

На РКТ изображениях при хроническом панкреатите визуализируются диффузное или локальное увеличение поджелудочной железы, повышение КА (плотность неизменной паренхимы по Хаунсфильду варьирует от +20 до +40 ед.Н.), наличие мелких кальцинатов в сочетании с псевдокистами, иногда расширение панкреатического протока и вирсунголитиаз.

При остром панкреатите увеличены размеры поджелудочной железы, контуры нечетки и удвоены. Структура ткани железы может быть однородной (равномерное понижение ее плотности определяется до +12— +18 ед.Н.). Иногда отмечается неомогенность структуры, кисты чаще бывают округлой формы, однородной структуры, плотность которой приближается к плотности воды (величина коэффициента рентгеновского поглощения водой равна "0"). Нередко экссудат скапливается в области переднего и заднего параренального пространства с инфильтрацией мягких тканей в поясничной области. При выраженном отеке поджелудочной железы появляются признаки гипертензии желчевыводящих путей.

Гепатобилиарной системе принадлежит существенная роль в развитии метаболических нарушений у больных СД. Поражение может возникнуть на ранних стадиях заболевания и оказать влияние на клиническое течение СД. Применение РКТ у данных больных позволяет выявить поражение гепатобилиарной системы и дифференцировать патогенез СД.

УДК 616.89—008.441.13—084.4—085.814.1—036.8

Ф.З. Фаттахов, Г.В. Сулимов, Ю.Е. Микусев (Казань). Обоснование внедрения рефлексотерапии для купирования алкогольного абстинентного синдрома и патологического влечения к алкоголю

По данным Центра социологических исследований, до 40% взрослого населения г. Казани страдают той или иной формой алкогольной зависимости. Применение рефлексотерапии для лечения больных алкоголизмом основано на том, что ключевым звеном в патогенезе алкогольной зависимости является нарушение гомеостаза. Ведущая роль при этом принадлежит эндокринному и иммунному дисбалансу вследствие токсического поражения гипоталамуса, формированию в ЦНС стойких генераторов патологически усиленного возбуждения по причине накопления катехоламинов и истощения запасов серотонина, ГАМК в лимбико-диэнцефальной системе. Указанные изменения определяют нарушение кортико-тирео- и гонадотропной функций гипофиза и соответственно нейроэндокринной регуляции иммунологических процессов.

Рефлексотерапия в разных вариантах представляется нам как хорошей альтернативой, так и дополнением к традиционному противоалкогольному лечению. Для купирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) рефлексотерапия применяется эпизодически. Поэтому задачами нашего исследования были разработка и ап-

Посиндромная схема воздействия при рефлексотерапии больных хроническим алкоголизмом

Наборы точек	Точки воздействия
I вариант	
ААС с астено-вегетативными расстройствами	VB-20, VG-14, AP-35, AP-66, AP-95
бессоница	TR-17
потливость	G-1, AP-87
анорексия	Цень-Цель, 1Е, 2Е,
головокружение	Цзюнь-Цюе
тремор	AP-55
II вариант	
ААС с сомато-вегетативными расстройствами	Пья-Сан, AP-13
слабость	C-7, MC-6, AP-100,
боли в сердце	Ци-Хой
головная боль:	
в лобной части	TR-23
в затылке	VB-20, AP-25
мигрень	G-4, Цзю-Вей
боли в глазах	VB-1, AP-35
расстройства ЖКТ	
спазмы, тенезмы	VC-11
диарея	E-25
запор	VC-5, AP-51, AP-92
гепатоз	AP-127
синдром Рейно	Эль-Мо, AP-34
III вариант	
ААС с психическими расстройствами	
тревога	VB-34, AP-7A, AP-25, AP-55
	AP-121
страх	43-VII
депрессия	18VII
раздражительность	
эмоциональная лабильность	14VII, 11VII

робация клинически эффективных, технически простых, экономически выгодных методов рефлексотерапии химических зависимостей. Выделяются три варианта ААС: астено-вегетативный, сомато-неврологический и вариант с преобладанием психотического компонента. Однако данное деление условно, так как в принципе отражает этапы формирования абстинентного синдрома в зависимости от стажа заболевания и многие симптомы переплетаются.

С учетом изложенного выше были разработаны 3 варианта набора биологически-активных точек (БАТ) — как корпоральных, так и аурикулярных: для ААС — 8 корпоральных и 5 аурикулярных, для сомато-неврологического — 13 корпоральных, 6 аурикулярных, с преобладанием психических расстройств — 8 корпоральных и 6 аурикулярных (см. табл.).

В силу общности биохимических механизмов патологического влечения к алкоголю, как первичного, так и вторичного, дальнейшая дифференциация БАТ в зависимости от этапа противоалкогольной терапии не проводилась.

Всего пролечено 37 мужчин в возрасте от 19 до 55 лет. Стаж заболевания варьировал от 3 до 25 лет. Использовались 3 варианта рефлексотерапии: точечный массаж эбонитовым карандашом и обычная акупрессура в комбинации с электроаурикулотерапией или последние вместе с аутогеморексотерапией. Второй способ клинически интересен, так как параллельно происходит иммунная стимуляция организма, но небезопасен для персонала из-за своей инвазивности и возможности инфицирования гепатитами В, С, сифилисом и ВИЧ. Для больных же он имеет ограниченную привлекательность по причине болезненности возникающих косметических дефектов — местных экхимозов. Курс лечения состоял из 8—10 сеансов. Применялись ушные электроды при силе тока 4—5 мА, напряжении 3 в, экспозиции от 15 до 39 минут. Параллельно в корпоральные БАТ вводили гемолизированную аутокровь больных в количестве десятых долей миллилитра в каждую точку либо проводили массаж корпоральных точек эбонитовым карандашом или ручным способом (по одной минуте каждую точку).

Первоначально недоверчивое и настороженное отношение к необычному методу лечения уже после 2-го сеанса сменялось у пациентов активным стремлением к проведению полного курса. При сочетании электроаурикулотерапии и акупрессуры многие больные отмечали чувство замыкания электрической цепи через ушные электроды и корпоральные точки. Чувствительность БАТ с каждым сеансом повышалась. У больных, перенесших в прошлом эпилептиформные припадки, ее порог был выше. У всех больных наблюдались общая седация, повышение и стабилизация общего эмоционального тонуса, редукция депрессии, нормализация ночного сна, купирование головных и сердечных болей, потливости, восстановление функций ЖКТ и мочеполовой системы. Особо следует отметить у больных, страдающих порниазом, уменьшение интенсивности высипаний, что можно связать с седативным действием на ЦНС. Равнодушие к спиртному появилось у 80% больных к четвертому сеансу. У 30% были купированы тремор и явления алкогольного полиневрита. В ряде случаев (у 20% пациентов) появилось активное чувство отвращения к алкоголю. Отпала необходимость в применении транквилизаторов. У всех больных сформировалась установка на полный курс стационарной противоалкогольной терапии, а 25% из них решили закрепить его с помощью “эсперали” (placebo).

В целом при использовании описанной выше терапии ААС купировался по временным параметрам на 30% быстрее, чем при традиционном медикаментозном лечении. В общей массе больных, служившей контролем, названные выше симптомы ААС редуцировались на 5—6-й день пребывания в стационаре. На другом этапе лечения по просьбам больных, получивших сенситизирующую терапию метронидазолом и тем не

менее вновь почувствовавших патологическое влечение к алкоголю, им был проведен один из приемов рефлексотерапии в авторской модификации. Результаты оказались успешными. В 70% случаев вторичное влечение к алкоголю удалось полностью купировать, что позволяет сделать вывод об эффективности такого метода не только на этапе детоксикации в условиях стационара, но и на отдаленных сроках диспансерного наблюдения наркологических больных.

Результаты исследований показали, что разработанный нами метод имеет ощутимый клинический эффект и может быть рекомендован для практического внедрения. Снимается проблема лекарственного привыкания и зависимости от транквилизаторов, антидепрессантов, снотворных средств. Решается вопрос лекарственной аллергии — частого осложнения витаминной терапии. Следует ожидать существенной экономической выгоды из-за сокращения расходов на обычные медикаменты.

УДК 616 - 036. 2

Р.М. Лушникова (г. Набережные Челны). Заболеваемость внутрибольничными инфекциями в Больнице скорой медицинской помощи

Нами проведено обследование больных внутрибольничными инфекциями (ВБИ) на базе стационара БСМП г. Набережные Челны с 1992 по 2000 г. За указанный период было зарегистрировано 143 случая ВБИ, из них у 89 (62,2 %) женщин и у 54 (37,8 %) мужчин. Наибольшие доли ВБИ приходятся на возрастные группы от 20 до 29 лет (17,5 %), от 40 до 49 лет (20,3 %), 60 лет и старше (26,5 %), в частности на женщин 60 лет и старше, мужчин от 20 до 29 лет (20,4 %).

Анализ возрастнo-половой структуры больных ВБИ не дает полного представления о распространенности данного явления в исследуемых группах больных. Поэтому были высчитаны интенсивные показатели частоты внутрибольничных инфекций. Таковая в среднем по стационару составила 8,4 случая на 10 тысяч госпитализаций в БСМП. По возрастным группам наблюдается тенденция к увеличению частоты ВБИ с 5,6 (в группе до 19 лет) до 15,6 (в группе 60 лет и старше) случаев на 10 тысяч госпитализаций. У мужчин данный показатель увеличивается с 5,4 до 8,5, а у женщин — с 5,8 до 22,4 случая. На наш взгляд, это объясняется возрастным понижением сопротивляемости организма.

Особо следует выделить группу от 20 до 29 лет. Частота ВБИ здесь несколько выше, чем в группе 30—39 лет, что выходит за рамки общей тенденции. Это свойственно как женщинам, так и мужчинам. У мужчин частоту ВБИ в указанной группе превосходит лишь показатель у больных в возрасте 60 лет и старше (см. табл.).

Объяснение этому мы нашли проанализировав хирургическую активность по возрастным группам. Выяснилось, что больные именно 20—