

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, ПН₀. 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.

Влияние методов топометрии орофарингеальной области на частоту лучевых осложнений у больных с новообразованиями

Группы обследованных	Методы топометрии	
	прямая инструментальная	двухпроекционная рентгенометрия
Всего обследовано	44	58
Из них с лучевыми повреждениями:		
тугоподвижность нижнечелюстного сустава	3	6
лучевая язва	—	4
остеорадионекроз челюстей	—	3
Осложнения к числу обследованных, %	6,8	22,4

Таким образом, предлучевая топометрическая подготовка больных со злокачественными новообразованиями орофарингеальной области и полости рта влияет на частоту лучевых повреждений.

УДК (477.41) 551.51.072.004.6:614.1:313.13

Л. И. Потапова, П. Г. Речаник, Е. Б. Ландо (Казань). **Некоторые показатели состояния здоровья участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС**

Под диспансерным наблюдением в поликлинике городской клинической больницы № 12 находятся 27 человек — участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. В 1993 г. комплексный медицинский осмотр данного контингента проводился с участием специалистов-профпатологов Республиканского центра профпатологии. Каждый случай рассматривался индивидуально, с учетом состояния здоровья обследуемого до контакта с радиацией, данных клинической картины и параклинических методов исследований, консультаций специалистов; окончательное заключение формулировалось после комиссионного обсуждения. Участие врачей-специалистов Республиканско-

го центра профпатологии Минздрава РТ носило консультативный характер, так как полномочиями решения экспертных вопросов по установлению связи имеющихся отклонений в состоянии здоровья лиц с радиационным воздействием обладают созданные в России региональные межведомственные экспертные советы.

Из числа осмотренных 25% лиц признаны практически здоровыми, у 75% выявлены различные заболевания. В структуре заболеваемости преобладает вертеброгенная патология в форме остеохондроза различной локализации (у 50%), причем один больной был признан инвалидом III группы в связи с компрессионной корешка. Несколько уступала по частоте (35%) нейроциркуляторная дистония гипертонического типа; остальные 15% случаев составляли язвенная и гипертоническая болезни, хронический бронхит, хронический гастрит, деформирующий остеоартроз.

У 20 из 21 пациента заболевания не были связаны с аварией. Документы одного больного с диагнозом «Нейроциркуляторная дистония кардиального типа. Хронический бронхит. Астеноипохондрический синдром» были направлены в Волгоградский региональный межведомственный совет для установления причинной связи заболевания с аварией на АЭС. Заболевание признано общим.

Показание к стационарному лечению были у 25% больных, к оздоровлению в местных санаториях — у 50%. Нуждаемость больных в проведении указанных видов лечения и оздоровления удовлетворена полностью.

Наши данные в основном совпадают с результатами медицинского обследования лиц, длительно проживающих на радиоактивно загрязненной территории. Согласно этим материалам, в структуре выявленных заболеваний доминируют болезни органов пищеварения, кровообращения, нервной и костно-мышечной систем; у 92% обследованных обнаружены признаки нервно-психической неустойчивости, преимущественно астеноипохондрического характера.

К оценке полученных данных состояния здоровья лиц, имевших контакт с радиоактивным воздействием, надо относиться с большой осторожностью, но нельзя и недооценивать влияния последнего на возможность возникновения заболеваний, обострения имевшей место ранее хронической патологии или болезней, протекавших в скрытой форме.

ОБЗОР

УДК 551.510.72:616—039.71

ПРОФИЛАКТИКА ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

А. В. Гилев, Г. И. Володина

*Клинический онкологический центр (главврач — Р. Ш. Хасанов)
МЗ РТ, кафедра лучевой диагностики и терапии (зав. — проф. Г. И. Володина)
Казанского института усовершенствования врачей*

Разработка и внедрение прецизионных методов предлучевой топодозиметрической подготовки существенно сократило частоту лучевых повреждений. Использование факторов

ВДФ и НСД внесло коррективы в планирование биоэквивалентных режимов излучения. Несмотря на это лучевые осложнения остаются частым фактором, лимитирующим луче-