

По сведениям поликлиники № 5 г. Казани за 1985 г. участковыми терапевтами было выдано в 2 раза больше листов нетрудоспособности по неврологической заболеваемости, чем невропатологами, причем по вертеброгенной патологии нервной системы — в 3,5 раза больше. Оставляют желать лучшего полнота и комплексность проводимого лечения, которое сводится к назначению анальгетиков и тепловых процедур. В экспертизе временной нетрудоспособности при вертебропатологии у терапевтов превалирует субъективная оценка клинических признаков заболевания. Приведенные факты, несомненно, оказывают значительное влияние на заболеваемость с временной утратой трудоспособности и на качество лечебной помощи при вертебропатологии. Значимость данной патологии в заболеваемости с временной утратой трудоспособности не вызывает сомнений. Достаточно напомнить, что по количеству дней нетрудоспособности вертебропатология занимает первое место [3]. Очевидно и то, что врачам-терапевтам поликлиник необходима методическая помощь в экспертизе временной нетрудоспособности при вертеброгенных заболеваниях нервной системы. Мы считаем более эффективным в этом отношении вычислительный метод экспресс-диагностики, когда практический врач имеет возможность в короткое время квалифицированно провести экспертизу временной нетрудоспособности.

В основу предлагаемой нами экспресс-памятки положены пять наиболее информативных и достоверных признаков рефлекторно-тонических синдромов при вертеброгенной патологии. Даны рекомендации по профессиональной экспертизе временной нетрудоспособности и общие принципы терапии. Источниками настоящей памятки явились положения о врачебно-трудоустройстве при вертеброгенной патологии [2, 3]. Предлагаемая памятка может быть использована и в службе здравоохранения сельской местности, где дефицит невропатологов наиболее ощутим.

Экспертиза временной нетрудоспособности лиц, занятых тяжелым физическим трудом (грузчики, слесари-сантехники, сборщики, формовщики, вальцовщики, прокатчики, трубоукладчики, токари, водители автотранспорта, фрезеровщики, стропальщики, разнорабочие и т. д.), осуществляется следующим образом: при КВБ до 5 баллов необходима экспертиза невропатолога, при КВБ более 5 и до 15 баллов — лист нетрудоспособности. При определении степени нетрудоспособности лиц, выполняющих легкую физическую (электромонтеры, наладчики, швей-мотористки, вязальщицы, работники сферы обслуживания и т. д.) и умственную работу, критерии оценки несколько иные: при КВБ до 5 баллов лист нетрудоспособности не выдается, при КВБ до 10 баллов необходима экспертиза невропатолога, при КВБ от 10 до 15 баллов — лист нетрудоспособности.

В комплекс медикаментозного лечения входят: анальгетики; витамины группы В, С, РР; биогенные стимуляторы; десенсибилизирующие; дегидратирующие и антиспазматические средства; физиотерапевтическое лечение.

При направлении больных с вертеброгенной патологией на консультацию к невропатологу необходимо следующее: а) исключение соматической патологии; б) лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи); в) консультации специалистов: гинеколога, уролога, проктолога.

В записи амбулаторной карты необходимо отражать не только наличие симптомов, но и их выраженность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерохина Л. Г., Виленский Б. С. и др. // Основы организации неврологической помощи населению. — М., Медицина, 1981. — 2. Лукачер Г. Я. // Экспертиза трудоспособности при пояснично-крестцовом радикулите. — М., Медицина, 1974. — 3. Попелянский Я. Ю. // Пельвиомембральные синдромы поясничного остеохондроза. — Казань, 1986. — Т. 2.

Поступила 16.03.87.

УДК 612.014.464:616.24

АЭРОИОНОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ: ПОКАЗАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ МЕТОДИКИ

А. Н. Кокосов

Отделение терапии неспецифических заболеваний легких (руководитель — проф. А. Н. Кокосов) Всесоюзного научно-исследовательского института пульмонологии МЗ СССР, Ленинград

В системе этапно-восстановительного лечения больных с заболеваниями бронхов и легких в периоде долечивания и реабилитации основное значение имеют немедикаментозные, в частности, физиотерапевтические воздействия, оказывающие гипосенсибилизирующий эффект и повышающие неспецифическую резистентность организма. Определенное место среди немедикаментозных средств лечения реабилитационного характера занимает аэроионотерапия, возможности которой используются еще недостаточно, что обусловлено, по-видимому, неосведомленностью практических врачей и организаторов здравоохранения о сущности

аэроионотерапии, ее возможностях, показаниях к применению и методах. Настоящее небольшое сообщение предпринято с целью восполнения этого пробела.

Аэроионы — мельчайшие положительно и отрицательно заряженные частицы газов, которые постоянно содержатся в воздухе и обуславливают его электропроводность. Аэроионотерапия — метод физиотерапии, действующим фактором которой являются аэроионы, преимущественно униполярно заряженные. Аэроионизация, лежащая в основе аэроионотерапии, может быть естественной и искусственной. Естественная имеет место на приморских, горных и других климатических курортах, воздух которых обогащен аэроионами преимущественно с отрицательным зарядом. Они в значительной мере определяют эффект климатотерапии (аэротерапии). Искусственная аэроионизация создается целенаправленным применением специальных генераторов аэроионов — аэроионизаторов. В зависимости от физического фактора, используемого для получения аэроионов, различают следующие аэроионизаторы: электрические, гидродинамические, ультрафиолетовые и т. д. Примером отечественного прибора такого рода служит электрический аэроионизатор АИР-2.

Разновидностью аэроионотерапии является гидроаэроионотерапия, при которой для ионизации используется баллоэлектрический эффект, его генерирует гидроаэроионизатор «Серпухов-1». При гидроаэроионизации образуются положительно и отрицательно заряженные ионы, которые помимо заряда имеют еще щелочные и кислотные свойства, что сближает их с электроаэрозолями. По лечебному эффекту гидроаэроионотерапия существенно не отличается от аэроионотерапии. При заболеваниях легких аэроионотерапия применяется в основном в виде аэроингаляций.

Саногенетический эффект аэроионотерапии в первую очередь в органах дыхания и кровообращения осуществляется, по-видимому, как рефлекторным, так и гуморальным путем. Отсутствие более точных сведений, поясняющих механизм положительного лечебного эффекта отрицательных аэроионов у реконвалесцентов на этапе их функциональной реабилитации не должно, по нашему мнению, сдерживать практическое применение аэроионотерапии.

Показания к применению аэроионотерапии: 1) заболевания дыхательных путей и легких (ларинготрахеит, бронхит, пневмония) в фазе обратного развития или при вялом течении (активность воспаления I ст.); 2) астматический бронхит (предастма), бронхиальная астма и бронхоастматические синдромы легкой степени тяжести без явлений легочно-сердечной недостаточности; 3) нагноительные заболевания легких в фазе ремиссии; 4) туберкулез верхних дыхательных путей, бронхов и легких в неактивной фазе; 5) профессиональные заболевания органов дыхания без выраженной дыхательной недостаточности.

Противопоказания к применению аэроионотерапии: 1) кровохарканье и склонность к нему; 2) выраженная активность воспалительного процесса (II—III ст.); 3) активный туберкулез бронхов, легких; 4) злокачественные новообразования бронхов, легких; 5) эпилепсия; 6) выраженная церебральная и коронарная недостаточность как сопутствующие состояния; 7) дыхательная недостаточность II—III степени любого генеза; 8) сердечная недостаточность II—III степени; 9) повышенная индивидуальная чувствительность к ионизированному воздуху.

Одним из условий проведения аэроионотерапии является хорошая вентиляция процедурного помещения — отсутствие пыли, дыма, повышенной влажности и пр. Процедуры следует выполнять при температуре воздуха не ниже 15° . При применении аэроионизаторов индивидуального пользования расстояние от пациента до генератора не должно превышать 10—20 см. Поза больного должна быть удобной, дыхание спокойное — в привычном ритме, желательно грудного типа; время от времени нужно делать глубокие вдохи. Продолжительность однократной процедуры — 10—20 мин, индивидуальная доза — около 45 млрд. аэроионов (за 10 мин); подсчет производится по иономеру.

Два раза в месяц следует контролировать счетчиком аэроионов количество легких отрицательных (p^{-}) и положительных (p^{+}) ионов, содержащихся в 1 м^3 воздуха, на таком расстоянии от аэроионизатора, на каком находится лицо больного при проведении сеанса лечения. Коэффициент униполярности отрицательных аэроионов ($K = p^{+}/p^{-}$) не должен при этом превышать 0,2—0,3. Курс лечения обычно состоит из 20—30 сеансов, проводимых ежедневно или через день. Для получения более длительного и стойкого эффекта необходимо повторять 2—3 курса лечения с интервалом 3—6 мес, при бронхиальной астме — 2—4 нед. Аэроионотерапию можно использовать как самостоятельный метод немедикаментозного лечения на этапе реабилитации реконвалесцента или в комплексе с другими лечебными мероприятиями. Не рекомендуется в один день с аэроионотерапией назначать другие электропроцедуры.

С учетом возможности адаптации к действию повышенной концентрации аэроионов в воздухе их дозу целесообразно увеличивать от процедуры к процедуре путем удлинения сеанса или приближения пациента к генератору ионов индивидуального пользования. Современные аэроионизаторы дают эффект стерилизации воздуха, а потому могут использоваться для оздоровления атмосферы производственных помещений. Аэроионотерапия должна войти в состав комплексной реабилитации реконвалесцентов заболеваний легких и шире применяться с этой целью в условиях поликлиник, профилакториев, МСЧ и загородных отделений реабилитации.

Поступила 01.07.86.