей) и поддерживать с помощью различных общественных мероприятий уровень широкой информированности населения в отношении знаний и практики РДТ и прочих оздоровительных методов.

К

9 Опыт применения колоногидротерапии при проведении разгрузочно-диетической терапии

Катаргина Р.Г., Яцишина С.Н., Колодина И.А.

Лечебно-оздоровительный центр "Афродита", Благовещенск, Амурская область, Россия

Одной из составных частей комплексной программы очищения организма в нашем центре является процедура мониторингового очищения кишечника с помощью аппарата "АМОК-2". Колоногидротерапия (КГТ) способствует выведению из организма вредных веществ. В процессе лечебного голодания в организме накапливаются продукты неполного сгорания жира – кетоновые тела, которые необходимо выводить из организма через кишечник. Регулярное проведение "очистительных" процедур, по опы-

ту работы, устраняет или предупреждает возможные неприятные ощущения общего характера – слабость, вялость, тошнота, головная боль, плохой сон. До недавнего времени в нашем центре предпочтение отдавалось механической очистке кишечника путем проведения очистительных клизм с настоями трав. В настоящее время нами используется новейшая технология санации внутренней среды организма от продуктов клеточного метаболизма – колоногидротерапия.

Цель исследования: оценить эффективность проведения КГТ во время разгрузочного периода у пациентов при проведении РДТ в сравнении с очистительными клизмами. Основной задачей являлось совершенствование мероприятий, способствующих более полному и качественному очищению толстой кишки.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 29 больных в возрасте от 24 до 56 лет с различной патологией, составивших две группы: 1-я группа (основная) составила 15 человек, получавших, помимо очистительных клизм, КГТ. 2-я группа (контрольная) составила 14 человек, которым проводились только очистительные клизмы. За основу контроля разгрузочного периода, как и вообще всей РДТ, бралась самооценка больных своего состояния и клинические наблюдения врача, а также анализ мочи на ацетон – до и после проведения очистительных процедур. Все пациенты консультированы гастроэнтерологом, путем опроса и пальцевого исследования исключались увеличенные, склонные к кровоточивости геморроидальные узлы. Очистительные клизмы проводились ежедневно. Объем жидкости на одну клизму – около 1-2 литров в зависимости от индивидуальной переносимости пациента. Колоногидротерапия проводилась через день, курсом от 3 до 5 процедур в зависимости от переносимости. Проведенное сравнительное исследование показало, что у больных, получавших КГТ, достоверно в ранние сроки исчезал ряд основных клинических проявлений эндотоксикоза. У первой группы пациентов после проведения КГТ, период "нарастающего кетоацидоза" протекал благоприятнее, чем у пациентов, которым проводились только очистительные клизмы. Такие симптомы, как нарастание общей слабости, головная боль, плохой сон, тошнота являются признаками недостаточности очистительных процедур. В первой группе эти признаки наблюдались только у 2 (13,3%) человек, в то время как во второй группе 6 (42,8%) пациентам требовалось проведение дополнительной очистки. Положительная динамика клинических симптомов в группе больных, получавших КГТ, сопровождалась более быстрым снижением уровня ацетона в моче. Состояние больных, получивших курс КГТ, расценено как удовлетворительное. При проведении процедуры не было отмечено побочных эффектов. Все больные хорошо переносили КГТ. Во второй группе 20% больных требовалась дополнительная очистка из-за выраженных симптомов интоксикации.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ показал, что курсовое назначение КГТ улучшает качество жизни у пациентов при прохождении РДТ, и позволил сделать вывод о его хорошей переносимости. Анализ полученных данных свидетельствует о достоверно более быстрой нормализации общего состояния в период "нарастающего кетоацидоза". Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности включения КГТ в комплекс очистительных процедур при проведении РДТ.

Выводы. Колоногидротерапия, применяемая в фазу "нарастающего кетоацидоза", позволила улучшить качество жизни, о чем свидетельствует более быстрая нормализация клинических показателей. При проведении КГТ не было отмечено побочных эффектов. Все больные хорошо переносили процедуру.

10 Разгрузочно-диетическая терапия в России (некоторые итоги и перспективы)

Кокосов А.Н.

СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

В истории развития разгрузочно-диетической терапии (РДТ) в России можно, по-видимому, выделить два периода: от создания метода до периода "перестройки" и после нее.

В **первом периоде**, который следует отсчитывать от начала создания метода РДТ проф. Ю.С. Николаевым (в Москве и Ростове-

на-Дону), проводились его клиническая апробация при соматической патологии по заданию Главного лечебно-профилактического управления МЗ СССР во Всесоюзном НИИ пульмонологии в Ленинграде (А.Н. Кокосов), создание и утверждение "локальных" методических рекомендаций применения РДТ при психиатрической и соматической патологии, научно-практическое применение РДТ во многих медицинских учреждениях страны, публикация материалов, проведение локальных конференций. "Венцом" этого периода было обсуждение "сути" и результатов применения РДТ (по докладу Ю.С. Николаева и содокладу А.Н. Кокосова) на совместном заседании президиума Академии медицинских наук и президиума Ученого совета Минздрава СССР с положительным решением о возможности использования этого метода, а также последовавшая за этим Всесоюзная научно-практическая конференция с широким обсуждением наработанных материалов. Итогом этих принципиально важных событий явились методические рекомендации по применению РДТ при соматической и нервно-психической патологии, изданные под грифом МЗ СССР (его Главного управления лечебно-профилактической помощи населению). Указанный период в истории становления РДТ хорошо и документально представлен в публикациях В.Б. Гурвича и Л.Н. Орловой о "московской" и "ростовской" (Ростов-на-Дону) школах РДТ (см. публикации в "Байкальских чтениях-2 и 3").

Период "перестройки" всей общественно-экономической и политической жизни страны, естественно, отразился и на здравоохранении, многие серьезные организационно-методические разработки (в том числе по РДТ) оказались утраченными.

Переломным моментом в "послеперестроечном" периоде развития РДТ явилось решение министра здравоохранения Республики Бурятия о внедрении РДТ в практику здравоохранения этого дотационного региона, ибо местное население отказывалось покупать дорогие лекарства, что вынудило (зарубежные) фармацевтические фирмы отозвать своих представителей.

В это время ко мне обратилась менеджер Министерства здравоохранения Республики Бурятия К.Л. Годинья с просьбой о внедрении метода РДТ С. Николаева в учреждениях здравоохранения этой республики. Такая работа была проведена, ее результаты нашли отражение в 300-страничной книге "РДТ в Республике Бурятия 10 лет" (Иркутск, 2004), которая составлена из отзывов об этом методе лечения и оздоровления, данных пациентами, медицинскими работниками, организаторами здравоохранения. Вслед за Улан-Удэ метод РДТ стал применяться и в других городах Сибири – Омске, Новосибирске, Благовещенске-на-Амуре, Барнауле, Тюмени. Отраднo, что РДТ стала применяться и в санаторно-курортной практике (санатории "Горячинск" и "Аршан" в Бурятии, санатории в Барнауле, санаторий "Колос" под Омском). Фактически речь идет о создании в вышеуказанных городах своего рода центров РДТ.

Несомненно, отраднoм фактом является постепенное накопление опыта использования РДТ не только в лечении, но и в оздоровлении организма. Работа такого рода успешно проводится в Улан-Удэ, Благовещенске, в Алтайском крае (см. в материалах "Байкальских чтений -1, 2").

Принципиально важным фактом является "сращивание" чисто лечебного использования РДТ с научными исследованиями, как это проводится в МСЧ "Нефтяник" (в Тюмени), клинической базе Тюменской медицинской академии, где запланировано несколько кандидатских диссертаций, а руководитель центра РДТ кандидат медицинских наук С.А. Муравьев успешно работает над докторской диссертацией. Большое значение в указанном плане может иметь работа в городе Улан-Удэ Бурятского центра РДТ, который будет располагаться в новом здании, выделенном ему правительством города.

Как я представляю себе некоторые основные направления дальнейшего развития РДТ? Это – активизация научных исследований по расширению нозологических форм, при которых можно и нужно использовать РДТ; это проведение сравнительных исследований по стоимостной оценке общепринятой лекарственной терапии социально значимых форм патологии и РДТ (методика такого рода исследований специально опубликована по моей инициативе в "Байкальских чтениях-3"); это разработка опти-

мальных сочетаний РДТ с методиками традиционной медицины, принципы этих сочетаний (см. по этому поводу публикацию в "Байкальских чтениях-3").

11 Опыт применения сибутрамина (меридиа) у больных с ожирением

Колодина И.А., Катаргина Р.Г.

Амурская областная клиническая больница, Лечебно-оздоровительный центр "Афродита", Благовещенск, Амурская область, Россия

Проблема ожирения приобрела в последние годы не только медицинское, но и социальное значение. Отмечается тенденция к неуклонному росту числа лиц, имеющих ожирение.

Цель исследования: изучить эффективность и переносимость 12-недельной терапии сибутрамином (меридиа) у больных с ожирением.

Материалы и методы. В исследование включены 20 больных (17 женщин и 3 мужчины), которым в течение 3 месяцев проводилась терапия сибутрамином (меридиа) в дозе 15 мг/сут (1 капсула утром). Критерии включения – возраст больных старше 40 лет, установленный диагноз ожирения, необходимость коррекции избыточной массы тела. Всем больным проведено комплексное клинико-лабораторное обследование. Все пациенты имели ожирение, ИМТ > 30, объем талии (ОТ) у женщин > 89 см, у мужчин > 102 см. Все больные имели сопутствующие заболевания: артериальную гипертензию, дислипидемию. В связи с этим мы оценивали уровень холестерина, триглицеридов и АД. Нарушений функции печени и почек выявлено не было. Всем больным рекомендовали низкокалорийное питание, дозированные физические нагрузки.

Результаты. Результаты исследования клинической эффективности применения сибутрамина (меридиа) с целью снижения массы тела показали, что клинически значимого снижения массы тела (на 5% и более) смогли достичь 95% исследуемых, в том числе 65% пациентов похудели более чем на 10%. В среднем снижение массы тела за период наблюдения составило 9,8 кг. Лечение сибутрамином (меридиа) значительно снизило ОТ, что свидетельствует об уменьшении отложений висцерального жира. Объем талии уменьшился на 10,2 см. Наряду с улучшением объективных показателей у больных снизился аппетит, изменилось пищевое поведение. У всех больных на фоне уменьшения ИМТ отмечалось улучшение показателей АД. Исходно систолическое АД в среднем составляло (153±8) мм рт. ст., диастолическое АД – (96±6) мм рт. ст. После лечения показатели АД улучшились: систолическое снизилось до (143±6) мм рт. ст., диастолическое – до (84±4) мм рт. ст. У всех больных при снижении массы тела снижался уровень холестерина и триглицеридов. Уровень триглицеридов снизился на 12,8%, холестерина – на 6,8%. Все больные оценили эффективность лечения как высокую. В начале лечения сибутрамином (меридиа) отмечались побочные эффекты, такие как сухость во рту, жажда, потливость, головокружение, тахикардия, запор. Эти явления проходили самостоятельно через 10-12 дней без отмены препарата. Сухость во рту и жажда сохранялись у части больных на протяжении более длительного времени.

Выводы: Сибутрамин (меридиа) является эффективным и безопасным средством для лечения ожирения. Препарат следует назначать на фоне соблюдения низкокалорийного питания и физических нагрузок. Учитывая высокую распространенность ожирения среди населения и роль ожирения в развитии сопутствующей патологии, данное лекарственное средство должно более активно использоваться в комплексной терапии по снижению веса.

12 Морфофункциональные особенности больших гранулосодержащих лимфоцитов при разгрузочно-диетической терапии

Кузив О.Е.

Тернопольский национальный экономический университет, Украина

Метод разгрузочно-диетической терапии (РДТ) все шире внедряется в клинику внутренних болезней. В публикациях и материалах научно-практических конференций обобщен значительный опыт применения РДТ, который подтверждает выраженный лечебный эффект полного воздержания от пищи при психических, аллергических и хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Однако до сих пор остаются не раскрытыми отдельные звенья саногенетического действия РДТ.

Нами было изучено влияние РДТ на ультраструктуру больших гранулосодержащих лимфоцитов (БГЛ) – естественных киллеров, клеточного звена неспецифической защиты организма.

Обследованы 57 находившихся на РДТ больных с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Возраст обследованных составил от 21 года до 50 лет. Продолжительность разгрузочного периода 14 дней.

Кровь для электронно-микроскопических исследований забирали у пациентов во время поступления в стационар, на 14-е сутки полного воздержания от пищи и при выписке из стационара. Контрольную группу составили 17 доноров в возрасте от 19 до 50 лет.

При электронно-микроскопическом изучении установлено, что БГЛ доноров имели размеры до 12 мкм, низкое ядерно-цитоплазматическое соотношение, неровную поверхность за счет множественных коротких узких микроворсинок. Ядро локализовано эксцентрично, часто бобовидной формы, с одной или несколькими инвагинациями. Конденсированный хроматин, в основном, располагается вдоль ядерной мембраны. В ядрах многих клеток хорошо видны ядрышки. Множественные ядерные поры четко контурируются на местах кариолеммы. В цитоплазме есть много митохондрий округлой, овальной или палочкообразной формы, с хорошо выраженными кристами. По периферии цитоплазмы определяется множество пузырьков с гладкими стенками, вакуолей, свободных рибосом и полисом, микрофибрилл, мультивезикулярные тельца. Канальцы гранулярной эндоплазматической сети короткие, множественные. Хорошо развитый комплекс Гольджи представлен везикулами и ламеллярными элементами и в большинстве случаев находится в выемке ядра. В области комплекса Гольджи наряду с электронно-светлыми пузырьками есть и пузырьки с осмиофильным содержимым.

Наиболее типичным для БГЛ является наличие в цитоплазме электронноплотных осмиофильных гранул, имеющих элементарную мембрану. В цитоплазме БГЛ наряду с осмиофильными гранулами можно видеть параллельно-трубчатые структуры, которые представляют собой пучки параллельно и тесно прилегающих трубочек.

При субмикроскопическом исследовании установлено, что ультраструктура типичных БГЛ крови у больных хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта по сравнению с ультраструктурой типичных БГЛ крови у здоровых людей имеет ряд особенностей: чаще встречаются БГЛ с выраженной вакуолизацией цитоплазмы, в которой находятся мелкие гетерогенные зерна неоднородной электронной плотности. В подавляющем количестве митохондрий наблюдается альтерация крист, а короткие канальцы гранулярной эндоплазматической сети вакуолизированы, в отдельных местах – фрагментированы. В области комплекса Гольджи обнаруживаются пылеобразные пузырьки разной электронной плотности.

На 14-е сутки разгрузочного периода БГЛ сохраняли округлую форму с множественными короткими микровиллами. Наиболее характерной морфологической особенностью БГЛ лимфоцитов в этот период наблюдения было наличие в их цитоплазме двух-трех больших округлых осмиофильных гранул однородной электронной плотности, имеющих элементарную мембрану. Редко встречались параллельно-трубчатые структуры. Цитоплазма

лимфоцитов отличалась своей "чистотой" с четко контурированными в ней листками кариолеммы и внутриклеточными мембранами органелл.

В конце восстановительного периода в крови обследованных больных доминировали БГЛ с признаками гиперпластических процессов органелл цитоплазмы и ядра.

Таким образом, РДТ у больных с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта улучшала структуру БГЛ крови, что повышало их функциональную активность.

13 Концепция основных саногенетических механизмов лечебного действия разгрузочно-диетической терапии, оценка эффективности и перспективы развития

Кузив П.П.

Тернопольский национальный экономический университет, Украина

Несмотря на очень большое количество работ, которые демонстрируют положительный лечебный эффект и преимущества разгрузочно-диетической терапии (РДТ) при патологии органов пищеварения, немало механизмов саногенного, адаптогенного влияния этого вида лечения с целью поддержания физиологического состояния организма остаются нераскрытыми.

В период с 1983 по 2006 гг. в городской коммунальной больнице № 2 города Тернополя методом РДТ пролечили 1936 пациентов, из них 1583 с патологией органов пищеварения, 241 – с болезнями дыхательной и 142 – сердечно-сосудистой систем.

Проведены клинико-лабораторные, инструментальные и морфологические исследования и обобщены их результаты.

Согласно проведенным морфологическим исследованиям считаем, что аутолитический эффект обусловлен, с одной стороны, повышением количества и функциональной активности естественных киллеров, которые уничтожают только больные клетки и стимулируют репаративные процессы в тканях и органах, а с другой стороны – повышением активности лизосомального аппарата нейтрофильных гранулоцитов.

При длительном разгрузочном периоде наблюдается депрессия как клеточного, так и гуморального звена иммунитета. На фоне выраженной специфической иммунной депрессии увеличивается количество и функциональная активность естественных киллеров, макрофагов и нейтрофильных гранулоцитов.

Лечебное голодание оказывает адаптогенное воздействие на организм. Каков же механизм адаптогенного воздействия голодания? Исходя из проведенных исследований, можно утверждать, что эндогенное питание (переключение энергетического обмена с углеводного типа на жировой) является одним из основных механизмов приспособления при РДТ. С другой стороны, в основе лечебного эффекта РДТ лежит аутолиз нежизнеспособных клеточных структур, активное освобождение от конечных продуктов обмена веществ, эндотоксинов, включая метаболиты лекарств, чужеродных агентов, очищение рецепторов клеток, повышение факторов неспецифической резистентности при одновременной стимуляции репаративных процессов. РДТ осуществляет корригирующее влияние на измененные показатели гомеостаза и служит модулятором, который устраняет структурную и функциональную патологию тканей и органов путем интенсификации метаболизма в пределах физиологической нормы, которая определяется генотипом.

Можно утверждать, что РДТ есть эффективный метод лечения при различной патологии пищеварения, дыхательной и сердечно-сосудистой систем. У большинства пациентов РДТ вызывает уменьшение или исчезновение симптоматики основного и сопутствующих заболеваний. РДТ не изменяет основные морфологические и биохимические показатели крови. РДТ приводит к нормализации изначально повышенной или пониженной секреторной функции желудка, поджелудочной железы, не оказывая существенного влияния на людей с нормальной функцией указанных органов. РДТ оказывает нормализующее влияние на Т- и В-звенья иммунитета, содействует повышению неспецифической резистентности организма, что обеспечивает стойкую клиническую ремиссию.

Для обеспечения перспективного развития метода РДТ и внедрения его в клиническую практику медицинских учреждений Украины не только с лечебной, но и профилактической целью необходимо: 1) организовать курсы для обучения врачей методу РДТ; 2) озакончить общественность через радио, телевидение, прессу с методом РДТ; 3) провести работу среди врачей, студентов, школьников и пациентов, а также населения, пропагандируя среди них идеологию здорового образа жизни; 4) создать выездные научно-практические бригады для популяризации и распространения положительной информации о методе РДТ.

Л

14 Роль когнитивно-поведенческой психотерапии в комплексной программе лечения больных с ожирением и метаболическим синдромом при подготовке к этапу разгрузочно-диетической терапии

Лаптева Е.Н., Лаптева Н.С., Дудова Н.В., Любегина Г.В., Николаев Ю.О.

ООО "Ленмедцентр", Санкт-Петербург, Россия, e-mail: lenmedcenter@mail.ru

Ранее нами было показано, что применение РДТ у больных с метаболическим синдромом без постепенного перехода на непривычный для этой категории больных образ жизни и без изменения пищевого поведения не является целесообразным и имеет нестойкий эффект, приводящий к быстрому рецидиву набора массы тела и прогрессированию заболевания.

Цель данного исследования: показать роль когнитивно-поведенческой психотерапии (реконструкции-коррекции устоявшихся взглядов на образ жизни, режим питания, двигательную активность) при подготовке к этапу разгрузочно-диетической терапии. Нами был разработан опросник, состоящий из 45 вопросов, касающихся вышеуказанных направлений. Опрос проводился до и после лечения (7-10 месяцев).

Материалы и методы. Нами был разработан опросник, состоящий из 45 вопросов, касающихся вышеуказанных направлений. Опрос проводился до и после лечения (7-10 месяцев).

Под наблюдением находились 50 человек в возрасте от 19 до 65 лет. 20% составили мужчины, 80% – женщины. В группу принимались только пациенты, желающие изменить образ жизни, свои пищевые привычки и выполнять рекомендации врача. Из группы практически на начальном этапе были исключены больные, предпочитающие здравому смыслу хирургическое вмешательство или установку внутрижелудочных баллонов, а также лица, отдающие предпочтение какой-либо медикаментозной терапии. При поступлении на амбулаторное лечение более 75% больных считали, что для того чтобы походить и приобрести здоровье, есть нужно как можно реже, иногда до 1-2 раз в день. Практически все больные, несмотря на известное изречение "ужин отдай врагу", основной прием пищи переносили именно на поздний вечер, мотивируя этот факт самыми различными причинами. На вопрос: "Едите ли Вы сладкое?" отвечали – "нет", и тут же говорили, что просто пьют чай 5-8 раз в день "только с одной конфеткой" или добавляя каждый раз "не более 2-3 ложечек сахара".

Более 95% из находившихся под наблюдением больных высказывали негативные мысли по поводу более подвижного образа жизни: "Я не могу много ходить, так как у меня избыточная масса тела" или "Я работаю начальником и очень занят, когда уж мне вести подвижный образ жизни". На вопрос: "Как Вы проводите выходные?" более 50% больных отвечали, что ходят в кино или просто отдыхают дома у телевизора.

Для формирования мотивации лечения большое значение имели обсуждение с больными соматических осложнений ожирения, начальных проявлений метаболического синдрома, а также измененных результатов данных лабораторных и инструментальных исследований. При этом, с одной стороны, внимание больных направлялось на обратимость вторичных соматозндокрин-

ных расстройств при нормализации массы тела, с другой стороны, подчеркивалось, что привычный образ жизни, приводящий к соматоэндокринным расстройствам, может представлять непосредственную угрозу для жизни. Наблюдение и работа с больными проводились на протяжении 5-7 месяцев.

Результаты. В процессе лечения постепенно менялись пищевые привычки пациентов; больные становились более активными; наблюдалось улучшение общего самочувствия на фоне потери избыточной массы тела; уменьшался объем подкожно-жировых складок; имели место нормализация или значительное улучшение результатов лабораторных исследований. Это способствовало абсолютно адекватному переходу к следующему этапу коррекции методом разгрузочно-диетической терапии.

Заключение. Таким образом, когнитивно-поведенческая психотерапия в комплексной программе лечения больных с ожирением и метаболическим синдромом является пусковым механизмом для формирования мотивации к изменению пищевого поведения, двигательной активности и эмоционально легкому переходу к этапу РДТ с последующим переходом к здоровому образу жизни.

М

15 Особенности микроскопической картины капиллярной крови у больных артериальной гипертензией при разгрузочно-диетической терапии

Макарова Г.А., Муравьев С.А., Суплютов С.Н., Солдатова М.И.

МСЧ "Нефтяник", Тюмень, Россия,
e-mail: gamak2001@mail.ru

Цель исследования: оценить морфологическую картину "живой" крови у больных артериальной гипертензией (АГ) при лечении методом разгрузочно-диетической терапии (РДТ).

Материалы и методы. Курс РДТ проводился в течение 10-14 дней у 24 больных артериальной гипертензией. Средний возраст пациентов составлял (41,0±9,2) года. Изучение капли "живой" крови проводилось с использованием микроскопа "Olympus", увеличение – ×1000.

Результаты проведенного исследования показали, что у 82% больных на 8-12-й день лечебного голодания наблюдается появление в крови специфических аморфных образований в виде удлинённой прозрачной пленки различного размера и плотности, отличающихся по своей морфологии от образующихся нитей фибрина. Ширина этих образований превышает диаметр эритроцитов в 3-5 раз, а длина – в десятки раз. У пациентов, проводящих курсы РДТ с регулярностью 1-2 раза в год, образования имеют более нежную структуру, тогда как у больных с выраженной клиникой АГ на первых курсах РДТ пленки имеют грубую структуру.

Дополнительно в крови у больных отмечалось появление кристаллов, которые по своему строению, форме и структуре соответствовали кристаллам мочевой кислоты. Количество и размеры этих кристаллов были больше у пациентов, у которых на УЗИ выявлялись признаки нефролитиаза.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности использования микроскопии "живой" крови для оценки эффективности лечебного голодания у больных артериальной гипертензией.

16 Курс эндоэкологической реабилитации как метод, оптимизирующий эффекты разгрузочно-диетической терапии

Молчанова В.Н., Кольц О.Ю.

Клиника естественного оздоровления "Санаторий Кивач", Карелия, Россия

Метод эндоэкологической реабилитации (ЭРЛ) и лечения на клеточно-организменном уровне, базирующийся на механизмах управления функциями лимфатической системы и периферическим гуморальным транспортом, на практике доказал свою целе-

сообразность и высокую эффективность в подготовке к разгрузочно-диетической терапии. Показано, что коррекция гуморального транспорта на клеточном уровне, активация эфферентных систем организма (стимуляция работы органов детоксикации), эпидецентриальная терапия, активация адаптационных механизмов являются необходимым звеном в саногенетическом процессе. Этот метод отличается технической простотой, атравматичностью, экономичностью, эффективностью. Основной задачей ЭРЛ является нормализация физиологического состояния путем восстановления эндоэкологического равновесия. Базовая программа ЭРЛ включает в себя: разгрузочно-диетическую терапию (в клинике используются всевозможные варианты вегетарианской диеты, раздельного питания, разработанные врачом-диетологом индивидуальные редуцированные диеты с учетом заболеваний и вкусовых предпочтений пациентов, а также метод "дозированного" голодания, сокотерапия); стимуляцию интерстициального гуморального транспорта и лимфатического дренажа; оптимизацию барьерной функции лимфатических узлов; усиление детоксикационной функции и оптимизацию желчеобразующей функции печени; усиление детоксикационной функции почек; кишечный диализ; энтеросорбцию; лимфотропную терапию; иммуномодулирующие воздействия; использование пробиотиков; антигомотоксическую терапию и др. Этот комплекс взаимосвязанных процедур путем активации эфферентных систем организма и своевременного и адекватного выведения продуктов метаболизма позволяет создать "управляемый" ацидоз.

Результатом проведения курса эндоэкологической реабилитации с последующей разгрузочно-диетической терапией является: увеличение длительности ремиссии и уменьшение частоты обострений хронических заболеваний, уменьшение дозы приема лекарственных средств, а в ряде случаев – полная отмена фармакотерапии, снижение частоты и сроков госпитализаций, снижение избыточного веса и коррекция фигуры, возможность беременности и рождения здорового ребенка.

17 Критерии эффективности разгрузочно-диетической терапии при артериальной гипертензии

Муравьев С.А., Дмитриева О.А., Яхин Д.К.

МСЧ "Нефтяник", Тюмень, Россия,
e-mail: mail@clinica72.ru

Цель исследования: оценить критерии эффективности разгрузочно-диетической терапии (РДТ) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Обследован 61 пациент с АГ 1-3 степени. Всем больным был выполнен комплекс обследований до курса РДТ и в динамике через 1 и 6 месяцев, включающий: суточное мониторирование АД (СМАД), стресс-ЭхоКГ; определение микроальбуминурии (МАУ) методом иммунотурбидиметрии, исследование скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина.

Курс РДТ проводился по методике полного влажного голодания.

Результаты. По данным СМАД на фоне достоверного снижения САД и ДАД через 1 и 6 месяцев после курса РДТ (p<0,05) отмечено также снижение скорости утреннего подъема САД через 1 месяц наблюдения (p<0,05). По результатам стресс-ЭхоКГ выявлено достоверное увеличение диастолического резерва ЛЖ через 1 месяц после курса РДТ (p<0,05). Анализ лабораторных показателей показал динамику МАУ через 1 и 6 месяцев после курса РДТ: общее количество пациентов с МАУ уменьшилось через 1 месяц после лечения на 37,2% (p<0,05), через 6 месяцев – на 34,8%. Число пациентов с нормальной СКФ среди больных АГ увеличилось через 1 месяц на 37,3% (p<0,01), через 6 месяцев – на 37,9% (p<0,01).

Выводы. Показатели СМАД отражают гипотензивное действие метода РДТ у больных АГ не только на фоне лечения, но и в проспективном наблюдении. Данные стресс-ЭхоКГ свидетельствуют о повышении диастолического резерва ЛЖ у больных АГ при использовании метода РДТ. Исследование МАУ и СКФ у больных АГ являются дополнительными критериями как для оценки прогрессирования гипертонической нефропатии, так и для контроля эффективности РДТ.

О

18 Лечебное голодание как метод коррекции метаболических нарушений в организме

Орлова Л.А., Рублева А.Б.

Психоневрологическая больница Ростгорздравотдела (отд. лечебного голодания), Ростов-на-Дону, Россия, e-mail: fararek@mail.ru

Данная работа посвящена анализу и оценке РДТ как одного из наиболее радикальных, универсальных и безопасных методов коррекции нарушений метаболизма в организме человека, представлен обзор истории развития метода РДТ, современных представлений о механизмах влияния лечебного голодания на обмен веществ, а также о показаниях и противопоказаниях к его применению. Авторы подчеркивают, что эффективность РДТ существенно повышается при использовании мероприятий, направленных на усиление дезинтоксикации и смягчение явлений аутоинтоксикации. Это применение активированного угля, природных антисептиков ("Коллоидного серебра", фитосборов), энтеросорбентов ("Нутриклинз"), "очистение лимфы" или эндоэкологической реабилитации по Ю.М. Левину (препарат "Катрэл"). В восстановительном периоде рекомендовано применение витаминно-минерального комплекса "Витабаланс 2000", "Комплекса лакто- и бифидобактерий", обеспечивающего "посев" микрофлоры, препаратов спирулины и хлореллы ("Зеленое Волшебство") и "Высококачественного лецитина", которые значительно сокращают длительность астенического периода при восстановлении. Дана краткая характеристика названных препаратов с описанием их состава и механизмов действия на обмен веществ.

19 Лечебное голодание, избыточный вес и гормоны

Орлова Л.А., Рублева А.Б.

Областной реабилитационный центр (отд. лечебного голодания), Ростов-на-Дону, Россия, e-mail: fararek@mail.ru

В данной работе представлен анализ влияния избыточного веса на здоровье и качество жизни современного человека, оценивается роль и значение в развитии ожирения женских и мужских половых гормонов, гормонов щитовидной железы, инсулина, пролактина, кортизола и его гиперпродукции при стрессе. Авторы подчеркивают, что РДТ, как никакой другой метод лечения, способствует оптимизации работы эндокринной системы и у мужчин, и у женщин. Значительно усиливает эффект голодания и уменьшения веса применение в восстановительном периоде БАД, одни из которых способствуют нормализации гормональной деятельности ("Магниум С", "Магниум Е", "Магниум А", "Йодоселен", "Кальциевый комплекс"), а другие – "не дают" набирать вес ("Витатрим", "Мука Иерусалимского Артишока"). В подтверждение эффективности сочетания РДТ и БАД приводятся данные по лечению ожирения, обусловленного эндокринными нарушениями, у 18% женщин в 1994-1995 гг. (голодание "в чистом виде") и в 2004-2005 гг. (РДТ с использованием "Коллоидного серебра", "Нутриклинза", "Витатрима" и "Муки Иерусалимского Артишока"). Показано, что набор веса после курса голодания с применением вышеуказанных БАД сократился в среднем в 2 раза.

20 Лечебное голодание как высокоэффективный метод терапии доброкачественных опухолевых и предопухолевых заболеваний

Орлова Л.А., Рублева А.Б.

Областной реабилитационный центр (отд. лечебного голодания), Ростов-на-Дону, Россия, e-mail: fararek@mail.ru

В данном исследовании представлен краткий исторический обзор развития метода РДТ, описана разработанная авторами модификация метода с использованием "Коллоидного серебра" и БАД ("Йодоселен", "Витабаланс 2000", "Кальциевый комплекс", "Омега-3", "Лецитин", витамины А, Е, С). Произведен анализ результатов РДТ у 113 больных с доброкачественными новооб-

разованиями (мастопатиями, фибромами, миомами, кистами яичников, аденомой простаты). Показано, что применение БАД в ходе РДТ на 8-31% повышает эффективность терапии (особенно у больных с фибромами и миомами) и обеспечивает более стойкие результаты (при 1,5-летнем катамнестическом наблюдении рецидивы возникли в 1,5-2 раза реже, чем при фармакотерапии и хирургических вмешательствах). Полученные данные, по мнению авторов, подтверждают, что РДТ является мощным стимулятором гуморального и клеточного иммунитета, обеспечивает лизис опухолевых клеток и измененных клеточных структур, а БАД дополняют и усиливают лечебный эффект РДТ, предотвращая клеточные мембраны от перекисного окисления липидов.

21 Опыт лечения затяжных форм психических заболеваний дозированным голоданием

Орлова Л.А., Рублева А.Б.

Психоневрологическая больница Ростгорздравотдела (отд. лечебного голодания), Ростов-на-Дону, Россия, e-mail: fararek@mail.ru

РДТ по методике Ю.С. Николаева проводилась в условиях психиатрического стационара 34 больным с различными психическими заболеваниями с затяжным течением и резистентностью к другим методам терапии. Из них 19 больных страдали шизофренией, 4 – эпилепсией, 4 – хроническим алкоголизмом, 2 – инволюционным психозом, 2 – опийной наркоманией, 1 – маниакально-депрессивным психозом, 1 – психопатией, 1 – церебральным атеросклерозом с ипохондрическим синдромом.

В результате лечения у большинства (10 человек) больных шизофренией достигнуто существенное улучшение в виде заметной редукции не только продуктивной, но в еще большей степени негативной симптоматики. Кроме того, РДТ способствовала преодолению резистентности к последующей медикаментозной терапии. У больных с эссенциальной эпилепсией также достигнута отчетливая положительная динамика. У больных хроническим алкоголизмом и наркоманией РДТ способствовала быстрому купированию абстинентного синдрома и улучшению соматического состояния. Успешно купирована затяжная фаза у больного с максимально депрессивным психозом. Лечение нейролептиками после курса РДТ также привело к быстрой редукции психических расстройств у больных инволюционным психозом.

22 Опыт проведения эндоэкологической реабилитации

Орлова Л.А., Рублева А.Б.

Областной реабилитационный центр (отд. лечебного голодания), Ростов-на-Дону, Россия, e-mail: fararek@mail.ru

В настоящем исследовании дана оценка влияния экзо- и эндотоксинов на организм человека, предложена классификация последних. Разработана новая методика, предусматривающая сочетание РДТ как одного из видов естественной дезинтоксикации с эндоэкологической реабилитацией по Ю.М. Левину (ЭЭР) или "очистением" лимфы с помощью БАД "Катрэл" и активированным углем. Приведены данные по использованию данной методики у 1060 больных с самой различной патологией. Авторы подчеркивают, что ни у кого из пациентов не возникало каких-либо осложнений, побочных явлений или аллергии на применяемые препараты. Практически во всех случаях РДТ с "очистением" лимфы позволяла добиться существенно лучших результатов, чем голодание "в чистом" виде. Сравнительный анализ данных по РДТ доброкачественных опухолей за период с 1995 по 1999 гг. и с 1999 по 2002 гг. показал, что сочетание голодания с ЭЭР повышает эффективность терапии мастопатий на 18%, фибром и миом матки – на 20%, кистозных поражений яичников – на 13%, аденом предстательной железы – на 9%.

23 Применение РДТ для лечения и дифференциальной диагностики анергических состояний

Орлова Л.А., Рублева А.Б., Подгрушный В.М., Калмыкова Т.С., Миноранская А.П.
Психоневрологическая больница, Ростов-на-Дону, Россия,
e-mail: fararek@mail.ru

Целью данного исследования была оценка возможности использования биологических и фармакологических тестов для дифференциальной диагностики анергических состояний, основным клиническим проявлением которых является снижение общей лексической активности, вялость инертность, гиподинамия. После проведения РДТ методом корреляционного анализа выявлялись предикторы эффективности лечения.

36 больным, из которых 9 страдали шизофренией, 11 – маниакально-депрессивным психозом, 8 – органическими заболеваниями ЦНС, проводились дексаметазоновый тест в модификации Ю.Л. Нуллера и М.Н. Остроумовой и определение нейротропной активности сыворотки крови, а также оценивалась их реакция на однородный прием психостимулятора сиднокарба в дозе до 20 мг. Период полного воздержания от пищи в ходе РДТ по методике Ю.С. Николаева составлял от 15 до 21 дня.

Отчетливый терапевтический эффект голодания отмечен у 68% больных. Анализ результатов показал, что предикторами могут служить положительная реакция на однократный прием сиднокарба и умеренно выраженная активность сыворотки крови. Лечебное голодание также позволяет выявить скрытую и "маскируемую" анергией симптоматику, облегчая тем самым дифференциальную диагностику и, кроме того, способствует преодолению резистентности к психокоррекции.

24 Перепрограммирование патофизиологических обменных нарушений в процессе РДТ

Осинин С.Г.
ООО "Медицинские инновации", Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучение влияния РДТ в сочетании с биологически активными веществами природного происхождения на метаболические процессы при основных обменных нарушениях. **Материал и методы:** 17 больных бронхиальной астмой (БА) в сочетании с обменными полиартрозами, атеросклерозом с повышенной холестеринемией. РДТ применялась по классической методике в сроки от 9 до 10 дней с одновременным использованием реписана, тывквола, цистона до 3 месяцев. Контрольное исследование проводилось до лечения, в конце лечения и через 3 месяца после окончания лечения.

Использование такого подхода было продиктовано сочетанной патологией, а также разрозненными положительными наблюдениями автора при большом опыте применения такой методики. Проведенное системное исследование подтвердило не только клиническую значимость, но и высокую достоверность положительных изменений биохимических показателей. Как правило, у всех исследуемых уже к окончанию курса РДТ имелась тенденция к нормализации как клинических показателей, так и биохимических параметров. Контрольные обследования через 3 месяца выявили дальнейшую положительную динамику изучаемых показателей практически у всех больных. Особенно стоит отметить факт, что даже после прекращения лечения спустя еще 3 месяца продолжались положительные сдвиги как в клинической картине болезни, так и в исследуемых биохимических параметрах. При этом более чем в двух третях наблюдений произошла полная нормализация этих параметров. Анализ полученных результатов дает возможность сделать вывод о том, что данная методика комплексного подхода к лечению этой категории больных позволяет провести своеобразное перепрограммирование патофизиологических процессов и направить работу организма на устранение основных обменных нарушений и нормализацию биохимических показателей. Настоящее исследование предопределяет более глубокое изучение этого феномена.

С**25 Метаболическая терапия метаболического синдрома**

Сергеев В.Н.
Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава, Москва, Россия

Метаболический синдром (МС), известный как синдром инсулинорезистентности, или синдром Х, включает следующие составляющие: абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность, НТГ или сахарный диабет 2 типа, дислипидемию (повышенный уровень триглицеридов в крови и/или низкую концентрацию липопротеинов высокой плотности – ЛПВП), артериальную гипертензию. В последнее время были определены и другие составляющие МС: неалкогольная жировая болезнь печени, хронический панкреатит, гиперурикемия, синдром поликистозных яичников, эндотелиальная дисфункция и пр. Метаболический синдром в последние годы привлекает все большее внимание врачей всех специальностей. Это обусловлено следующими причинами: 1) метаболический синдром широко распространен: примерно у каждого пятого в популяции имеются его признаки; 2) он предшествует возникновению таких болезней, как сахарный диабет 2 типа (ИНСД) и атеросклероз; 3) МС значительно помолодел – с 1994 по 2002 г. частота его встречаемости среди детей и подростков возросла с 4,2% до 6,4%; 4) МС обратим, т.е. при адекватном лечении можно добиться его регресса.

Тяжесть метаболического синдрома определяется количеством компонентов и увеличивается по мере повышения их числа. В профилактике и лечении МС используются два взаимосвязанных медицинских "вмешательства".

1. **Первая линия защиты** – немедикаментозные методы воздействия, в том числе метаболическая терапия: редуцированная диета (в состав которой включаются метаболически направленные и/или сбалансированные смеси, нутрицевтики и фармаконутриенты), адекватная физическая активность, отказ от вредных привычек (употребление алкоголя, курение и проч.).

2. **Вторая линия защиты** – использование фармакологических средств: анорексиков, противодиабетических препаратов (метформина), гипотензивных препаратов (блокаторов АПФ, блокаторов кальциевых каналов, бета-блокаторов и проч.), холестеринснижающих и тромболитических препаратов (статинов) и т.п. Следует отметить, что препараты "второй линии защиты" используются только при неэффективности использования методов "первой линии защиты". Метаболическая терапия включает в себя три взаимосвязанных компонента: дезинтоксикационную, редуциционную и аддитивную терапию.

В опытную группу вошли 72 находившиеся под нашим наблюдением пациента с установленным диагнозом МС (мужчин 45, женщин 27, средний возраст 46-63 года), которым проводилась метаболическая терапия МС, включающая редуциционные диеты, метаболически направленные и сбалансированные смеси, нутрицевтики и фармаконутриенты. Контрольную группу составили 65 сходных по возрасту с больными опытной группы пациентов (мужчин 44, женщин 21) с диагнозом МС, которым назначалась традиционная фармакотерапия. Сроки наблюдения составили от 3 месяцев до 2 лет. У пациентов опытной группы в сравнении с больными контрольной группы выявлена более выраженная положительная динамика нарушенных показателей. Так, в опытной группе снижение массы тела составило в среднем 12-15 кг за 1,5-2 месяца медицинских вмешательств, у 95% больных выявлена нормализация исходно нарушенных показателей липидограммы (общий ХС, ХС ЛПВП, триглицериды, индекс атерогенности), нормализация уровня сахара крови у всех больных с гипергликемией (63 пациента) к концу месячного лечения, как и нормализация исходно повышенного уровня АД у всех больных опытной группы. Достигнутые результаты в течение всего периода наблюдения сохранялись у 82% больных опытной группы. У больных контрольной группы снижение массы тела составило в среднем 6-7 кг, нормализация липидограммы достигнута в 73% случаев, а нормогликемия – в 84% случаев. Только 45% пациентов контрольной группы сохранили достигнутые результаты к концу всего периода наблюдения.

Ш

26 Влияние разгрузочно-диетической терапии на моторику билиарного тракта у больных хроническим панкреатитом

Шелемов Е.Е., Максимов В.А., Чернышев А.Л., Неронов В.А., Зеленцов С.Н., Каратаев С.Д.
Межотраслевое НТО "Гранит", Москва, Россия

Цель: изучить эффективность РДТ в устранении дисфункциональных расстройств билиарного тракта у больных хроническим панкреатитом (ХП).

Материал и методы. Обследованы 59 больных ХП в стадии ремиссии. Оценка моторной функции билиарного тракта проводилась по результатам этапного хроматического дуоденального зондирования (ЭХДЗ) на основе анализа графической регистрации процесса желчеотделения. Разгрузочный период составлял от 10 до 15 дней. Восстановительный период равнялся разгрузочному. ЭХДЗ проводилось до и после окончания курса РДТ.

Результаты. Нормализующее действие РДТ на холесекрецию проявляется в снижении повышенного объема с (59±6) мл до (43±4) мл (норма (34±5) мл, $p < 0,05$) и напряжения с 1,67 мл/мин до 1,43 мл/мин (норма (1,3±0,1) мл/мин, $p > 0,05$) печеночной желчи, снижении повышенного часового дебита печеночной желчи с (122±12) мл/час до (98±8) мл/час (норма (104±7) мл/час, $p > 0,05$) и снижения повышенного объема пузырной желчи с (90±9) мл до (47±5) мл (норма (64±7) мл, $p < 0,05$). До РДТ гипертонус сфинктера Одди отмечен у 33 больных (55,9%), гипотонус – у 14 больных (23,7%), изменения отсутствовали у 12 больных (20,3%). После РДТ тонус сфинктера Одди не был изменен у 25 больных (42,4%), гипертонус встречался у 26 больных (44,0%), гипотонус – у 8 больных (13,6%). Гипертонус сфинктера Люткенса до РДТ был у 25 больных (42,4%), гипотонус – у 16 (27,1%) больных, у 18 больных (30,5%) тонус сфинктера Люткенса не был изменен. После РДТ гипертонус сфинктера Люткенса отмечен у 8 больных (13,6%), гипотонус – у 9 (15,2%), у 42 больных (71,2%) тонус сфинктера Люткенса не был изменен.

Выводы. РДТ оказывает существенное влияние на моторную функцию билиарного тракта, повышая сократительную способность желчного пузыря, улучшая работу сфинктерного аппарата в плане сопряженного действия сфинктеров, а также нормализации их тонуса.

27 Противотуберкулезный эффект – парадокс Шумилова: РДТ как способ лечения мультирезистентных форм туберкулеза

Шумилов В.Н.
Международная академия геронтологии, Минск, Беларусь,
e-mail: vshumilov@narod.ru

Цель исследования: изучить механизмы противотуберкулезного эффекта РДТ (разгрузочно-диетической терапии) – парадокса Шумилова – для использования в комплексном лечении мультирезистентных форм туберкулеза.

Материал и методы. Наблюдается 13 человек, применявших голод с протестной целью по методологии РДТ в условиях пенитенциарной системы Республики Беларусь; 39 человек, участвующих в эстафетных протестных голодовках; больные туберкулезом, стихийно применяющие голодовку с протестной целью; больные с мультирезистентными формами туберкулеза (более 1000 человек).

Результаты. За 10 последних лет не выявлено ни одного случая заболевания туберкулезом у лиц, применявших длительный голод (более 10 суток) с протестной целью, при повышенной заболеваемости туберкулезом тюремного контингента. Нет туберкулеза у голодавших и после освобождения из тюремного заключения при заболеваемости туберкулезом на 100000 населения в Республике Беларусь от 38,4 городских до 69,7 сельских жителей за 2007 год.

Вывод. Протестный голод, обеспечивающий переход на эндогенный режим питания, является саногенным для организма человека и губительным для кислотоустойчивых микобактерий туберкулеза.

Заключение. Получены достаточно убедительные предварительные результаты противотуберкулезного эффекта РДТ (парадокса Шумилова), имеющего особо важное этиологическое и патогенетическое значение для применения РДТ против туберкулеза, а также в комплексном лечении мультирезистентных форм туберкулеза.

28 Эндогенный режим питания на РДТ – физиологический оптимум для включения саногенных механизмов репарации при воздействии малых и сверхмалых доз радиации

Шумилов В.Н.
Международная академия геронтологии, Минск, Беларусь,
e-mail: vshumilov@narod.ru

Цель исследования: изучить механизмы противоракового эффекта РДТ (разгрузочно-диетической терапии) – феномена Шумилова.

Материал и методы. Наблюдается 2730 проживающих на территории Республики Беларусь пациентов (включая автора) в возрасте от 31 года до 74 лет, имеющих хронические соматические заболевания и проходивших классический трехнедельный курс РДТ с обязательным переходом на эндогенный режим питания не менее трех раз за период наблюдения. Динамическое наблюдение проводится под амбулаторным контролем СИЧ (счетчик импульсов человека).

Результаты. За период наблюдений с 1977 года по январь 2008 года не выявлено ни одного случая злокачественных новообразований. Все пациенты проживают в фоновых экологических условиях после катастрофы на Чернобыльской АЭС, получая лучевую нагрузку индивидуальной дозой до 1 мЗв и более в год. Выявленный противораковый эффект обусловлен восстановлением на эндогенном режиме питания иммунитета, барьерной функции клеток, включением саногенных механизмов репарации клеточных структур, мембран и ДНК.

Вывод. Обнаруженный и доказанный эмпирически противораковый эффект РДТ заставляет пересмотреть концепции профилактической медицины, санаторно-курортного дела, диетологии и питания, диспансеризации и здоровья здорового человека. Диктуется необходимость создания НПЦ (научно-практических центров) РДТ не только для высококвалифицированного применения методологии РДТ, но и для фундаментальных научных исследований генома человека на эндогенном режиме питания и функционирования энерго-атомно-молекулярных механизмов саногенеза.

S

29 Therapeutic fasting and personalized diet are key modalities in the treatment of even severe skin diseases

Soultanov, V. S., Punshon T.V.
Aura&Body Centre – 255 Park Street, South Melbourne
Victoria 3205 Australia;
Tel.: 613 9682 7600, fax: 613 9682 5488, www.aurabody.net,
e-mail: admin@aurabody.net

As was mentioned earlier (Клиническое питание. – 2007. – No. 1-2. – P. B10), at the Aura and Body Centre in Melbourne, a Clinic of Alternative Medicine, special attention is paid to therapeutic fasting. As a rule, this method of treatment is recommended to people with serious skin disorders, allergic body reactions, people with excessive weight, chronic fatigue syndrome and other diseases, including diseases of the gastrointestinal tract and cardiovascular system.

Normally, full fasting continues for 9 to 21 days, followed by a gradual recovery period, during which return to normal diet requires maximum discipline, accuracy and ensuring the exact timing of the regime is followed.

Careful attention to the recovery period is particularly important in the case of skin disorders such as allergic reactions, nettle rash (urticaria), eczema, psoriasis, acne vulgaris and pyoderma.

In addition to the recovery period, fasting should be accompanied by cleansing herbal enemas; herbal baths (in some cases with additional bath salts); drinking special herbal teas designed for normalisation of

liver, kidneys and lung function; homeopathy, massage, acupuncture, sauna with use of Bioeffectives; and long walks.

The result is normally positive, and in some cases quite impressive. At the end of the cycle of therapeutic fasting and recovery period, patients receive correction of their diet, which should become part of their ongoing lifestyle. To help patients in this regard, the Centre has a special diet developed specifically for patients with eczema and other serious skin diseases.

Case Study 1

An obese woman aged 38 presented with severe eczema covering both hands and elbows. She complained of periodic cracking, bleeding and pain in the affected areas. As a young girl she was taken to many specialists to help deal with the problem but to no avail. Following 2 years of consistent treatment at our Centre she has been free of eczema for 16 years.

Case Study 2

A young woman of 22 years presented after a life time of severe and unrelenting eczema which covered her whole body and had failed to

respond to conventional treatment. By age 13 she had consulted nine dermatologists, three allergists and two immunologists in Australia, as well as travelling overseas for treatment. By age 20, she was told by one leading allergist that nothing more could be done about her eczema. Following treatment at the Centre, she has been free of eczema for the past 8 years.

Case Study 3

A mature woman aged 54 complained of severe hay fever. After 3 months of persistent symptoms she consulted an immunologist who gave her a range of allergy tests following which he prescribed corticoid-steroids. The symptoms abated for a time. However she developed severe eczema which was concentrated mainly around the mouth area. The medications ceased working and the symptoms returned with a vengeance but now spread throughout her body. Following treatment at the Centre for a period of 6 months the skin became completely clear and hasn't re-occurred since.

Fasting and corrected nutrition played the main role in achieving the foregoing results.

Авторский указатель (РДТ)

А		К		Очиров В.Н.	8
Архий Э.П.	1	Калмыкова Т.С.	23	П	
Ашихмина М.В.	2, 3	Каратаев С.Д.	26	Подгрушный В.М.	23
Б		Катаргина Р.Г.	9, 11	Р	
Батаева Н.А.	4	Койчева Т.И.	5	Рублева А.Б.	18, 19, 20, 21, 22, 23
Брюзгин В.А.	5	Кокосов А.Н.	10	С	
Брюзгина Т.П.	5	Колодина И.А.	9, 11	Сергеев В.Н.	25
В		Кольц О.Ю.	16	Смирнова И.Н.	4
Василевская Л.С.	6	Костров И.Б.	8	Солдатова М.И.	15
Вуколова З.П.	2, 3	Кузив О.Е.	12	Суплютов С.Н.	15
Г		Кузив П.П.	13	Ч	
Гурвич В.Б.	7	Л		Чернышев А.Л.	26
Д		Лаптева Е.Н.	14	Ш	
Дмитриева О.А.	17	Лаптева Н.С.	14	Шелемов Е.Е.	26
Дудова Н.В.	14	Лебедева Л.Н.	3	Шумилов В.Н.	27, 28
Е		Любегина Г.В.	14	Я	
Ермалаев М.Б.	8	М		Яхин Д.К.	17
Ж		Макарова Г.А.	15	Яцишина С.Н.	9
Жамбалов З.Б.	4	Максимов В.А.	26	Abstracts in English	
Журавлев Б.В.	6	Миноранская А.П.	23	Р	
З		Митупов М.Б.	8	Punshon T.V.	29
Зеленцов С.Н.	26	Молчанова В.Н.	16	S	
И		Муравьев С.А.	15, 17	Soultanov V.S.	29
Извскова Л.И.	8	Н			
		Неронов В.А.	26		
		Николаев Ю.О.	14		
		О			
		Оганова А.Г.	2, 3		
		Орлова Л.А.	18, 19, 20, 21, 22, 23		
		Орлова С.В.	6		
		Осинин С.Г.	24		