

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 ириддиагностикой 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 профилизации обусловливается 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. — ВИНИТИ. — Физиол. чел. и животн. — М., 1985. — Т. 29.
3. Табеева Д. М. // В кн.: Руководство по иглорефлексотерапии. — 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. Богралик, М. Т. Сальцева, М. В. Богралик,
Н. В. Аминева, И. В. Меринова, А. А. Рунова

Кафедра внутренних болезней № 3 (зав.— заслуж. деят. науки РСФСР, проф. В. Г. Богралик)
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 гиперлипопротеидемии (холестеринемии) путем уменьшения поступления липидов с пищей: ограничение пищевых продуктов, богатых холестерином, а при IIb, III и IV типах дислипопротеидемии — 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, холестириамин и др.).

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

3. Средства снижения гиперлипопротеидемии (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.

диоспонин, полиспонин; гепарин и особенно гепариноид без антикоагулянтного действия — атромид; желчегонные средства.

4. Методы и средства, способствующие уменьшению липидной инфильтрации стенки артерий; все перечисленные выше способы и средства снижения гиперлипопротеинемии; средства, удерживающие холестерин в плазме крови: липотропные препараты, повышающие содержание в крови фосфолипидов (например, фосфолипид из бобов сои — липостабил), некоторые витаминные препараты — аевит, витамин В₁₂; средства, уменьшающие проницаемость сосудистой стенки для липидов: пармидин (ангнин, проактидин), аскорутин; реополиглюкин, полиглюкин; АЦС Богомольца.

При проведении медикаментозного лечения мы убедились в необходимости применения обязательно 3-компонентного комплекса противосклеротических средств: «холестериносбрасывающих», желчегонных и препятствующих обратному всасыванию холестерина из кишечника. Однако недостатком медикаментозной профилактики и лечения гиперлипидемии является то, что нормализующее влияние лекарственных средств на уровень липидов в крови отмечается только в тот период, когда больной их принимает. После отмены препарата содержание липидов в крови в течение 10 дней возвращается к исходному уровню. В связи с этим необходимо назначать лекарственные средства на протяжении многих лет, а иногда и всей жизни, что грозит возникновением тяжелых осложнений. Известны развитие гепатомегалии и образование желчных камней от мисклерона, при назначении больших доз никотиновой кислоты — повышение желудочной секреции и возникновения язв в желудке и двенадцатиперстной кишке, снижение толерантности к углеводам у больных сахарным диабетом, учащение приступов стенокардии. Вероятность развития таких осложнений побуждает искать новые немедикаментозные пути коррекции нарушений липидного обмена. Так, в настоящее время некоторыми исследователями для коррекции гиперхолестеринемии применяются гемосорбция [4], плазмаферез и иммуносорбция [6], которые проводить длительно нефизиологично [3]; кроме того, не в каждом лечебном учреждении есть условия для их осуществления. Все большее значение в нормализации липидного обмена отводят рациональному питанию, повышению физической активности, физиотерапии.

Нами разработан новый немедикаментозный метод уменьшения гиперлипидемии при атеросклерозеpunktационной рефлексотерапией. Как показали наши исследования, данный метод оказывает регулирующее влияние на функциональное состояние коры головного мозга, корково-подкорковые отно-

шения, гипоталамус, а также на периферические эндокринные железы, стимулирует окислительные процессы и улучшает микротиркуляцию [1, 2].

Под наблюдением находились 480 мужчин в возрасте от 38 до 59 лет, страдающих атеросклерозом с преимущественной локализацией процесса в коронарных артериях с клиническими проявлениями ишемической болезни сердца: стенокардии напряжения II—III функциональных классов.

Наряду с клиническими методами обследования больным проводили биохимическое исследование липидного профиля; радиоиммунологическим методом изучали содержание в плазме ряда гормонов: вазопрессина, соматотропина, тиреотропина, трийодтиронаина, тироксина, кортизола, инсулина, АКТГ. Для оценки состояния микротиркуляции использовали метод комплексной полярографии с одномоментным определением концентрации свободного кислорода в тканях и объема капиллярного кровотока. О физической работоспособности и реакции аппарата кровообращения судили в динамике по велоэргометрической ступенеобразно возрастающей нагрузке.

Для сравнения лечения гиперлипидемииpunktационной рефлексотерапией и медикаментозными средствами больных распределили по двум однородным группам. На фоне диетических мероприятий, лечебной физкультуры и нитратов (базисная терапия) у больных I-й группы (179) применялиpunktационную рефлексотерапию, во 2-й (260) — медикаментозный комплекс.

Методика акупунктуры была разработана с учетом нейрогормонального и рефлекторного механизмов воздействияpunktационной рефлексотерапии посредством местной, сегментарной, органонаправленной и общей реакций организма и применялась как компонент комплексной терапии больных атеросклерозом.

Приpunktационной рефлексотерапии воздействовали набиологически активные точки с помощью серебряных и золотых игл тормозным и возбуждающим методами. На рисунке показаны такие базисные точки, которые используют в сеансе акупунктуры для больных атеросклерозом с целью коррекции нарушений липидного обмена. Тормозным методом вводят серебряные иглы симметрично на правой и левой ветвях каналов в точки 6 КС (ней-гуань), 36 М (цзу-санли), 4 МР (тунь-сунь), аурикулярную точку гипоталамуса: X 5 (вай-гуань), XI 41 (цзуллин-ци). Возбуждающим методом вводят золотые иглы на 5 мин в точку 19 М (бу-жун) односторонне на правой ветви канала. Курс лечения состоит из 10—12 сеансов, продолжительность каждого из них — 15—30 мин.

Сравнительный анализ результатов лечения гиперлипидемииpunktационной рефлексотерапии и медикаментозными средствами

Таблица 1

Динамика показателей липидного обмена под влиянием медикаментозного лечения иpunktационной рефлексотерапии

Показатели	Норма	До лечения	После применения медикаментозного комплекса (n=260)	После применения пунктационной рефлексотерапии (n=179)
Холестерин, ммоль/л P	6,1±0,1	7,5±0,1	5,8±0,1 $<0,001$	6,1±0,1 $<0,001$
Триглицериды, ммоль/л P	1,8±0,0	2,1±0,1	1,2±0,0 $<0,001$	1,8±0,0 $<0,001$
Альфа-холестерин, ммоль/л P	1,4±0,0	1,3±0,0	1,3±0,0 $<0,05$	1,4±0,0 $<0,01$
Общие липопротеиды, г/л P	6,2±0,2	9,6±0,7	6,2±0,3 $<0,001$	6,2±0,6 $<0,001$

ми показал, что рефлекторная терапия не уступает 3-компонентному медикаментозному комплексу (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что после курса рефлекторной терапии снизился уровень холестерина, триглицеридов и повысилось содержание α -холестерина.

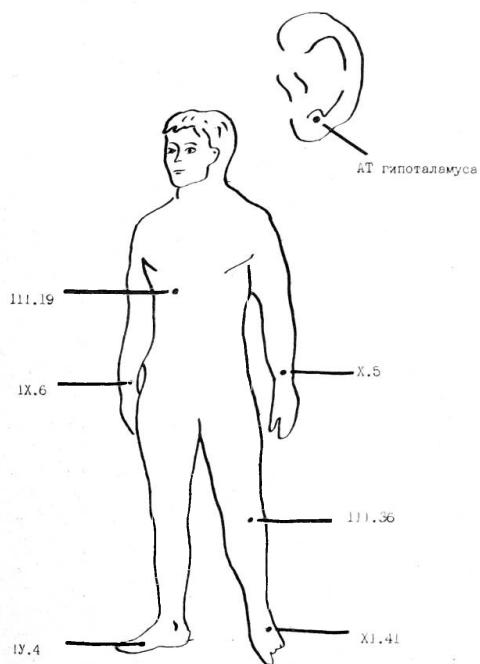
В отличие от медикаментозной терапии, пунктационная рефлексотерапия лишена негативных действий, а гиполипидемический эффект продолжается до 6 мес. после окончания курса лечения. К такому заключению мы пришли в результате динамического (в течение года) наблюдения за показателями липидного обмена у 52 больных ишемической болезнью сердца. Через 6 мес. после лечения сохранялось в среднем 70% достигнутого гиполипидемического эффекта, а к концу года — около 1%.

После проведения курса пунктационной рефлексотерапии наблюдалось увеличение (почти в 2 раза) капиллярного кровотока, улучшение кислородообеспечения, повышение напряжения кислорода в тканях с $2,18\pm0,07$ до $3,10\pm0,15$ кПа. Одновременно достоверно возрастала в крови концентрация трийодтиронина и соматотропина, снижался уровень вазопрессина, АКТГ, кортизола и инсулина, что еще раз подтверждало нейрогормональный механизм саногенеза пункционной рефлексотерапии при атеросклерозе (табл. 2).

Таблица 2

Динамика показателей микроциркуляции и гормонов под влиянием курса пунктационной рефлексотерапии у больных атеросклерозом

Показатели	До лечения	После лечения	P
Исходное напряжение кислорода в тканях, кПа	$2,18\pm0,07$	$3,10\pm0,15$	$<0,001$
Капиллярный кровоток, мл/мин на 100 г ткани	$13,2\pm1,8$	$24,0\pm2,1$	$<0,001$
Трийодтиронин, нг/100 мл	$103,7\pm4,3$	$134,4\pm9,2$	$<0,001$
Вазопрессин, нг/л	$10,8\pm0,5$	$6,8\pm0,4$	$<0,02$
АКТГ, нг/л	$178,3\pm6,3$	$56,3\pm7,3$	$<0,05$
Кортизол, нмоль/л	$491,3\pm12,2$	$431,4\pm24,5$	$<0,05$
Инсулин, нмоль/л	$278,0\pm24,0$	$115,9\pm14,9$	$<0,001$



Базисный набор акупунктурных точек, используемых при атеросклерозе

Положительные сдвиги гормональных, метаболических и микроциркуляторных показателей сочетались с клиническим эффектом: больные отмечали урежение приступов стенокардии, уменьшение головных болей, улучшение сна, повышение толерантности к физической нагрузке на 20% по результатам велоэргометрии.

Хорошо зарекомендовал себя в клинике и другой способ физиотерапевтической коррекции гиперхолестеринемии — интраназальный электрофорез 2—4% новокaina по методике Г. Н. Кассиля [3], которая предполагает перерыв патологической импульсации с гипоталамо-гипофизарной области [5]. Указанную методику использовали у 50 больных атеросклерозом.

После проведения 12—14 сеансов интраназального электрофореза с новокайном сни-

Таблица 3

Изменение липидного обмена, содержания тропных гормонов гипофиза, тироксина и кислородного баланса тканей у больных коронарным атеросклерозом после лечения интраназальным электрофорезом с новокаином

Показатели	До лечения	После лечения	P
Холестерин, ммоль/л	6,9±0,3	5,7±0,2	<0,05
Бета-липопротеиды, г/л	7,4±0,4	6,3±0,3	<0,05
Триглицериды, ммоль/л	1,4±0,2	1,5±0,2	<0,05
АКТГ, нг/мл	104,1±9,3	70,3±7,8	<0,01
ТТГ, нг/мл	3,7±0,5	2,4±0,3	<0,05
СТГ, нг/мл	0,3±0,0	0,6±0,1	<0,01
Тироксин, нмоль/л	83,7±5,1	96,5±5,1	<0,05
РО ₂ в тканях, мА	1,1±0,7	1,3±0,2	<0,01
Объем тканевого кровотока, мл на 100 г	34,2±3,6	46,2±5,8	<0,01

жалось содержание АКТГ и ТТГ, повышался уровень СТГ и общего тироксина, то есть имелась выраженная тенденция к нормализации гормонального профиля, сочетавшаяся со снижением гиперхолестеринемии и гипер-β-липопротеинемии, увеличением напряжения кислорода в тканях и объема периферического тканевого кровотока (табл. 3).

Интраназальный электрофорез с ново-

УДК 618.3 06:616.831—006.6

ТАКТИКА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ И ВЕДЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН ПРИ ОПУХОЛЯХ МОЗГА

З. Ш. Гилязутдинова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Беременность у женщин с опухолями мозга чрезвычайно опасна, и материнская смертность составляет 24,3% [3]. В 75% случаев внутричерепные опухоли развиваются у женщин в репродуктивном возрасте и впервые могут дать знать о себе во время беременности. Это объясняется задержкой жидкости в организме у беременных [1]. Мы допускаем, что опухолевый рост во время беременности связан со значительными обменными, в частности, нейроэндокринными изменениями в организме у беременных; даже плацента как мощный гормональный орган может оказаться стимулятором роста опухоли.

К основным осложнениям беременности у больных с опухолями мозга относятся гестозы II половины беременности, особенно при локализации опухоли в лимбической области, угроза прерывания беременности в I половине, а также ранние гестозы, высокая частота преждевременных родов и перинатальной смертности [2, 3].

каином, как и пункционная рефлексотерапия, лишен негативного влияния, присущего многим лекарствам, и не имеет противопоказаний.

Предлагаемые немедикаментозные методы коррекции гиперлипидемий характеризуются эффективностью, отсутствием побочного действия. Они экономичны, просты и могут широко использоваться в лечении и профилактике атеросклероза в стационарных и амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вограйлик В. Г. //Атеросклероз: вопросы патогенеза, диагностики и терапии.— Горький, 1984.
2. Вограйлик В. Г. и соавт. //В кн.: Тезисы докладов и сообщений XIX Всесоюзного съезда терапевтов.— 1987.
3. Кассиль Г. Н. //Сов. женщина.— 1960.— № 7.— С. 85.
4. Лопухин Ю. М., Арчаков А. И., Владимиров Ю. А., Коган Э. М. //Холестериноз.— М., Медицина, 1983.
5. Меринова И. В., Салмин А. А. //Атеросклероз: вопросы патогенеза, диагностики и терапии.— Горький, 1984.
6. Синицын В. Е., Мазуров А. В., Хашимов Х. А., Курданов Х. А. //В кн.: Тезисы докладов IV Всесоюзного съезда кардиологов.— М., 1986.

Поступила 30.03.88.

Браун и Диксон считают [1], что внезапное появление эпилептических судорог, генерализованных или очаговых, либо постоянной рвоты, если в анамнезе их не было, должно насторожить врача. Беременную следует направить на неврологическое обследование и рентгеноскопию по поводу возможной опухоли мозга.

При выявлении опухоли во II половине беременности и отсутствии угрожающих симптомов некоторые авторы считают, что беременность может быть продолжена. Выполнение нейрохирургических операций целесообразно проводить до 27 нед беременности, так как нейрохирургическое вмешательство с применением управляемой гипотермии и гипотонии в последние месяцы беременности опасно для плода. Во II половине беременности радикальная операция или декомпрессия рекомендуется только при тяжелой клинике опухоли мозга.

Среди больных с нейроэндокринной патологией у 42 (4,2%) женщин нами выявлены