

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)

От имени редколлегии на письмо врача А. Г. Петрова отвечает заведующий кафедрой терапии № 1 Казанского ГИДУВа проф. Л. А. Щербатенко

Нельзя не согласиться с автором письма в том, что при заболеваниях желчного пузыря, в частности при холециститах, необходимо способствовать его опорожнению. С этой целью рекомендуют дробную диету (так как сам факт приема пищи уже возбуждает рефлекс опорожнения желчного пузыря), различные желчегонные препараты и т. п. Известно также, что пищевые жиры являются самым сильным раздражителем желчного пузыря, и в связи с этим возникает естественный вопрос — надо ли ограничивать прием жиров при холециститах?

Однозначно на этот вопрос ответить нельзя. Все зависит от характера заболевания и патогенеза отдельных расстройств.

При желчнокаменной болезни, в основе которой лежит нарушение обмена липидов, жиры надо, естественно, ограничивать, но это не значит полностью от них отказываться. Исключают жиры при острых воспалениях. Если при гипермоторной дискинезии желчного пузыря излишние его сокращения нежелательны, то при гипомоторной дискинезии, наоборот, в качестве желчегонного средства назначают именно жидкие жиры.

Кроме того, следует учитывать, что все три патологических состояния — воспаление, камни и дискинезии — часто сочетаются и, следовательно, не может быть единых рекомендаций ограничивать употребление жиров, полностью исключить либо, наконец, всем их рекомендовать. Необходима индивидуализация с учетом патогенеза отдельных клинических проявлений, а также индивидуальной переносимости жирной пищи, стадии заболевания и т. п.

* * *

Уважаемый редактор!

Нам хотелось бы представить результаты выполненного нами анализа врачебных ошибок в диагностике сифилиса, допущенных в лечебно-профилактических учреждениях Удмуртии. Мы установили, что частота ошибок по отдельным годам колеблется от 2,4 до 10%, причем чаще ошибаются гинекологи (в 35% случаев), дерматовенерологи (в 27%), хирурги (в 17%), терапевты (в 15%). На наш взгляд, это можно объяснить особенностями клинических проявлений сифилиса и тем, что к врачам этих специальностей обращается наибольшее число больных с самыми различными заболеваниями и жалобами.

Диагностические ошибки чаще (76,7%) допускаются во вторичном периоде сифилиса, особенно опасном в социально-бытовом отношении. Что же лежит в основе большей части ошибок акушеров-гинекологов? Невнимательный, неквалифицированный осмотр больных, когда врачи не замечают проявлений вторичного сифилиса не только на коже туловища и конечностей, но даже твердых шанкров, широких кондилом на половых органах или ошибочно трактуют их как вульгарные эрозии, остроконечные кондиломы и т. д.

Продромальные явления (повышение температуры, головная боль, недомогание), предшествующие высыпания вторичного периода терапевты часто расценивают как ОРЗ, розеолезные и папулезные сифилиды, возникающие вслед за продромом или после назначения антибиотиков, — как результат реакции обострения, принимают за аллергические высыпания после приема лекарственных препаратов, не учитывая анамнестических данных, фокусный, неярко выраженный характер сыпи, отсутствие зуда.

Специфическую эритематозную и папулезную ангину отоларингологи нередко трактуют как катаральную или фолликулярную, не принимая во внимание общее хорошее самочувствие больных, отсутствие температуры, болезненности при глотании, четко ограниченный характер поражения в области миндалин, полиаденит. В таких случаях до назначения антибиотиков и местного лечения необходимо исключить наличие сифилитической инфекции.

Эрозивный, язвенный, опухолевидный и папилломатозный характер проявлений сифилиса делает его сходным с рядом хирургических заболеваний. Так, эрозивные шанкры в области гениталий врачи иногда расценивают как анальные шанкры и трещины, осложнения твердого шанкра фимозом, парафимозом, баланопоститом, гангренизацией или фагеденизацией — как сугубо хирургические заболевания. Паховый склерадентит ошибочно рассматривают как грыжу, а широкие кондиломы в области ануса — как геморрой. При этом хирурги не учитывают клинических особенностей сифилитических проявлений, не интересуются половым анамнезом, не исследуют содержимого язв и эрозий на наличие бледной трепонемы, не проводят у пациентов серологического обследования крови на сифилис, а поспешно назначают антибиотики, различные дезинфицирующие средства, извращающие клинику заболевания.

Каковы же причины изложенных выше врачебных ошибок в диагностике сифилиса? Это прежде всего недостаточное знание клиники, неумение дифференцировать сифилитические проявления и сходные симптомы других заболеваний, невнимательный и неполный осмотр больных, игнорирование анамнестических данных, недостаточное использование возможностей лабораторной помощи и не критическое отношение к данным лабораторных исследований, нарушение требований диспансеризации больных, подозрительных в отношении сифилиса.

Мы полагаем, что выразим общую точку зрения врачей, если подчеркнем, что важнейшим показателем своевременной диагностики сифилиса является обнаружение заболевания в ранних стадиях. Достижению этой цели способствуют учет ошибок, анализ их причин и профилактические мероприятия. В связи с этим мы разработали комплекс мероприятий по усовершенствованию диагностики сифилиса в лечебно-профилактических учреждениях Удмуртской АССР. Чтобы предупредить врачебные ошибки в диагностике сифилиса, мы считаем необходимым итоговое собеседование с врачами, занимающимися по клинике и диагностике сифилиса, на семинарах, рабочих местах, а также контроль знаний клиники сифилиса по «немым» слайдам, муляжам и путем решения ситуационных задач 3-го уровня усвоения. Результаты внедрения данного комплекса мероприятий в республике не замедлили сказаться: удельный вес рецидивного сифилиса в структуре заболеваемости уменьшился с 21,4% в 1974—1978 гг. до 17% в 1979—1984 гг., число врачебных ошибок — с 6,2% с 1974—1978 гг. до 3,5% в 1975—1984 гг. Таким образом, итоги нашей работы, изложенные в письме, показывают неоспоримую значимость совершенствования диагностики сифилиса.

Г. Э. Шинский, Э. А. Коробейников, В. А. Мерзляков,
О. И. Зеленина, Н. Ф. Бажина, Б. А. Алексеева (Устинов)

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Э. Н. Ситдыков, М. Э. Ситдыкова. Вторичный хронический пиелонефрит и цистэктомия. Казань, Татарское книжн. изд-во, 1985, 119 с.

Рецензируемая работа имеет важное практическое значение в решении задач современной уроонкологии.

В I главе приведен краткий обзор литературы, отражающий основные направления профилактических мероприятий, способствующих улучшению результатов цистэктомии, во II — дана характеристика функционального состояния почек у больных с новообразованиями мочевого пузыря. Отмечены трудности диагностики хронического пиелонефрита при тотальном поражении мочевого пузыря или локализации опухолей в области шейки и треугольника Лъето. Наряду с широко известными методами авторы предлагают включать в комплекс диагностических мероприятий интраоперационную фармакохромоскопию, исключаящую гипердиагностику.

Совершенствование мер профилактики и лечения хронического пиелонефрита у больных с новообразованиями мочевого пузыря после цистэктомии связано с углубленным изучением уродинамики верхних мочевых путей в зависимости от способов отведения мочи. Этому вопросу посвящена III глава, из которой следует, что после уретерокутанеостомии и уретероколоанастомоза уродинамические нарушения верхних мочевых путей приобретают стойкий характер, способствуя тем самым дальнейшему прогрессированию хронического пиелонефрита. Отведение мочи в изолированный сегмент кишечника с восстановлением физиологических принципов мочеиспускания обеспечивает нормализацию уродинамики в сравнительно короткий срок, а потому является основным патогенетически обоснованным методом комплексной профилактики и лечения хронического пиелонефрита после цистэктомии.

Важное практическое значение имеет раздел данной главы, в котором рассмотрены вопросы дренирования мочевой системы после замещения мочевого пузыря кишечным трансплантатом с трансуретральным мочеиспусканием. По мнению авторов, катетеризация мочеточника необходима лишь на период формирования антирефлюксной муфты, а из способов временного отведения мочи из кишечного мочевого резервуара предпочтение следует отдавать надлобковому дренированию. Разработанный авторами метод надлобкового дренирования нормализует самостоятельное мочеиспускание ко второй-третьей неделе после операции, способствует более быстрому восстановлению тонуса верхних мочевых путей.

Исходя из данных литературы и личных наблюдений, авторы считают, что профилактика пиелонефрита неразрывно связана с профилактикой гнойного перитонита как источника инфицирования почек. Изучая причины развития перитонита, авторы установили, что его наиболее частым этиологическим фактором является несостоятельность уретерокишечного анастомоза. Разработанный и внедренный в практику новый способ создания уретерокишечного анастомоза позволил значительно сократить число послеоперационных осложнений, связанных с просачиванием мочи, и тем самым улучшить функцию почек и уродинамику верхних мочевых путей после операции.

Разностороннее изучение вопросов патогенеза хронического пиелонефрита после цистэктомии дало возможность авторам сформулировать, обосновать и рекомендовать для практического применения комплексный метод его профилактики и лечения, включающий интраоперационные мероприятия с последующей антибактериальной терапией.

По данным авторов, после замещения мочевого пузыря изолированным сегментом кишечника хронический пиелонефрит из активной фазы течения переходит в латентную или в фазу ремиссии, а включение в мочевую систему сегмента кишечника значительно затрудняет диагностику хронического пиелонефрита. В связи с этим IV глава посвящена особенностям диагностики данного заболевания в послеоперационном периоде. Приведена схема