

МЕСТО РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ

*Г. А. Иваничев, Р. Ш. Шакуров, И. Н. Пинягина, Н. А. Семенова,
Р. Г. Якупова, Л. К. Шагеева, А. Ш. Бидалова*

*Кафедра рефлексотерапии (зав.— проф. Г. А. Иваничев)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

Во время массовых профилактических исследований для выявления различных нарушений, в особенности висцеральных, в настоящее время требуется выполнение трудоемких и дорогостоящих исследований с использованием дефицитной аппаратуры и реактивов; кроме того, нужен многочисленный высококвалифицированный персонал. Поэтому разработка информативных, технически простых и быстро выполнимых методов экспресс-диагностики является одной из важных задач практической медицины. Для данных целей в последнее время за рубежом и в нашей стране стали применять аурикулярную диагностику. Полагают, что функциональные и органические поражения различных внутренних органов и систем сопровождаются изменениями в соответствующих зонах и точках ушной раковины [1, 3].

Зоны и точки ушной раковины — это проекционные зоны тех или иных внутренних органов, различных систем и соматических структур. Поскольку ушная раковина имеет с органами связь не непосредственную, а через различные структуры ЦНС, то следует подчеркнуть, что изменения в зонах и точках ушной раковины свидетельствуют о нарушениях функционального состояния нейронных ансамблей ствола и таламо-кортикальных структур, в которые поступает афферентация с пораженных органов и соматических образований. При болевых проявлениях пораженных органов и систем [1—3] изменения в зонах ушной раковины особенно отчетливо обнаруживаются снижением порога болевой чувствительности, различными морфологическими образованиями (пятна, пузырьки, узелок, чешуйка, рубец), повышением электрокожной проводимости [1, 4].

Аурикулодиагностику осуществляют путем визуального осмотра, пальпации и с помощью аппаратов для рефлексотерапии и рефлексодиагностики («Пчелка», «Элита», «Рефлекс» и др.).

Авторами проведена аурикулярная диагностика у 500 больных с различными патологическими процессами — различными проявлениями остеохондроза поясничного, шейного и грудного отделов позвоночника (280), заболеваниями органов пищеварения (96), органов дыхания (60), гепатобилиарной системы (38) и другими болезнями (26). В 96% случаев результаты аурикулодиагностики совпадали или в последующем подтвержда-

лись данными других дополнительных методов исследования.

Терапия после аурикулярной диагностики оказалась высокоэффективной: в 98,2% наблюдений был получен положительный результат лечения.

Врачи кабинета рефлексотерапии могут вести диспансерное наблюдение и лечение при длительно протекающих и рецидивирующих заболеваниях. В 1977—1987 гг. длительно наблюдались 86 больных (мужчин — 20, женщин — 66) по поводу следующих заболеваний: неврологических проявлений остеохондроза шейного отдела позвоночника (22), невралгии тройничного нерва (18), гипоталамического синдрома, вегетативно-висцеро-сосудистой формы с пароксизмальным течением (6), гипертонической болезни (40). Больные были в возрасте от 20 до 74 лет (20—30 лет — 14, 31—40 — 17, 41—50 — 36, 51—60 — 18 и старше 71 года — один). Длительность заболевания до лечения в клинике не превышала у 3 больных года, у 27 — 5 лет, у 41 — 6—10 лет, у 12 — 11—15 лет, у 3 была свыше 15 лет. В клинике в течение 1—2 лет наблюдались 9 человек, от 3 до 5 лет — 28 и более 5 лет — 49. Повторные курсы стационарного лечения прошли 42 пациента, стационарное и амбулаторное, в том числе противорецидивное, — 44. 26 больных получили только рефлексотерапию с использованием различных ее методов, 60 — рефлексотерапию в сочетании с медикаментозным лечением и физиопроцедурами.

У всех больных лечение оказалось эффективным. У 14 больных результаты лечения были расценены как значительное улучшение. Ввиду ограниченного числа больных и небольших сроков наблюдений полученные результаты лечения можно считать предварительными. Накопление значительного количества наблюдений позволит более дифференцированно определить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

Два раза в год наблюдались 19 пациентов, один раз в год — 39, один раз в 2 года — 15, нерегулярно — 13. Сроки наблюдения колебались от одного года до 8 лет. Вне курсов рефлексотерапии 71 больной получил поддерживающее медикаментозное лечение, 9 — то же самое в сочетании с физиотерапевтическими процедурами, 6 — только рефлексотерапию.

Длительность наблюдения и продолжительность ремиссии при некоторых неврологических заболеваниях

Неврологические формы	n	Продолжительность ремиссии при длительности наблюдения 1—2 года		Продолжительность ремиссии при длительности наблюдения от 3 до 5 лет			Продолжительность ремиссии при длительности наблюдения более 5 лет		
		до 1 года	1—2 года	до 1 года	2—3 года	4—5 лет	до 1 года	1—5 лет	6—8 лет
Неврологические проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника	22	3	1	3	3	6	—	—	6
Невралгия тройничного нерва	18	1	1	4	2	3	—	4	2
Гипоталамический синдром	6	1	1	1	—	—	—	2	1
Гипертоническая болезнь	40	—	—	3	2	1	6	26	2
Всего	86	6	3	11	7	10	6	32	11

Систематическое наблюдение и своевременное проведение лечебных мероприятий позволили добиться длительной ремиссии у большинства больных. Продолжительность ремиссии находилась в определенной зависимости от длительности наблюдения и характера лечебно-профилактических мероприятий (см. табл.). При более длительном наблюдении отмечалась тенденция к увеличению продолжительности ремиссии.

Таким образом, врачи кабинета рефлексотерапии могут выполнять эффективную диагностическую работу по диспансеризации всего населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов Н. Н., Качан А. Т. // В кн.: Современные проблемы рефлексотерапии и рефлексодиагностики. — Ростов-на-Дону, 1984.
2. Дуринян Р. А. // Физиологические основы аурикулярной рефлексотерапии. — Ереван, Айстан, 1983.
3. Решетняк В. К. // ВНИИТИ. — Итоги науки и техники. — Физиол. человека и жив. — Москва, 1985. — Т. 29.
4. Табеева Д. М., Клеменко Л. М. // Ухоиглотерапия. — Казань, Татарское книжн. изд-во, 1976.

Поступила 23.03.89.

УДК 616.21

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ОБЪЕМ ПОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАБОЧИХ, ЗАНЯТЫХ В ПРОИЗВОДСТВЕ МИНЕРАЛЬНЫХ УДОБРЕНИЙ

А. И. Бикбаева, Н. А. Арефьева, Е. З. Лиснянский, А. А. Цыглин, А. А. Смирнов

*Кафедра болезней уха, горла, носа (зав. — проф. А. И. Бикбаева)
Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ*

В процессе получения нитро- и диаммофоски, фосфорной кислоты и кормового преципитата основными вредными факторами, влияющими на организм человека, являются кислоты и окислы фосфора, азота, калия, кальция, фтора. Они находятся в воздухе в виде пыли и паров, и их концентрации могут превышать предельно допустимые. Кроме того, известно отрицательное влияние мощного производственного шума. Снижение местной и общей иммунологической реактивности организма под действием химических агентов может привести к заболеваниям дыхательного тракта [1, 2, 4]. Производственный шум вызывает изменения в центральной нервной системе и внутреннем ухе, в основе которых лежит микроциркуляторные расстройства [3, 5].

На примере такого производства нами разработана схема организации лечения

оториноларингологических заболеваний рабочих в 3 этапа: цех — здравпункт — профилакторий санаторного типа. Основой схемы явились результаты многолетних обследований рабочих химических предприятий, включавших в себя объективный осмотр ЛОР-органов и оценку их функционального состояния, изучение состава периферической крови, местных иммунологических показателей (риноцитоскопия, секреторный иммуноглобулин А, фагоцитарная активность нейтрофилов и макрофагов), реорино- и реоэнцефалографию, аудиометрию.

Важным звеном в разработке схемы были данные профессионального и аллергологического анамнеза, изучение временной нетрудоспособности и санитарно-гигиенических условий труда.

Как показали исследования, у рабочих химического производства под воздействием