

3,4 ммоль/л, 150—3,02 ммоль/л, 180 минут—2,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность—1,008, рН 6,0, прозрачная, соломенно-желтого цвета, белка нет, эпителий плоский—0—3 в поле зрения. В суточной моче сахар не обнаружен.

ЭКГ: нерегулярный синусовый ритм, число сердечных сокращений—57—75 уд в 1 мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

Таким образом, принимая во внимание циклическое воспалительное поражение суставов, сопровождающееся незначительным нарушением их функциональной способности у девочки с выраженными эндокринными нарушениями и наличием пищевой аллергии, мы сочли вправе диагностировать перемежающийся гидрартроз. Сопутствующие заболевания: алиментарно-конституционное ожирение II степени, переходная форма. Нарушенный тест толерантности к глюкозе (плоская кривая). Гиперплазия щитовидной железы I—II степени с гипофункцией. Хронический гастрит с нормальной кислотообразующей функцией вне обострения. Дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу. Хронический пиелонефрит, вторичный, диметаболический, период ремиссии, ПН<sub>0</sub>. Поливалентная пищевая аллергия.

Девочка продолжает наблюдаться в нашей поликлинике.

УДК 616.134.9—085.814.1—036.8

#### Ю. И. Батысов (Казань). Опыт рефлексотерапии синдрома позвоночной артерии

Мы изучали эффективность пунктурной рефлексотерапии (ПР) при синдроме позвоночной артерии (СПА). Под нашим наблюдением находился 61 больной с СПА в возрасте от 25 до 55 лет (мужчин—24, женщин—37). Ранее больные проходили в разные годы амбулаторное и стационарное лечение. У 23 пациентов выявлена форма компрессионно-ирритативного СПА, у 38—рефлекторного ангиоспастического синдрома. Симптоматика СПА складывалась из приступообразных головных болей, чаще гемикранического типа, кохлео-вестибулярных и зрительных нарушений, различной степени вегетативных расстройств и общевротического синдрома. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника выявлялись признаки дегенеративно-дистрофических изменений, подвывихи по Ковачу и в 2 случаях аномалии Кимерли. На РЗГ у большинства больных наблюдались признаки нарушений гемодинамики различной выраженности в вертебробазилярном бассейне (изменения сосудистого тонуса, снижение объема кровотока). Изменения гемодинамики в большинстве случаев доминировали на стороне патологии.

Лечение начинали с первого уровня воздействия методом дисперсии на точки «ключи» и связывающие первые пары «чудесных» меридианов с обязательным включением точек из классических меридианов, составляющих данную пару «чудесных» меридианов и находящихся в регионарной близости от пораженной области. Подключали воздействие методом тонизации на точки группового ЛО. Кроме того, при лечении на всех уровнях широко использовали воздействие на специфические точки. В зависимости от выраженности про-

явлений СПА и длительности его течения на сеансе использовали до 6 точек. При выборе указанных точек предпочтение отдавали тем, которые проявляли пальпаторную болезненность. В первом уровне лечение проводили в течение 5—6 дней, затем переходили на второй уровень воздействия—на точки ЛО и посредник пораженного и спаренного с ним меридиана. После 2—3 дней лечения переходили к воздействию на точки акупунктуры основных меридианов (третий уровень) с учетом их трехзональной системы. Выбор пораженного меридиана проводили на основе данных клинической и инструментальной пунктурной диагностики. Курс лечения составлял 10—12 сеансов пунктурной рефлексотерапии. Через 15—30 дней назначали второй и затем третий курсы.

В результате лечения значительное улучшение наступило у 9 больных, улучшение—у 41, незначительное улучшение—у 7; у 4 больных положительных перемен не произошло. Наряду с клиническим улучшением у большинства больных отмечены благоприятные сдвиги и в церебральной гемодинамике (72%). Наиболее эффективной пунктурная рефлексотерапия оказалась при рефлекторно-ангиоспастической форме синдрома.

УДК 616.31—006—08.849.5

#### А. В. Гилев, Г. И. Володина, Ф. Ф. Мухаметшина (Казань). Роль предлучевой топометрической подготовки больных со злокачественными опухолями ротовой полости и орфарингса в профилактике лучевых повреждений

Прецизионная клиническая топометрия является важнейшим атрибутом предлучевой подготовки больных. Ее недооценка и реализация лучевой терапии на основе схематического планирования, по оценке различных авторов, могут вызвать развитие лучевых повреждений от 6—10% до 61,2% у больных со злокачественными опухолями полости рта и орфарингеальной области. Это обусловлено резким градиентом поглощенной дозы излучения, возникающим вследствие неоднородности облучаемого объема. Адекватность проводимых топометрических исследований находится в прямой зависимости от лучевых повреждений.

Целью исследования являлось сопоставление методов топометрической подготовки больных со злокачественными опухолями полости рта и орфарингеальной области с развитием поздних лучевых повреждений.

Были обследованы две группы больных. В 1-ю группу включены 58 больных, предлучевая подготовка которых проводилась методом двухпроекционной рентгенометрии с контрастированием новообразования. Во 2-ю группу вошли 44 пациента, топометрическое исследование которых выполнялось методом прямой инструментальной топометрии (ПИТ), разработанным в клиническом онкологическом центре г. Казани.

Степень лучевых повреждений оценивали в сроки от 3 месяцев до 2 лет (см. табл.). Выяснилось, что лучевые повреждения у больных со злокачественными опухолями ротовой полости и орфарингеальной области при использовании метода прямой инструментальной топометрии возникают в 3,3 раза реже, чем при двухпроекционной рентгенометрии.