

вания вегетативной дисфункцией очень низка. Такие лица должны быть отнесены к III группе, которая не нуждается в диспансерном наблюдении.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют не только о необходимости борьбы с вегетативными нарушениями, распространенными среди детей и подростков, но и о возможности ее ведения конкретными профилактическими методами, доступными для работников практического здравоохранения в условиях диспансеризации населения нашей страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляветдинов Р. И., Исмагилов М. Ф. // Казанский мед. ж.— 1987.— № 1.— С. 49—53.
2. Бадалян Л. О. // Невропатол. и психиатр.— 1982.— № 10.— С. 1460—1464.
3. Белоконь Н. А. // Неревматические кардиты у детей.— М., Медицина, 1984.

4. Белоконь Н. А. и др. // Педиатрия.— 1986.— № 1.— С.— 37—41.

5. Вейн А. М., Соловьева А. Д., Колосова О. А. // Вегето-сосудистая дистония.— М., Медицина, 1981.

6. Гублер Е. В., Генкин А. А. // Применение непараметрических критериев статистики в медицинско-биологических исследованиях.— М., Медицина, 1978.

7. Колесов Д. В., Чемоданов В. И., Сельверова Н. Б. // Половое развитие мальчиков.— М., Педагогика, 1985.

8. Тополянский В. Д., Струковская М. В. // Психосоматические расстройства.— М., Медицина, 1986.

9. Фолькнер Ф. // Предупреждение в детском возрасте состояний, приводящих к заболеваниям взрослых.— Женева, Медицина (ВОЗ), 1982.

10. Хрипкова А. Г., Фарбер Д. А. // Невропатол. и психиатр.— 1982.— № 10.— С. 1453—1460.

Поступила 07.04.88.

УДК 616.8—085.814.1—036.8:362.174

ПЕРСПЕКТИВЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Г. А. Иваничев

*Кафедра рефлексотерапии (зав.— докт. мед. наук Г. А. Иваничев)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

Как известно, существующие системы диспансеризации неврологических больных имеют ряд недостатков. Основные из них — трудоемкость и громоздкость как диагностических, включая проведение профилактического осмотра, так и лечебных мероприятий. Разделение больных в рекомендованные официальными инструкциями группы наблюдения позволило сделать значительный упор на профилактическое лечение больных с серьезными органическими поражениями мозга, однако это лишь частично решило проблему. Большая часть осмотренных лиц, условно отнесенных к группам риска и практически здоровых, надолго выпадает из поля зрения врача-невропатолога по причине его загруженности как в поликлинике, так и в стационаре.

Можно было бы указать и на другие причины, организационно-административные и чисто клинические, в результате которых цель, прогрессивная в своей сути, остается недостигнутой. Понимание причин неудач в таком сложном деле является лишь предпосылкой поиска новых путей, предостережением от повторных ошибок, но не вооружает невропатолога реальным инструментом диспансеризации.

Какие же методические приемы и организационные мероприятия должны быть положены в основу решения этих задач?

Сложившаяся практика диспансеризации,

опыт проведения массовых профилактических осмотров и соблюдение этапности медицинского обслуживания требуют, во-первых, высокой интенсивности (пропускной способности) медицинского обследования. Понятно, что традиционный клинический осмотр не разрешит данную проблему. Искусственное сокращение времени исследования, разумеется, несколько увеличит число осмотренных, но будет сопровождаться схематизацией и значительной долей ошибочных заключений.

Второе требование — точность заключения. Классический неврологический осмотр в полной мере способствует указанному условию, но только в рамках обычного амбулаторного приема. При массовых осмотрах, как уже было упомянуто, соблюдение выдвинутого принципа становится практически невыполнимым.

Многосистемность, интегральность исследования в качестве третьего требования предполагает объединение обнаруженных патологических признаков на организменном уровне. К сожалению, невропатолог (да и не только он) обыкновенно пренебрегает данным принципом, следуя расхожему сложившемуся стереотипу «дробления» болезни по специальности — «не мой больной».

И, наконец, четвертое правило заключается в необходимости немедленной коррекции негрубых, чисто функциональных из-

менений различных систем (нервной, сердечно-сосудистой, опорно-двигательной и др.), что, разумеется, возможно при условии перехода диагностического приема в лечебный. Следовательно, классический неврологический осмотр относительно больших по численности контингентов больных не удовлетворяет последнему требованию.

Между тем клиническая медицина имеет такие универсальные методы исследований, проверенные практикой многих поколений врачей, как аурикуло- и иридодиагностика [1—3] и мануальная терапия [4].

Скептическое отношение к этим разделам клинической медицины постепенно уступает стремлению к их разумному применению. К сожалению, такие колебания в настроении в течение продолжительного времени, как чрезмерно восторженное увлечение или, наоборот, полное пренебрежение рефлексотерапией (включая аурикулярную), иридодиагностикой и мануальной терапией, выработали у большинства врачей недоверчивое отношение к ним. На определенном историческом этапе этому способствовали несомненные успехи фармакологии с ее несметным количеством высокоэффективных препаратов. Лишь сейчас мы начинаем осознавать, какой ущерб был нанесен развитию традиционной медицины опять же в результате увлечения фармакотерапией. Негативными последствиями следует назвать также существенное изменение реактивности организма, появление лекарственных заболеваний, антибиотикоустойчивых микроорганизмов и др.

Рассмотрим возможности аурикулярной диагностики в невропатологии. Как известно, на ушной раковине спроецированы внутренние органы, опорно-двигательный аппарат, нервная система, железы внутренней секреции и др. По свидетельству авторов ранних исторических эпох и наших современников, состояние кожи ушной раковины и ее локальная болезненность (аурикулярные точки) являются показателем патологии спроецированной системы. Установление названных параметров представляет собой достаточно быструю процедуру путем осмотра и точечной пальпации. Локализацию патологических изменений можно уточнить посредством измерения электрокожного сопротивления подозрительных участков [2, 3] с последующим документированием данных в количественных показателях. После составления такого «аурикулярного паспорта» исходные данные проходят обработку на ЭВМ. Как показывает опыт работы нашей клиники, на аурикулярную диагностику в среднем расходуется 40—80 с. (классический осмотр занимает, согласно регламентирующим документам, 12—14 мин). Особенно ценными представляются комплексность исследования и возможность воздействия на выявленные патологические участки ме-

тодом рефлексотерапии (естественно, с учетом противопоказаний).

Недостатком аурикулярной диагностики является отсутствие специфичности выявленных активных точек, что затрудняет нозологическую диагностику. По этой причине аурикулярная диагностика служит скрининг-тестом, предваряющим углубленное клиническое исследование. Как свидетельствует изложенное, данный метод исследования, несомненно, получит достойное место при массовых профилактических осмотрах в целях диспансеризации.

Иридодиагностика (зрачковая диагностика) — сравнительно молодая и недостаточно изученная глава теоретической и практической медицины. Сущность ее заключается в визуальной и фотографической регистрации радужной оболочки глаза при патологии различных органов и систем. Сравнительный анализ представленности их на радужке и ушной раковине позволяет отметить две существенные особенности данного метода обследования. Если аурикулодиагностика имеет органо-топическую направленность, то иридодиагностика оценивает преимущественно функциональную активность систем с точки зрения вегетативных показателей (тонус, вегетативное обеспечение). Кроме того, она выявляет относительное преобладание висцеральной системы по сравнению с опорно-двигательным комплексом.

Внедрению иридодиагностики препятствуют прежде всего неоправданно скептическое отношение к достоверности метода, а также необходимость использования специальной аппаратуры (щелевой лампы). В перспективе сочетание аурикуло- и иридодиагностики следует признать в экспресс-диагностике взаимодополняющим комплексом.

Следующий метод — мануальная терапия — в настоящее время в популяризации не нуждается. Этот метод успешно применяется в практике целых коллективов практического здравоохранения и кафедр ГИДУВов, описан в ряде отечественных руководств. В стране создается широкая сеть кабинетов (один кабинет на 100 000 населения); предполагается ввести преподавание основ мануальной терапии в медицинском институте и готовить специалистов в ГИДУВах. Область ее использования — нарушения нервной регуляции опорно-двигательного аппарата. При вертеброгенных поражениях периферической нервной системы, отличающихся высокой заболеваемостью и колоссальным экономическим ущербом вследствие потери трудоспособности, профилактическое и оздоравливающее значение мануальной терапии не имеет себе равных. Мануальная терапия — это наиболее экономичный и физиологический метод диагностики, безлекарственного лече-

ния и реабилитации. Нет необходимости в специальной аппаратуре; в лечебном процессе физическая активность пациента используется оптимально, значительный акцент при этом делается на самостоятельную моторную активность. Данный метод дает возможность использовать значительное количество диагностических приемов с лечебной целью. Все эти качества позволяют считать мануальную терапию адекватным средством диспансеризации больных с поражением опорно-двигательного аппарата. Как мы убедились, она отвечает всем перечисленным требованиям. Опыт чехословацких специалистов, подготовка которых ведется наиболее интенсивно, убеждает в большой экономической выгоде от применения мануальной терапии в целях оздоровления населения, особенно на производстве.

Следующий вопрос: кто должен владеть аурикуло- и иридодиагностикой и мануальной терапией? Как нам представляется, эти методы обследования и лечения должны быть прежде всего в арсенале семейного врача и невропатолога (вертеброневролога)

поликлинического приема и производственного врача (цехового терапевта). Целесообразность такой профиликации обуславливается спецификой их деятельности и потребности в раннем выявлении патологии. Подготовить специалистов на настоящем этапе можно на тех кафедрах неврологии и рефлексотерапии ГИДУВов и ФУВов медицинских институтов, которые обладают достаточно высокой компетенцией в области вертеброневрологии и смежных дисциплин.

Таким образом, народнохозяйственная задача проведения диспансеризации всего населения требует применения качественно новых диагностических методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельховер Е. С., Никифоров В. Г. // В кн.: Основы клинической рефлексологии. — М., 1984.
2. Дуринян Р. А. // В кн.: Итоги науки и техники. — ВИНТИ. — Физиол. чел. и животн. — М., 1985. — Т. 29.
3. Табеева Д. М. // В кн.: Руководство по игло-рефлексотерапии. — М., 1982.

Поступила 29.10.88.

УДК 616.127—005.4—085.814.1—036.8

НЕКОТОРЫЕ НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

*В. Г. Вогралик, М. Т. Сальцева, М. В. Вогралик,
Н. В. Аминова, И. В. Меринова, А. А. Рунова*

*Кафедра внутренних болезней № 3 (зав.— заслуж. деят. науки РСФСР, проф. В. Г. Вогралик)
лечебного факультета Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова*

По нашему глубокому убеждению, мероприятия по предупреждению, выявлению и лечению атеросклероза в значительной степени должны быть переориентированы на доклинический период болезни и включать коррекцию, в том числе и немедикаментозную, метаболических расстройств, ликвидацию других устранимых эндогенных и экзогенных факторов риска атеросклероза, причем в первую очередь гиперлипидемии.

Наш опыт показывает, что такой подход не только реален, но и весьма перспективен [1, 2]. Целесообразно для удобства выбора путей, методов и средств медикаментозного лечения пользоваться следующим их разделением на основе ориентировочно преобладающего механизма действия.

1. Методы и средства снижения гиперлипотеидемии (холестеринемии) путем уменьшения поступления липидов с пищей: ограничение пищевых продуктов, богатых холестерином, а при IIб, III и IV типах дислипотеидемии — и рафинированных углеводов; создание затруднения для всасывания липидов из пищеварительного тракта в лимфу и кровь путем употребления жирной морской рыбы и других морских

пищевых продуктов, богатых ненасыщенными жирными кислотами и йодом, растительных масел, особенно кукурузного, богатых ненасыщенными жирными кислотами, а также таких препаратов, которые затрудняют всасывание липидов из кишечника (арахиден, бетаситостерон, холестирамин и др.).

2. Средства снижения гиперлипотеидемии (холестеринемии) преимущественно путем подавления эндогенного образования холестерина: никотиновая кислота и ее препараты; клофибрат (атромид, мисклерон); цетамифен.

3. Средства снижения гиперлипотеидемии (холестеринемии) преимущественно за счет мобилизации и выведения из организма холестерина: физическая активность, ингаляционная (в том числе в барокамере) и энтеральная (кислородная пена) кислородотерапия; пищевые продукты и медикаментозные средства, содержащие ненасыщенные жирные кислоты, липотропные препараты, метионин; препараты йода, в том числе йодированные тиронины щитовидной железы, в частности альфа-тироксин; некоторые витамины С, В₆ и В₁₂, РР, В₁₅;