

ский Р. М., Кирилов О. И., Клецкин С. З. и др. // Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе.— М., Наука, 1984.—4. Балабанова В. А. // В кн.: Проблемы оценки функциональных взаимосвязей человека и прогнозирование здоровья.— М., МЗ СССР, НИИ биофизики, 1985.—5. Березин Ф. Н. // Там же.—6. Берсенева А. П. // Там же.—7. Бородин Ю. И. // Бюлл. Сиб. отд. АМН СССР.— 1985.—№ 3.— С. 12—18.—8. Казначеев В. П. // Там же.— С. 27—30.—9. Кулагина Э. Н. // Экономическая эффективность охраны здоровья.— Горький, Волго-Вятское книжн. изд-во, 1984.—10. Малыгина О. Ю., Птиченко Ю. Л., Натальский Ю. И. // Гиг. и сан.—1985.—№ 5.— С. 13—15.—11. Соколов Д. К. // Там же.—1986.— № 8.— С. 13—16.—12. Этлин С. Н., Редько Л. А. // Там же.— С. 24—27.

Поступила 11.12.86.

УДК 616.8—009.66—085.814.1

ВЛИЯНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ НА ВИБРАЦИОННУЮ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Р. Г. Якупова, Р. Ш. Шакуров, Р. А. Якупов

Кафедра рефлексотерапии (зав.— доц. Р. Ш. Шакуров) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Вибрацию можно рассматривать как сильный, длительно воздействующий раздражитель. По данным ряда авторов [1, 2], наиболее чувствительны к вибрации рецепторы кожного покрова и дистальных отделов верхних конечностей, затем подошвенная поверхность пальцев стопы и ее свод. Угнетение вибрационной чувствительности может быть обнаружено даже в скрытом периоде заболевания, протекающем без выраженных клинических признаков.

По наблюдениям Э. А. Дрогичиной [3], степень угнетения вибрационной чувствительности обычно коррелирует с другими проявлениями болезни, а также с длительностью воздействия вибрации. В стадии выраженной патологии на пальцах рук может наступить полное угнетение вибрационной чувствительности. Известно, что костная ткань также обладает высокой чувствительностью к вибрации — в результате воздействия локальной вибрации нарушаются обменные процессы в кости [1, 2].

Целью работы было исследование влияния остеорефлексотерапии в сочетании с корпоральной акупунктурой на состояние вибрационной чувствительности у больных вибрационной болезнью, подвергающихся в течение длительного времени действию локальной вибрации.

Остеорефлекторный метод лечения вибрационной болезни в сочетании с корпоральной акупунктурой был применен у 27 больных в условиях стационара. Все больные — мужчины в возрасте от 28 до 55 лет, по профессии клепальщики. Стаж работы в контакте с локальной вибрацией составлял у 5 больных — 10—15 лет, у 7—16—20 лет и у 15—более 20 лет. Длительность заболевания — от 7 до 15 лет.

В клинической картине преобладали периферический сосудистый синдром вегетативно-сенсорной полинейропатии, мышечно-тонические нарушения, дегенеративные изменения суставов и периартикулярных тканей. Боли локализовались преимущественно в области верхних конечностей.

Обследоване вибрационной чувствительности проводили с использованием прибора «Вибротестер-ВТ-2» (г. Львов) на концевых фалангах III пальца правой и левой руки на частотах 63, 125 и 250 Гц до начала лечения и после курса рефлексотерапии. На основании полученных данных строили базовую кривую изменений вибрационной чувствительности для каждого больного.

У 27 больных выявлено снижение вибрационной чувствительности на обеих кистях в одинаковой степени, в основном на частотах 125 и 250 Гц.

Остеорефлексотерапию осуществляли путем воздействия на остеорецепторы барорецептивным раздражителем. Для этого инъекционную иглу с мандреном надевали на шприц, предварительно заполненный 0,9% раствором хлористого натрия. Иглой прокалывали верхнюю треть лопаточной ости до глубины 3—4 мм от поверхности кости. Раствор вводили внутрикостно в количестве 0,5—1,0 мл в течение 2—5 с до появления чувства распирания, онемения и ощущения тепла. Феномен предусмотренного ощущения начинается в месте воздействия и может перемещаться в сторону периферии, центра либо в обе стороны. Лечение проводили 1 раз в неделю (курс — 1—3 процедуры).

На точки акупрессуры воздействовали по локально-сегментарному принципу в области сегментов С₂—Д₇ с подключением точек воротниковой зоны и точек широкого спектра действия. Метод тормозной с применением от 4 до 6 игл и экспозицией 30 мин на одну процедуру (курс лечения — 10—12 сеансов).

Лечебный эффект оценивали клинико-неврологическими методами, а также по показателям вибрационной чувствительности, электротермометрии кожи, капилляроскопии ногтевого ложа пальцев рук, реовазографии, реоэнцефалографии, электроэнцефалографии. Исследования показали, что сочетание обоих методов обеспечивает более быстрое и стабильное устранение боли, иногда уже после первых сеансов. Наиболее стойкими были хронические боли, связанные с поражением суставов (периартроз плечевых суставов, артроз локтевых суставов). Поэтому таким больным для достижения лучшего эффекта проводили 2—3 сеанса остеорефлексотерапии наряду с корпоральной акупрессурой. В результате лечения удалось полностью или значительно уменьшить хронические боли у 26 из 27 больных; объективно констатировано улучшение кровообращения в конечностях (по данным капилляроскопии, электротермометрии, реовазографии). У 23 больных наблюдалось повышение вибрационной чувствительности к восприятию всех частот, особенно на 63 и 125 Гц ($P < 0,05$), из них у 4 больных вибрационная чувствительность нормализовалась. Достоверное понижение порога вибрационной чувствительности на обеих руках, в основном на 63 и 125 Гц, свидетельствует об улучшении функциональной подвижности вибрационного анализатора.

Таким образом, воздействие на остеорецепторы и акупрессурные точки на уровне рецепторов кожи и мышечной ткани стимулирует саногенетическую реакцию при вибрационной патологии, что дает возможность повысить эффективность лечения и сократить сроки пребывания больных в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева-Галанина Е. Ц., Артамонова В. Г. // Экспертиза трудоспособности при вибрационной болезни.— Л., Медицина, 1983.—2. Артамонова В. Г. // Профессиональные болезни.— М., Медицина, 1980.—3. Дрогичина Э. А. // Профессиональные болезни нервной системы.— Л., Медицина, 1968.

Поступила 29.09.86.

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

УДК 616.366—002—035.847.2

Уважаемый редактор!

В настоящее время для профилактики обострения хронического холецистита рекомендуется соблюдать строгую диету, в частности ограничивать употребление жиров. Но ведь известно, что жиры и некоторые другие пищевые вещества вызывают сокращение желчного пузыря, освобождают его от желчи и возможного присутствия в нем желчных камней и бактерий. Любое нарушение оттока желчи из желчного пузыря, застой желчи в нем способствуют образованию желчных камней и развитию инфекции в пузыре, а значит обострению или появлению холецистита. При остром же холецистите и воспалении основных желчепроводящих путей особенно важно предотвратить застой желчи в пузыре. Желчь, проходя через желчные пути, промывает их от бактерий и продуктов воспаления. Обострение хронического холецистита, которое обычно связано с нарушением диеты, в большинстве случаев можно объяснить простым совпадением. Практически мало кто из больных постоянно соблюдает диету, обострение же холецистита бывает нечасто и, скорее, возникает в связи с застоем желчи, развитием в пузыре инфекции.

Кратковременные боли в желчных путях и пузыре, совпадающие с приемом пищи, чаще обусловлены сокращением желчного пузыря, изгнанием из него желчных камней и их прохождением по желчным путям, что нельзя назвать обострением холецистита. Поэтому есть ли необходимость строго ограничивать те пищевые вещества, которые, хотя и сопровождаются болями, однако вызывают сокращение желчного пузыря и эвакуацию из него желчи, инфекции и камней? Эвакуация с желчью камней и инфекции из желчных путей является положительным фактором при холецистите и холелитиазе; препятствовать этому — значит ухудшать состояние больного.

А. Г. Петров (Сочи)