

тела была более выражена, чем у детей от первичной операции, однако разница была статистически недостоверной, что, возможно, объясняется сравнительно небольшим числом наблюдений.

Обращено внимание на большую частоту общей заболеваемости детей первого года жизни в основной группе. Индекс здоровья составил 5,2 (в контрольной группе — 25), показатель общей заболеваемости по обращаемости (без учета показателей отставания в физическом развитии и заболеваемости рахитом) достиг 3569 на 1000 детей, что превышало допустимые нормативы более чем в 2 раза. 44,8% детей болели эпизодически и редко (1—3 раза в год), 43,1% — часто (4—5 раз), 6,9% — очень часто (6 и более раз). Таким образом, 50% детей, родившихся с помощью кесарева сечения, болели часто и очень часто.

В структуре заболеваний изучаемого контингента детей ведущие место занимали ОРВИ (58,0%) и неспецифические воспалительные заболевания бронхолегочной системы (14,5%). Сравнительно большой удельный вес (10,8%) приходился на гнойно-воспалительные процессы, аллергический диатез, острые кишечные инфекции. Экспертная оценка результатов исследования позволила заключить, что большая частота случаев заболеваний детей, извлеченных путем кесарева сечения, на первом году обусловлена комплексом факторов — более низким индексом здоровья в период новорожденности, низкими показателями иммунного статуса при рождении, поздним прикладыванием к груди матери в родильном доме, большой частотой случаев раннего перевода детей на смешанное и искусственное вскармливание ввиду гипогалактики у матерей.

Нервно-психическое развитие также характеризовалось рядом отклонений. Так, в первом полугодии жизни у 37 (21,1%) детей были выявлены невропатологом такие неврологические симптомы, которые свидетельствовали о функциональных нарушениях центральной нервной системы: у 25 наблюдался гипертензионно-гидроцефальный

синдром, у 12 — церебрастенический синдром, однако указанные расстройства были нестойкими и к 10—12 мес жизни у большинства из них компенсировались. 18 (10,3%) детей начали поздно ходить (после 13—14 мес); 7 (4,0%) обследованных отставали в психическом развитии (в контроле — 0,9%); у 3 (1,7%) детей отмечалось некоторое опережение возрастных норм развития.

## ВЫВОДЫ

1. Дети, извлеченные путем кесарева сечения, должны быть включены в группу риска по потенциальной возможности повышенной частоты перинатальной патологии, нарушения физического и соматического здоровья на первом году жизни. Наличие послеоперационного рубца на матке повышает риск развития перинатальной патологии и ранней неонатальной смертности.

2. Организация медицинского обеспечения детей, извлеченных путем кесарева сечения (особенно повторного), должна предусматривать в антенатальном периоде следующие мероприятия: профилактику хронической гипоксии и гипотрофии плода, хронической фетоплацентарной недостаточности, пневмопатии новорожденного.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В. В., Ланцев Е. Е.* // Кесарево сечение. — М., Медицина, 1985.
2. *Дементьева Г. М., Козлова Е. А., Нисан Л. Г.* // Оценка физического развития новорожденных. Методические рекомендации. — М., 1984.
3. *Ельцов-Стрелков В. И.* // Акуш. и гин. — 1980. — № 11. — С. 29—32.
4. *Савельева Г. М., Серов В. Н., Кулаков В. И.* // В кн.: Объединенный пленум правлений Всесоюзного и Всероссийского научных медицинских обществ акушеров-гинекологов. — М., 1979.
5. *Цыбульская И. С.* // Клинико-физиологические основы адаптации новорожденных детей. — Автореф. докт. дисс. — М., 1984.
6. *Farrel S. I. et al.* // *Obstet. and Gynec.* — 1980. — Vol. 56. — P. 696—700.

Поступила 06.05.88.

УДК 615.814.1 + 615.849.191:613.84

## ЛАЗЕРНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТАБАКОКУРЕНИЯ

*А. С. Юсупов, С. Х. Вахитова, С. П. Васюк*

*Кафедра терапии № 4 (зав. — доктор мед. наук Р. М. Фаздыева) Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ, поликлиника № 38 (главврач — А. В. Тетерина), Уфа*

Табакокурение является самой распространенной токсикоманией современности и одной из причин многих тяжелых заболеваний, особенно в развитых странах. По сведениям ВОЗ, общая смертность среди курящих в разных странах превышает на 30—

80% смертность среди некурящих, причем наиболее значительная часть курящих погибает в возрасте 45—54 лет, особенно ценном с точки зрения профессионального опыта. С каждым годом возрастает опасность пагубного влияния табакокурения на про-

цессы воспроизводства населения, ухудшения здоровья подрастающего поколения. Все это делает лечение табакокурения весьма актуальной задачей медицины.

Существует несколько специфических методов лечения табакокурения: психотерапия, гипноз, аутогенная тренировка, иглоукалывание, электропунктурная рефлексотерапия. Из медикаментозных методов следует выделить медикаментозно-аверсионную терапию отвращением (смазывание и полощение полости рта настойкой чернильных орешков, танином, нитратом серебра и др.), медикаментозно-заместительную (цитизин, табакс, пилокарпин, лобелин, лобесил, анабазина гидрохлорид), медикаментозно-вспомогательную (использование препаратов, сходных по фармакологическому действию с никотином, например, никотиновой жевательной резинки). Для облегчения отказа от курения широко применяют седативные средства, транквилизаторы, психостимуляторы. К сожалению, попытки создания безникотиновых табачков не дали ожидаемых результатов. Так, в 1963 г. в Болгарии был получен гибрид путем прививки табака к кусту красавки; в США была попытка ввести картофельные сигареты.

Основную трудность в лечении табакокурения, как и других токсикоманий, представляет преодоление абстинентного синдрома, в формировании которого играют роль многие факторы. Главенствующим является поражение всех структурных уровней и функциональных образований нервной системы. Расстройство регуляции нервных функций происходит как на спинальном, так и на уровне регуляторных центров головного мозга. В первую очередь изменяется тонус ретикулярной формации мозга, а в зависимости от дозы и длительности табакокурения обнаруживаются более или менее выраженные нарушения окислительных процессов в тканях головного мозга, к которым присоединяются поражения сосудистой системы за счет расстройства центральной или периферической регуляции сосудистого тонуса.

Большое значение имеют усиление всех обменных и нейровегетативных нарушений, изменения в промежуточном мозге с расстройством нейровегетативных регуляторных функций и функций гипофизарно-надпочечниковой системы. При абстинентном синдроме нарушаются синтез ацетилхолина и его высвобождение в синапсах, происходит активация высвобождения и разрушения норадреналина, что впоследствии приводит к дефициту этого нейромедиатора.

Изучение функций опитной системы организма за последние годы показало, что она имеет непосредственное отношение к формированию абстинентного синдрома.

Заслуженную популярность в лечении токсикомании приобрела рефлексотерапия.

Основными моментами, определяющими ее широкое применение, являются высокая эффективность лечения, отсутствие аллергических реакций, экономичность методов лечения, нормализующее влияние на многие системы организма и т. д.

С целью выбора оптимального раздражающего фактора на точки акупунктуры нами было проведено сравнительное лечение трех групп лиц, страдающих табакокурением. В 1-ю группу вошли 58 человек (мужчин — 47, женщин — 11), которым была назначена аурикулярная иглотерапия. Курс лечения состоял из  $7 \pm 3$  сеансов. 2-ю группу составил 81 пациент (мужчин — 55, женщин — 26), которых лечили с помощью серийного аппарата для электроakupунктурной терапии «Электроника-ЭЛИТА-4» (курс лечения —  $4 \pm 2$  сеанса). 3-я группа объединила 107 человек (мужчин — 89, женщин — 18). Рефлексотерапию больных этой группы осуществляли облучением аурикулярных и корпоральных точек акупунктуры низкоэнергетическим гелий-неоновым лазером с длиной волны 0,63 мкм (аппарат АПЛ-1). Суммарное время воздействия на акупунктурные точки не превышало 2 мин (курс лечения —  $2 \pm 1$  сеанс). Для исключения возможного наложенного суммарного воздействия электрического и лазерного раздражения на точки акупунктуры у пациентов 3-й группы поиск точек выполняли не аппаратными методами, а используя анатомические ориентиры.

Стаж табакокурения у пациентов всех трех групп составлял  $26 \pm 19$  лет, средний возраст пациентов —  $44 \pm 23$  года.

Эффект плацебо в группе из 42 пациентов определяли следующим образом: накопчик гибкого световода аппарата АПЛ-1 устанавливали на те же точки акупунктуры, что и у пациентов 3-й группы, и имитировали включение аппарата в работу. Во время второго «сеанса» 7 (16,7%) человек отмечали «какие-то неясные, но положительные сдвиги», однако уже на 3-й день «лечения» полностью отказались от курения только 3 (7,1%) человека.

Результаты сравнительного лечения табакокурения указанными методами рефлексотерапии приведены в таблице.

Результаты сравнительного лечения табакокурения некоторыми методами рефлексотерапии

Группы пациентов	Число лиц, отказавшихся от курения					Соотношение числа некурящих через 8 мес после лечения к общему числу леченных, %
	через 3 дня	через 1 нед	через 1 мес	через 4 мес	через 8 мес	
1-я	1	39	34	27	27	47
2-я	48	74	70	61	59	73
3-я	106	106	102	102	99	93

Наиболее эффективным раздражающим фактором является облучение точек акупунктуры низкоэнергетическим гелий-неоновым лазером.

Многие аспекты действия когерентного монохроматического излучения остаются неясными; кроме того, до сих пор нет единой точки зрения на оценку необходимой терапевтической дозы излучения.

Одним из первых органов на пути воздействия этого излучения является кожа со всеми присущими ей морфологическими образованиями. Для низкоинтенсивного лазерного излучения характерно отсутствие в коже грубых деструктивных изменений. По-видимому, более высокая эффективность лазерной рефлексотерапии объясняется тем, что в основе механизмов лечебного действия лежат фотохимические реакции, связанные с резонансным поглощением света специфическими акцепторами и изменением конформации широкого круга макромолекул [2]. Низкоэнергетические гелий-неоновые лазеры с длиной волны, равной 0,63 мкм, обладают более выраженным биологическим действием при облучении точек акупунктуры. По всей вероятности, энергия излучения гелий-неоновых лазеров используется для усиления активности каталазы [1]. В соответствии с решением рабочего совещания по вопросам применения лазеропунктуры в медицинской практике (Москва, 1981) нами использовано лазерное излучение мощностью 0,1 мВт. В разработанный нами «рецепт» вошли аурикулярные и корпоральные

точки акупунктуры, обеспечивающие генерацию рецепторного потенциала, связанного с мембраной фотопигмента, и активацию физиологических реакций организма с включением в процессы нормализации работы центральных механизмов регуляции и соответствующих центров пептидергической регуляции.

Столь короткий срок лечения пациентов 3-й группы ( $2 \pm 1$  сеанс) объясняется тем, что явления воздействия низкоинтенсивного гелий-неонового лазерного излучения на ткани держатся в течение нескольких суток [3], что и обеспечивает длительность раздражения акупунктурных точек. Однако у пациентов, выкуривавших более 35 сигарет в сутки, приходилось через 2—3 сут повторять облучение точек акупунктуры, используя тот же «рецепт».

Методика лазерной рефлексотерапии табакокурения обладает рядом очевидных преимуществ. Абсолютная стерильность лазерного луча, безболезненность процедуры, отсутствие осложнений при правильном подборе режимов работы — все это делает лазерную рефлексотерапию табакокурения весьма перспективным методом лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кац А. Г., Макеева Н. С. // Электр. промышл. — 1984. — № 10. — С. 37—38.
2. Линник Л. А., Усов Н. И., Чечин П. П., Пеленчук О. С. // Офтальмол. журн. — 1982. — № 4. — С. 193—197.
3. Плетнев С. Д. // Лазеры в клинической медицине. — М., Медицина, 1981.

Поступила 17.05.88.

УДК 616—37

## ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОГНОСТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ НА ОСНОВЕ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДПАТОЛОГИИ

В. Т. Мизин

*Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов (зав. — доктор мед. наук Р. М. Фазлыева) Башкирского медицинского института*

Наличие маломанифестных форм заболеваний, стойко компенсированных патологических состояний, экстремальных воздействий внешней среды, отрицательных влияний производственно-бытовых условий, отягощенной наследственности, вредных привычек обуславливает необходимость оздоровления практически каждого человека [3, 4]. При диспансеризации речь идет о выявлении ранних патологических сдвигов, не отражающихся в течение длительного периода на самочувствии людей, которые в силу этого не считают себя больными. Переход от здоровья к болезни сопровождается развитием доклинических пограничных состояний, именуемых донозологическими [1, 2].

Предлагаемым нами методом была определена патология у 2573 здоровых лиц.

При диагностике предпатологических состояний оценивались следующие исходные параметры регистра здоровья:

- физическое развитие (крепкое — у 321, нормальное — у 1213, слабое — у 1039),
- нейropsychологический статус (нарушения эмоционально-волевой сферы — у 2322, невротоподобное состояние — в 1426, стойкий дермографизм — у 1232, гиперadrenergия — у 1106, локальная потливость — у 1881);
- отягощенная наследственность (у 941);
- конституциональные особенности (гипостеническая — у 831, гиперстеническая форма — у 724);
- возрастная предрасположенность к заболеваниям (зрелый возраст — у 922, пожилой — у 301; инволютивный период жиз-