

На правах рукописи

ЛЕВИН АЛЕКСАНДР ВЛАДИМИРОВИЧ

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КИСТЬ-СТОПА (СУ-ДЖОК) АКУПУНКТУРЫ**

14.00.05 – внутренние болезни

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



САМАРА – 2001

Работа выполнена на кафедре военно-полевой терапии Самарского военно-медицинского института

Научный руководитель – доктор медицинских наук
профессор **Крюков Н.Н.**

Научный консультант – кандидат медицинских наук
доцент **Кулиджанов А.Ю.**

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук
профессор **Кондурцев В.А.**
доктор медицинских наук
Павлов В.В.

Ведущая организация – Санкт-Петербургская
медицинская академия
последипломного
образования

Защита диссертации состоится « 15 » ноября 2001 г. в 14 часов на заседании диссертационного Совета К.208 085.02 при Самарском государственном медицинском университете (443079, г. Самара, Московское шоссе, 2-а).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Самарского государственного медицинского университета (ул. Арцыбушевская, 171).

Автореферат разослан « 13 » ноября 2001 г.

**УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ
ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА**
доктор медицинских наук
профессор

Захарова Н.О.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) остается одной из актуальных проблем гастроэнтерологии. Повышенный интерес к ней объясняется тем, что заболеваемость ЯБДК среди взрослого населения не уменьшается и по данным мировой статистики достигает 6-10% (Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А.,1987; Григорьев П.Я., Яковенко Э.П.,1998; Grossman M.J,1979; Boyd E.J.S.,1994) Язвенная болезнь до настоящего времени остается основной причиной потери трудоспособности среди больных гастроэнтерологического профиля, на ее долю приходится около 40% всех дней временной нетрудоспособности (Логинов А.С., Аруин Л.И., Ильченко А.А.,1995). Рецидивирующее течение, наличие тяжелых осложнений и преждевременная инвалидизация больных определяют как медицинскую, так и социально-экономическую значимость данной проблемы (Комаров Ф.И., Калинин А.В.,1995; Дерябенко М.И.,1997; Спиридонов А.М. и соавт.,1998; Hagepmuller F., Weber C.,1992, Fiocca R., et al.,1994).

Многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых способствовали значительным успехам в изучении различных аспектов патогенеза, клиники, диагностики гастродуоденальных язв. Однако, многие принципиальные вопросы, касающиеся течения и терапии данного заболевания, остаются дискуссионными (Ивашкин В.Т.,1993; Калинин А.В.,1996; Мишушкин О.Н.,1996; Крылов А.А.,1998, Scabo S.,1994).

На современном этапе знаний возникновение ЯБДК рассматривается как следствие нарушения равновесия между защитными механизмами слизистой оболочки гастродуоденальной зоны и факторами агрессии с перевесом в пользу последних (Шептулин А.А.,1997; Масв И.В., Андреев Н.Г. и соавт.,2000). Язвенный процесс в двенадцатиперстной кишке может являться также и конечным этапом сложного многопрофильного заболевания, в патогенез которого вовлекаются ЦНС, вегетативная нервная система, биогенные амины и пептидные гормоны пищеварительного тракта (Вейн А.М.,1997; Григорьев П.Я., Яковенко Э.П.,1998; Stacher G.,1986). Особое значение в патогенезе ЯБДК придается инфекционной теории; по мнению ряда авторов, ключевая роль в развитии язвенного процесса, уделяется *Helicobacter pylori* (Григорьев П.Я.,1996; Крюков Н.Н., Кулиджанов А.Ю. и соавт.,1999; Wirth H.P.,1995). Значительная роль в ульцерогенезе принадлежит расстройствам двигательной (моторно-эвакуаторной) функции желудка и двенадцатиперстной кишки (Климов П.К., Барашкова Т.Н.,1991; Курьгин А.А. и соавт.,1994; Григорьев П.Я., Яковенко Э.П.,1998; Travis S., Tayber R., et al.,1991; Szurzewski J.H.,1998).

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, в ряде случаев оно оказывается недостаточно эффективным, поэтому продолжается поиск новых как медикаментозных, так и немедикаментозных методов ее коррекции. Одним из таких немедикаментозных методов лечения является иглорефлексотерапия, а

3

ее разновидностью - кисть-стопа (Су-Джок) акупунктура. Универсальность кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры состоит в том, что она является как диагностическим, так и лечебным методом.

Актуальность проводимых нами исследований объясняется тем, что в современной доступной нам литературе мы не нашли анализа результатов специальных исследований, посвященных изучению влияния кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры на коррекцию язвенного дефекта двенадцатиперстной кишки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Дать оценку диагностической и терапевтической значимости применения метода кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, а также разработать алгоритм оптимальной немедикаментозной коррекции язвенного дефекта с помощью данного метода

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ: 1. Изучить диагностические возможности метода кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры («система соответствия») при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

2. Проанализировать результаты использования кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры в комплексном лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

3. Провести сравнительный анализ эффективности лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с применением кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры и пациентов с дуоденальными язвами, которым проводилась традиционная медикаментозная противоязвенная терапия.

4. Разработать диагностический и терапевтический алгоритм ведения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с использованием кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры, а также - определить возможности его использования в клинической практике.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ

Впервые дана оценка диагностической части кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры, которая позволила определить ее как скрининг - диагностику обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Проведена клиническая и инструментальная оценка результатов применения кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры в лечении дуоденальных язв, в результате чего выявлено ее положительное влияние на репаративные процессы в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки.

Дана оценка клинической эффективности кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры как при изолированном, так и комплексном ее применении в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Впервые установлено, что применение кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры в сочетании с традиционной противоязвенной терапией способствует сокращению сроков репарации язвенного дефекта слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ

Результаты выполненного исследования позволяют сделать заключение о том, что кисть-стопа (Су-Джок) акупунктура эффективна в комплексной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Данный

метод лечения может быть рекомендован для включения в традиционную противоязвенную терапию и широкого применения в клинической практике.

Установлено, что комплексная противоязвенная терапия с использованием кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры существенно сокращает сроки заживления язвенного дефекта по сравнению с общепринятым лечением, повышая качество жизни больного и обеспечивая существенный экономический эффект.

Диагностика и лечение дуоденальных язв посредством применения кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры в силу своей относительной простоты проведения, может рекомендоваться к практическому использованию не только врачами-рефлексотерапевтами, но и к широкому внедрению в практику врачей-терапевтов, гастроэнтерологов (как в условиях стационара, так и в поликлинических условиях).

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ

Результаты проведенного исследования используются в практической работе гастроэнтерологического отделения 358 Окружного военного клинического госпиталя ПриВО (г Самара), дневного стационара 43 консультативно-диагностической поликлиники ПриВО (г. Самара).

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Применение кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры («система соответствия») в комплексной диагностике язвенной болезни двенадцатиперстной кишки способствует раннему выявлению обострения данной патологии; учитывая простоту его использования, возможность массовых исследований, можно расценить данный диагностический метод как скрининговый.

2. Кисть-стопа (Су-Джок) акупунктура является эффективным средством усиления традиционной антиульцерозной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, способствуя существенному сокращению сроков заживления язвенного дефекта.

3. Сравнительный анализ результатов проведенного лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с применением кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры с соответствующими показателями пациентов, которым проводилась только традиционная противоязвенная медикаментозная терапия, показал высокую эффективность кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры.

4. Предложенный диагностический и терапевтический алгоритм ведения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с использованием кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры позволил определить оптимальную тактику лечения указанной патологии.

АПРОБАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основные положения, изложенные в диссертации, доложены на научно-практической конференции врачей Приволжского военного округа

(г Самара, 2000 г). Всероссийской научно-практической конференции (Н Новгород, 2001г), обсуждены на межкафедральном заседании кафедры внутренних болезней №1 Самарского государственного медицинского университета, кафедр терапии и военно-полевой терапии Самарского военно-медицинского института с участием специалистов 358 ОВККТ и 43 консультативно-диагностической поликлиники ПУрВО (2001г.).

ПУБЛИКАЦИИ. Основные положения диссертации изложены в 6 опубликованных научных работах: 2 - в местной и 4 - в центральной печати.

СТРУКТУРА И ОБЪЕМ ДИССЕРТАЦИИ. Диссертация изложена на 110 страницах машинописного текста, иллюстрирована 19 таблицами и 10 рисунками. Работа состоит из введения, обзора литературы, главы «Материал и методы исследования», результатов собственных исследований, изложенных в двух главах, заключения, выводов, практических рекомендаций. Список литературы содержит 246 наименований, из которых 166 - отечественных и 80 - иностранных авторов

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основу наших наблюдений составили данные клинического и лабораторно-инструментального обследования 144 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, находившихся в 1999-2001 годах на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении 358 Окружного военного клинического госпиталя и дневном стационаре 43 консультативно-диагностической поликлиники Краснознаменного Приволжского военного округа.

Все обследованные лица были мужчины молодого и зрелого возраста, что обусловлено спецификой контингента больных.

Возрастной состав обследованных лиц был следующий: до 30 лет – 62 человека (43,1%), от 31 до 50 лет – 82 человека (56,9%). Средний возраст пациентов составил – 30 ± 5.7 лет

Длительность заболевания у большинства пациентов в возрасте до 30 лет (64,7% обследованных) не превышал 5 лет, тогда как у больных старших возрастных групп язвенный анамнез чаще был более длительным (73%)

Следует отметить, что у 90% обследованных профессиональная деятельность связана с повышенным психоэмоциональным напряжением. На военной службе в период обследования находилось 128 человек (88,9%).

У большинства больных - 127 человек (88,2%) течение заболевания было несложным. Хронические осложнения язвенной болезни (стеноз или грубая рубцовая деформация пилородуоденальной зоны) зарегистрированы в 12 наблюдениях (8,3%). Кроме того, у 5 пациентов (3,5%) в анамнезе имело место такие острые осложнения язвенной болезни, как кровотечение и перфорация дуоденальной язвы.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки характеризовалась типичными клиническими проявлениями. Так, болевой синдром наблюдался у 95,8% больных, а у 4,2% больных он отсутствовал. Диспепсический синдромокомплекс регистрировался у 97% больных.

Обследование пациентов проводили в соответствии со стандартными протоколами диагностики и лечения органов пищеварения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №125 от 17.04.98 г. Клинические и биохимические анализы крови исследовались по общепринятым методикам. Метаболический статус оценивали по 28 параметрам обмена, которые получали при биохимическом исследовании крови пациентов на анализаторе Конс. В объем определяемых параметров входили: общий белок, белковые фракции, β -липопротеиды, триглицериды, холестерин, билирубин, фибриноген, серомукоид, тимоловая проба, мочевины, креатинин, протромбиновый индекс, сывороточное железо. Из ферментов определяли аланиновую и аспарагиновую трансминазы, щелочную фосфатазу, α -амилазу, γ -глутамилтрансферазу и лактатдегидрогеназу. Кроме того, изучался ионный состав крови (натрий, калий, кальций, хлор).

Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование с помощью панэндоскопа «Olympus GIF Q 20» до начала лечения, а затем – на 10, 15, 20 день лечения до регистрации образования красного «звездчатого» рубца. Состояние слизистой оболочки (СО) двенадцатиперстной кишки оценивалось как в зоне язвы, так и в интактных отделах. Характеристика язвы включала в себя определение ее локализации, размеров, глубины, формы, оценку состояния краев и дна, степени выраженности периульцерозных воспалительных и атрофических процессов гастродуоденальной зоны, окружающей язвенный дефект. Во всех случаях язв проводили прицельную биопсию из тела и антрального отдела желудка и из луковицы двенадцатиперстной кишки. В каждом случае на проведение биопсии с исследовательской целью было получено согласие пациентов. Биоптаты немедленно фиксировали в 10% растворе формалина и использовали для гистологических и цитологических исследований.

Гистологическое исследование оценивало морфологические изменения в СО (воспаление, активность, атрофия, метаплазия) и проводилось полуквантитативным методом с использованием визуально-аналоговой шкалы в соответствии с модифицированной Сиднейской системой (Dixon M., 1996) и оценивалось как слабое, умеренное или выраженное.

Часть биоптатов использовали для обнаружения *Helicobacter pylori* (НР) с помощью цитологического метода. С этой целью ткань биоптата раздавливали на предметном стекле и размазывали тонким слоем по его поверхности, как при приготовлении мазка крови, и окрашивали по Романовскому-Гимзе. Выявление НР и оценка микробной экспансии проводилась в соответствии с рекомендациями, предложенными Л.И. Аруином и В.А. Исаковым (1995). Выделяли три степени обсеменения НР: 1.(легкая) степень - до 20 микробных тел в поле зрения; 2.(средняя) степень - от 20 до 50 микробных тел в поле зрения; 3.(тяжелая) степень - более 50 микробных тел в поле зрения.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости проводилось по общепринятым методикам.

Состояние кислотообразующей функции желудка изучалось методом

интрагастральной рН-метрии с помощью ацидогастрометра АГМ-01 и двухканальных сурьяно-каломельных рН-зондов конструкции Е Ю Линара. Интрагастральную рН-метрию проводили при поступлении больного в стационар и при эндоскопической регистрации «красного» рубца. Длительность процедуры составляла 2-3 часа, показания прибора отмечались каждые 5 минут. Исследование проводили до назначения кислотоснижающих препаратов или на фоне их отмены в течение 3-х дней. Перед каждым исследованием проводилась калибровка рН-зонда в стандартных буферных растворах с рН равным 1,69; 4,01 и 9,18. В соответствии с рекомендациями Е Ю. Линара (Рига, 1974) зонд вводился *per os* на 35-40 см до уровня кардии, а затем подключался к рН-метру и дальнейшее его введение в желудок продолжалось с учетом показаний ацидогастрометра. Дистальный электрод устанавливался в кислотонейтрализующую зону, а проксимальный – в зону с максимальным кислотообразованием. Исследование проводилось по унифицированной методике, описанной Е.Ю. Линаром (Рига, 1974). На первом этапе кислотообразующая функция желудка изучалась в базальных условиях в течение 30-45 минут. Полученные значения рН в базальную фазу желудочной секреции оценивали в соответствии с общепринятыми критериями: рН 1,8-2,1 – нормоцидное состояние; рН 1,5-1,7 – умеренная гиперацидность; рН 0,9-1,4 – выраженная гиперацидность; рН 2,2-4,9 – гипоацидное состояние; рН 5,0-7,0 – анацидное состояние; в антральном отделе рН > 5,0 – компенсация ощелачивания. рН 2,1-4,9 – субкомпенсация ощелачивания, рН < 2,0 – декомпенсация ощелачивания (Москва, 1995, 1996). Случаи рН ≤ 2,0 в фундальном отделе желудка натошак мы относили к непрерывному кислотообразованию. Через 20 минут после стабилизации показателей рН при выявлении значений меньше 4,0 в кислотообразующей зоне в базальных условиях проводился щелочной тест Ноллера по общепринятой методике: через канал рН-зонда в желудок вводили 1,0 г гидрокарбоната натрия, растворенного в 30 мл дистиллированной воды.

Щелочное время – время между повышением значений рН после введения раствора соды до возвращения их к исходному уровню оценивали по следующим критериям: менее 10 минут – резкое повышение продукции HCL натошак; от 10 до 20 минут – повышение; от 20 до 25 минут – снижение интенсивности продукции соляной кислоты (Москва, 1995, 1996).

Стимулированную секрецию HCL регистрировали в течение 45 минут - 1 часа и оценивали средние значения рН за последние 10-15 минут по следующим критериям: в фундальном отделе желудка рН ≤ 1,2 – гиперацидное состояние, рН 1,3-2,0 – нормоцидное состояние, рН 2,1-3,0 – гипоацидное состояние, рН 3,1-5,0 – субанацидное состояние, рН > 5,1 – анацидное состояние; в антральном отделе желудка рН > 6,0 – компенсация ощелачивания, рН 4,0-5,9 – снижение ощелачивающей функции антрального отдела. рН 2,1-3,9 – субкомпенсация ощелачивания, рН < 2,0 – декомпенсация ощелачивания.

При выявлении показателей рН в кислотообразующей зоне меньше 2,0 для уточнения роли блуждающего нерва в поддержании активности желудочных желез подкожно вводили 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата

Степень увеличения рН в теле желудка оценивали в соответствии с рекомендациями, предложенными Ю.Я. Лея (1987), выделяя четыре варианта результатов атропинового теста: сильный (увеличение рН на 2,0 ед. и более), средний (увеличение рН на 1,1-2,0 ед.), слабый (увеличение рН на 0,5-1,0 ед.) и отрицательный (увеличение рН менее чем на 0,5 ед.).

Статистическая обработка результатов исследования выполнялась на персональном компьютере в среде Windows вариационно-статистическим методом в программе Excel. При этом учитывалось значение средних арифметических (\bar{x}), среднеквадратических отклонений (σ). По критерию Стьюдента оценивалась значимость отличий средних арифметических в сравниваемых группах при постоянно заданном уровне значимости ($p = 0,05$). В случае, когда эмпирически рассчитанное значение критерия Стьюдента превышало его критическое значение, отличие средних арифметических признавалось значимым. Для установления взаимосвязи между изучаемыми показателями, полученными в процессе исследования, проводился корреляционный анализ методом вычисления коэффициента корреляции

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обследованные нами больные поступали в стационар в различные сроки от начала заболевания, в большинстве случаев – на высоте его клинических проявлений, что выражалось в типичных жалобах и подтверждалось данными объективного и инструментальных исследований. По данным интрагастральной рН-метрии, до лечения, у 129 чел.(90%) отмечалось гиперацидное состояние (рН $1,9 \pm 0,4$), у 15 чел.(10%) - отмечалось нормацидное состояние. После проведенного лечения у 121 чел.(94%) наступало нормацидное состояние, у 8 чел.(6%) сохранялось гиперацидное состояние (таблица 1).

Таблица 1

Показатели интрагастральной рН-метрии у больных с дуоденальными язвами, получавших различные схемы противоязвенного лечения

Группы больных	Локализация регистрирующих электродов							
	Тело желудка (1-й электрод)				Пилоро-антральный отдел (2-й электрод)			
	Базальная секреция		Сtimулированная секреция		Базальная секреция		Сtimулированная секреция	
	До лечения	При наличии «красного» рубца	До лечения	При наличии «красного» рубца	До лечения	При наличии «красного» рубца	До лечения	При наличии «красного» рубца
I группа	$1,4 \pm 0,5$	$1,9 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,1$	$1,4 \pm 0,2$	$2,3 \pm 0,2$	$6,7 \pm 0,1$	$4,4 \pm 0,2$	$6,7 \pm 0,2$
p1	<0,05		<0,05		<0,05		0,05	
II группа	$1,4 \pm 0,4$	$1,9 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,3$	$1,3 \pm 0,1$	$2,4 \pm 0,1$	$6,6 \pm 0,2$	$4,5 \pm 0,3$	$6,4 \pm 0,1$
p2	<0,05		<0,05		<0,05		0,05	
III группа	$1,4 \pm 0,6$	$1,9 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,4$	$1,4 \pm 0,4$	$2,2 \pm 0,7$	$6,5 \pm 0,3$	$4,4 \pm 0,4$	$6,3 \pm 0,2$
p3	<0,05		<0,05		0,05		<0,05	

p1 - критерий достоверности различий между 1 и 2 группами

p2- критерий достоверности различий между 2 и 3 группами

p3- критерий достоверности различий между 1 и 3 группами

Различия данных рН-метрии у лиц I, II и III групп были статистически не значимы ($p < 0,05$). Следует однако, отметить, что наибольшее снижение показателей кислотообразующей функции желудка было зарегистрировано у лиц I группы, получавших комплексную противоязвенную терапию в сочетании с кисть-стопа (Су-Джок) акупунктурой. До лечения микробное обсеменение слизистой оболочки желудка НР различной степени интенсивности было выявлено у 115 чел. (80%).

Пациентам, получавшим кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуру, предварительно проводили акупунктурную диагностику, с целью выявления зон гипералгезии по «системе соответствия», в которые затем вводили акупунктурные иглы. Для данной диагностики использовался специальный механический шуп с подпружиненной рабочей частью, площадью 1,5-2 мм². Пред началом зондирования определяли порог индивидуальной болевой чувствительности. С этой целью осуществляли три пробных нажима на внутренней поверхности предплечья. Для поиска гипералгезированных зон на кистях и стопах, выбиралось то пороговое раздражение, которое пациент воспринимал как «нажим без боли».

При обнаружении шупом болевой зоны («зоны соответствия») исследование прекращали. Наличие зоны гипералгезии позволило сделать предположение об обострении ЯБДК, что послужило основанием для назначения объективного метода обследования – ФГДС, который в 91% случаев подтвердил наличие язвенного процесса.

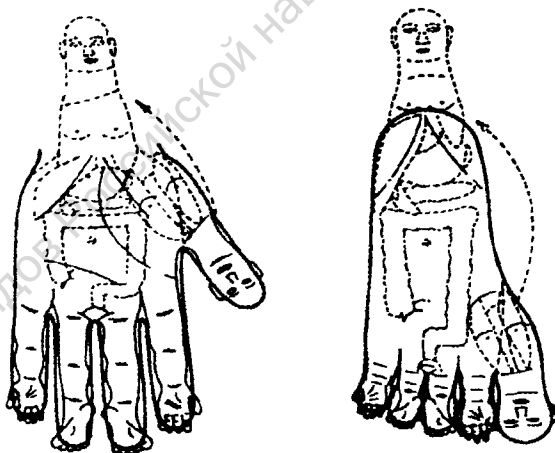
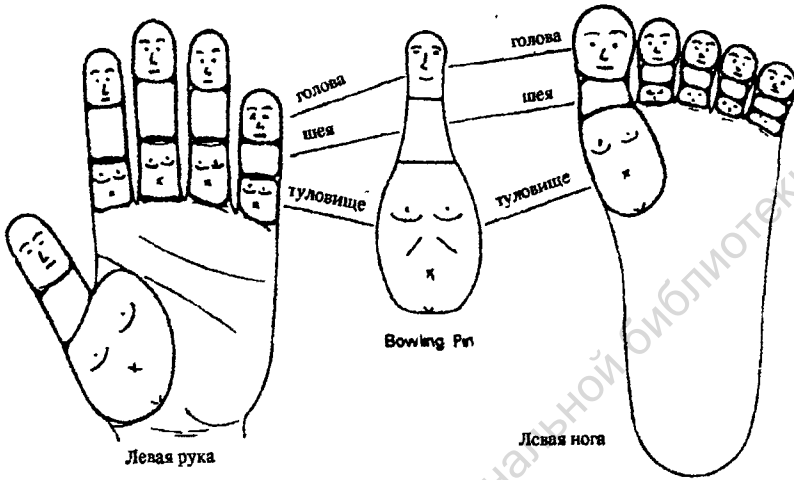


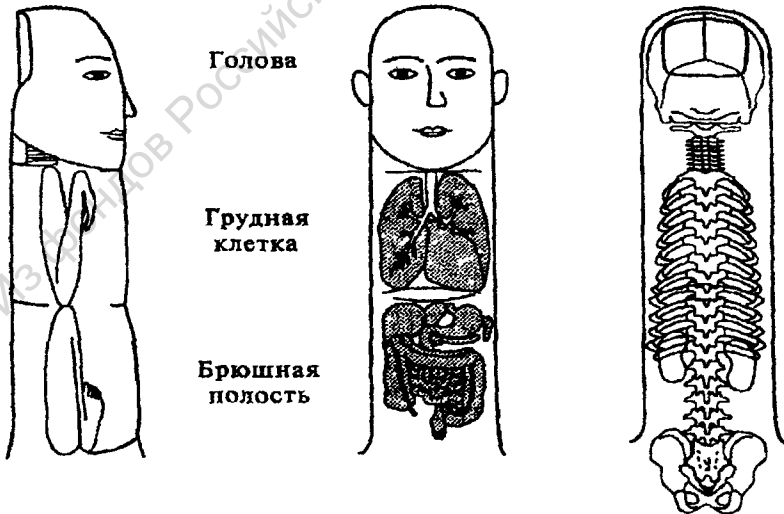
Рисунок 1. Основная система соответствия.

В основе кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры, лежит система подобия кистей и стоп телу человека, открытая корейским профессором Пак Чже Ву в 1987, и названная «основной системой соответствия» (рисунок 1). Система соответствия (система подобия) заключается в следующем. Кисти и стопы имеют сходство с человеческим телом, где большой палец кисти и стопы – соответствует голове, второй и пятый пальцы – рукам, третий и четвертый

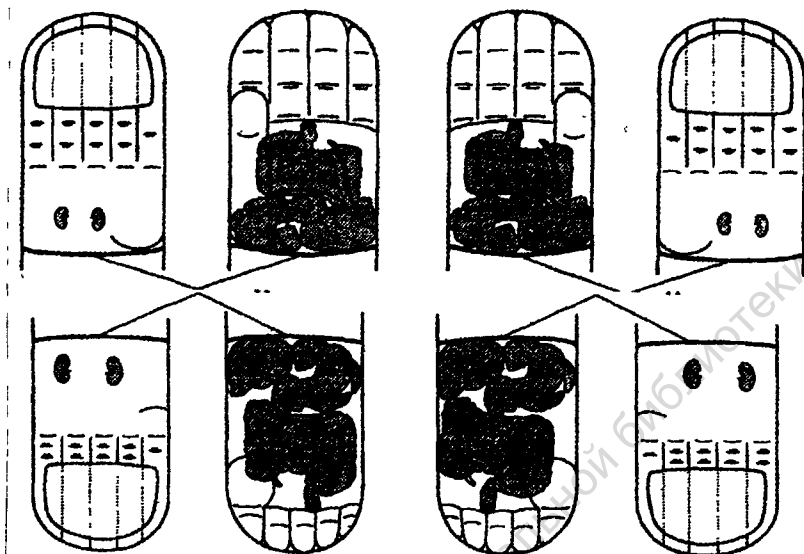
пальцы – ногам, а ладонь и ступня – туловищу. Кроме основной системы соответствия существуют еще и системы, имеющие частичное сходство с человеческим телом: система соответствия «кегли», система «насекомого» и микросистема соответствия пальца (рисунок 2).



А.



В.



С.

Рисунок 2. Частичные системы соответствия: А - система «кегли»; В - система «насекомого»; С - минисистема пальца.

Для проведения акупунктурной диагностики и лечения использовались все выше перечисленные системы соответствия. Алгоритмом лечения являлась пятиступенчатая система постановка акупунктурных игл. Количество вводимых игл в каждую болевую точку – от 3 до 5 штук. Время процедуры составляло – 30 – 40 минут. Количество сеансов варьировалось в зависимости от тяжести заболевания. Лечение прекращалось после формирования красного звездчатого рубца, выявляемого при контрольной фиброгастроуденоскопии проводимой после исчезновения гипералгезии в зонах соответствия «двенадцатиперстной кишки». Количество проведенных процедур составляло от 8 до 16.

В зависимости от проводимой терапии, все обследованные больные с дуоденальными язвами (n = 144) были подразделены на 3 группы:

I группу составили 90 человек, получавших комплексное противоязвенное лечение, представляющее собой традиционную медикаментозную терапию, рекомендованную приказом Министерства здравоохранения РФ №125 от 17.04.98 г., включающую в себя: блокаторы H_2 – рецепторов гистамина (ранитидин 300 мг 2 раза в день или фамотидин 40 мг 2 раза в день), метронидазол (500 мг 2 раза в день), один из антибиотиков (амоксциллин 1 гр 2 раза в день или тетрациклин 500 мг 2 раза в день), коллоидный субстрат висмута (де-нол или биснол 120 мг 4 раза в день). К данному лечению была добавлена кисть-стопа (Су-Джок) акупунктура.

Во II группу вошли 21 человек, которым проводилась кисть-стопа (Су-Джок) акупунктура в сочетании с пероральным назначением нерастворимых антацидов.

III (контрольную) группу составили 33 человека получавших только традиционную медикаментозную противоязвенную терапию. блокаторы H_2 – рецепторов гистамина (ранитидин 300 мг 2 раза в день или фамотидин 40 мг 2 раза в день), метронидазол (500 мг 2 раза в день), один из антибиотиков (амоксциллин 1 гр. 2 раза в день или тетрациклин 500 мг 2 раза в день), коллоидный субстрат висмута (де-нол или биснол 120 мг 4 раза в день).

В результате лечения купирование болевого синдрома (рисунок 3) отмечалось в I группе, в основном на 2 и 3 сутки лечения (42,2% и 48,9% случаев соответственно), во II группе в эти же сроки (у 37,5% и 56,3% пациентов соответственно), а в группе контроля (III группа) данная симптоматика исчезала на 2-е сутки у 15,6%, у остальных на 3-5 сутки лечения.

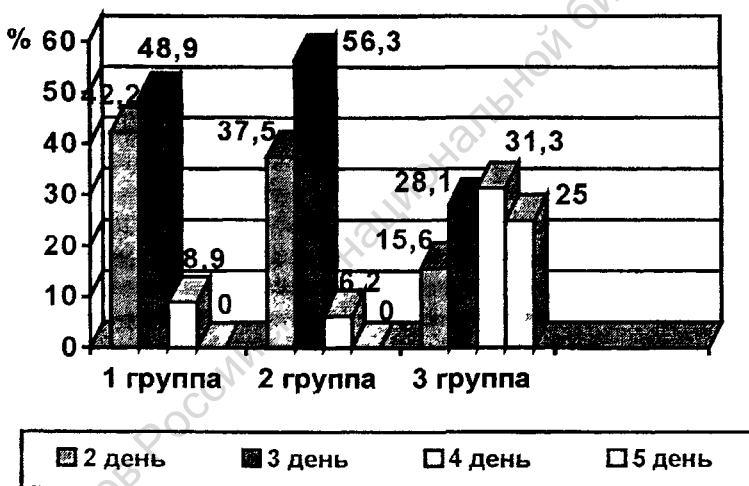


Рисунок 3. Сроки купирования болевого синдрома в зависимости от метода противоязвенной терапии.

Исчезновение диспепсического синдрома (рисунок 4) наступало в I группе, в основном, на 3-4 сутки лечения (31,1% и 36,7% пациентов), во II группе в эти же сроки (соответственно у 38% и 42,9% соответственно), в группе контроля этот синдром исчезал на 4-5 сутки лечения (у 27,4% и 63,6% больных соответственно).

Таким образом, купирование клинических проявлений ЯБДК наступало в более ранние сроки в I и II группах, где к лечению была добавлена кисть-стопа (Су-Джок) акупунктура, чем у лиц, получавших только традиционное медикаментозное противоязвенное лечение.

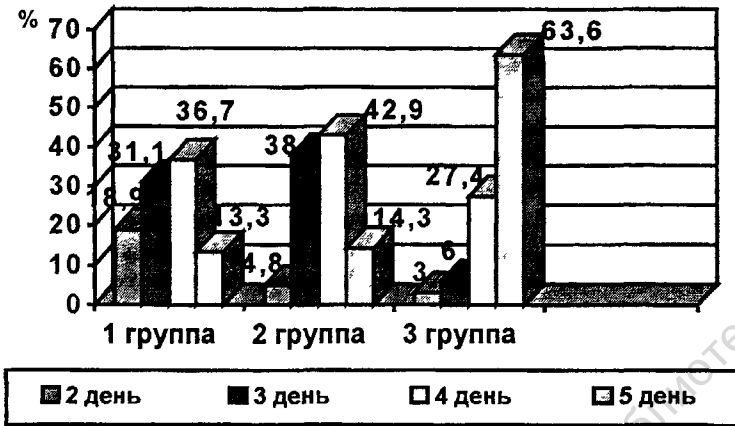


Рисунок 4. Сроки исчезновения диспепсического синдрома в зависимости от метода противоязвенной терапии.

Обработка статистических материалов, отражающих купирование клинических проявлений ЯБДК показала, что различия между I и II группами больных оказались статистически не значимыми ($p < 0,05$). Различия между I и III группами и между II и III группами по тем же признакам статистически значимы ($p > 0,05$).

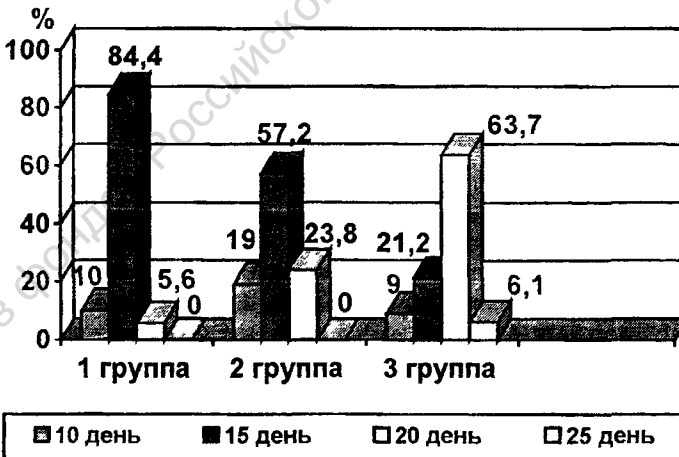


Рисунок 5. Сроки рубцевания дуоденальных язв в зависимости от метода противоязвенной терапии

Ежедневно проводя акупунктурную диагностику, мы выявили снижение и постепенное исчезновение гипералгезии в зонах соответствия «двенадцатиперстной кишки» на кистях и стопах в разные сроки у лиц I и II групп, которое было расценено как стихание язвенного процесса, что послужило поводом для назначения контрольной ФГДС. при которой наши предположения подтвердились регистрацией полного рубцевания язвенного дефекта.

Сроки рубцевания язвенного дефекта (рисунок 5) у большинства пациентов I группы наступали на 10 и 15 сутки лечения (10% и 84,4% соответственно), у наблюдаемых II группы в эти же сроки – 19% и 57,2% случаев соответственно, тогда как у больных контрольной группы рубцевание наступало, в основном, на 15 и 20 сутки лечения (соответственно в 21,1% и 63,7% наблюдений)

С точки зрения длительности рубцевания язвенного дефекта, статистически значимыми оказались различия между I и II, I и III, II и III группами больных ($p > 0,05$).

Следовательно, акупунктурная диагностика позволила нам проводить контрольную ФГДС в оптимальные сроки, что существенно снизило пребывание больных в стационаре Средний койко-день пребывания больных в стационаре составил – 15,7 дня для лиц I группы; 16,4 дня – для пациентов II группы; и 19,6 дня – для больных контрольной группы.

По результатам проведенных исследований были определены число ложноотрицательных и ложноположительных случаев, а также - чувствительность и специфичность метода акупунктурной диагностики для I и II групп больных (Углов Б.А., Котельников Г.П., Углова М.В., 1994). Число ложноотрицательных случаев для лиц I группы составило – 8, для наблюдений II группы – 2. Число ложноположительных случаев для пациентов I группы составило – 3, для больных II группы – 1. Чувствительность метода акупунктурной диагностики составила для пациентов I группы – 91%, для больных II группы – 92%. Специфичность метода акупунктурной диагностики для лиц I группы – 97% и для наблюдений II группы – 95%

Таким образом, у больных получавших кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуру, отмечалось статистически значимое ($p > 0,05$) более раннее рубцевание язвенного дефекта двенадцатиперстной кишки в сравнении с лицами, получавшими только традиционное противовоспалительное лечение. Наиболее эффективным в лечении оказалось применение традиционного противовоспалительного лечения в сочетании с кисть-стопа (Су-Джок) акупунктурой.

ВЫВОДЫ

1. Диагностическая часть кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры является эффективным экспресс – методом раннего выявления обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

2. Кисть-стопа (Су-Джок) акупунктура обладает выраженным противоболевым эффектом и оказывает стимулирующее действие на репаративные процессы в язвенном дефекте слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

3. Сравнительная оценка применения кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры в случаях лечения дуоденальных язв показала высокую эффективность данной методики, которую следует сочетать с традиционной антиульцерозной терапией.

4. Медикаментозная терапия, проводимая в сочетании с кисть-стопа (Су-Джок) акупунктурой способствует более раннему купированию болевого и исчезновению диспепсического синдромов, а также - скорейшему наступлению ремиссии заболевания.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1 При диспансеризации в амбулаторно-поликлинических условиях в план обследования пациентов для раннего выявления гастродуоденальной патологии следует включать кисть-стопа (Су-Джок) акупунктурную диагностику.

2. Для оптимальной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки необходимо сочетать традиционную медикаментозную прогивязвенную терапию с кисть-стопа (Су-Джок) акупунктурой и, тем самым, сокращать сроки заживления язв.

3 В силу своей относительной простоты проведения диагностики и лечения, кисть-стопа (Су-Джок) акупунктура рекомендуется к широкому применению не только врачам-рефлексотерапевтам, но и врачам-терапевтам, гастроэнтерологам как в условиях стационара, так и в амбулаторно-поликлинических условиях

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Научные и метафизические аспекты Су-Джок акупунктуры в лечении язвенной болезни. // Материалы итоговой научной конференции НИЦ Самарского государственного медицинского университета. – Самара, 1997. – С.10-11.

2 Аурикулярный криорефлекстест (АКР-05) в комплексной диагностике больных язвенной болезнью. // Сборник «Состояние и проблемы анестезиологической и реанимационной помощи и интенсивной терапии» – Самара, 2000.- С.11-12. (В соавт. с Богачевой Г.М., Корякиным П.М., Афиногеновым И.Н.).

3 Особенности диагностики и лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с использованием кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры. // Актуальные вопросы военной и практической медицины. – Сборник тезисов научно-практической конференции врачей Приволжского военного округа 29-30 ноября 2000 г. – Оренбург, 2000. – С 270-271 (В соавт. с Кулиджановым А.Ю., Афиногеновым И.Н., Устиновичем А.С.)

4 Аурикулярный криорефлекстест в диагностике язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // Актуальные проблемы диагностики, лечения и профилактики гастроэнтерологических заболеваний у военнослужащих. – Материалы всероссийской научно-практической конференции. – Н.Новгород, 2001. – С 32-33. (В соавт. с Кулиджановым А.Ю., Афиногеновым И.Н.).

5 Кисть-стопа (Су-Джок) акупунктура в комплексном лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Актуальные проблемы диагностики, лечения и профилактики гастроэнтерологических заболеваний у военнослужащих – Материалы всероссийской научно-практической конференции. – Н.Новгород, 2001. – С 33-34. (В соавт. с Кулиджановым А.Ю., Афиногеновым И.Н.)

6. Значение кисть-стопа (Су-Джок) акупунктуры в комплексном лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Актуальные вопросы внутренней медицины. – Сборник научных работ посвященных 90-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки, профессора В.Г. Вогралика – Н.Новгород, 2001. – С.160-163. (В соавт. с Крюковым Н.Н., Кулиджановым А.Ю.)

Из фондов Российской национальной библиотеки

Подписано в печать 11.10.2001 г
Формат 60×84/16. Бумага типогр №1
Усл. п.л. 0.8. Уч.-изд. л. 0,7.
Заказ №24. Тираж 110 экз.

Лицензия ИД №05568 от 09.08.2001 г.
СамВМедИ, 443099, г.Самара, ул.Пионерская, 22

Из фондов Российской национальной библиотеки

РНБ Русский фонд

2003-4

9625

Из фондов Российской национальной библиотеки

31 617 2.01