

## Ранняя курортная реабилитация пациентов с заболеваниями органов пищеварения: 30-летний опыт и перспективы развития

*Н. В. Драгомирецкая, И. Б. Заболотная, А. Н. Ижа,  
Н. А. Шевченко, Н. В. Калиниченко*

ГП "Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии Минздрава Украины", г. Одесса

*N.V. Dragomiretskaya, I.B. Zabolotnaya, A.N. Izha, N.A. Shevchenko, N.V. Kalinichenko*

### EARLY REHABILITATION OF THE PATIENTS PRESENTING WITH DIGESTIVE ORGAN DISEASES BASED AT A SPA AND HEALTH RESORT: THE 30 YEAR EXPERIENCE AND PROSPECTS FOR FURTHER DEVELOPMENT

State facility "Ukrainian Research Institute of Rehabilitation and Balneotherapeutics", Ukrainian Ministry of Health, Odessa

В статье представлен 30-летний опыт работы клиники гастроэнтерологии Украинского НИИ медицинской реабилитации и курортологии по организации системы ранней курортной реабилитации и восстановительного лечения больных с заболеваниями органов пищеварения.

Показано, что восстановительное лечение с помощью природных и преформированных физических факторов, направленное на профилактику развития и хронизации патологических процессов в системе пищеварения, улучшение функционального состояния органов желудочно-кишечного тракта, коррекцию нейрогуморальных расстройств и иммунологической реактивности организма, существенно улучшает качество жизни пациентов, предотвращает их инвалидизацию, является необходимым и эффективным этапом лечебного процесса, поскольку обеспечивает восстановление трудового и социального статуса пациентов, увеличивает продолжительность ремиссии заболевания.

**Ключевые слова:** *ранняя курортная реабилитация, восстановительное лечение, вирусный гепатит, язвенная болезнь, атрофический гастрит, постхолецистэктомический синдром, хронический колит*

This paper summarizes the 30-year experience of activities of the Gastroenterological Clinic, Ukrainian Research Institute of Rehabilitation and Balneotherapeutics, in the field of organization of the system of early health resort-based rehabilitation and rehabilitative treatment of the patients presenting with digestive organ diseases. It is shown that the rehabilitative treatment with the use of natural and preformed physical factors for the purpose of prevention and chronization of the pathological processes in the digestive system, improvement of the functional state of the organs of the gastrointestinal tract, correction of neurohumoral disorders and immunological responsiveness of the body significantly improves the patients' quality of life, prevents incapacitation, and makes up an indispensable and efficacious component of the therapeutic process ensuring the restoration of the social and occupational status of the patients. Moreover, it promotes remission of the disease.

**Key words:** *early health resort-based rehabilitation, rehabilitative treatment, viral hepatitis, ulcer disease, atrophic gastritis, post-cholecystectomy syndrome, chronic colitis*

В последние 30 лет на Украине успешно развивается система ранней курортной реабилитации наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения по системе "стационар — курорт — поликлиника", что обеспечивает решение основных задач — восстановление трудового и социального статуса пациентов. Раннее восстановительное лечение с помощью природных и преформированных лечебных факторов направлено на профилактику развития и хронизации патологических процессов пищеварительной системы, улучшение функционального состояния органов этой системы, коррекцию нейрогуморальных расстройств и иммунологической реактивности организма, что существенно улучшает качество жизни пациентов и предотвращает их инвалидизацию [8, 9, 21, 24].

До начала 1980-х годов считалось, что больных, перенесших острые вирусные гепатиты, оперативные вмешательства на органах пищеварения, следует направлять на курортное лечение не ранее чем через 6—12 мес после перенесенного заболевания. В то же время результаты исследований Л. А. Серебриной, Н. В. Драгомирецкой (1983) показали, что к этому времени образуются необратимые патологические изменения в организме, осложняющие течение основного и сопутствующих заболеваний системы пищеварения [6, 7, 26].

В 1980 г. сотрудники клиники гастроэнтерологии Украинского НИИ медицинской реабилитации и курортологии обосновали необходимость проведения ранней курортной реабилитации больных, перенесших вирусные гепатиты А и В, создано реабилитационное отделение для больных с данной патологией на базе Одесского гастроэнтерологического санато-

рия им. М. Горького. Больные поступали в санаторий сразу после выписки из инфекционного стационара. Установлено, что в период ранней реконвалесценции после перенесенных острых вирусных гепатитов наблюдаются выраженные функциональные расстройства гепатобилиарной и гастродуоденальной систем, дисбиоз кишечника. Поэтому в комплекс восстановительного лечения больных после вирусных поражений печени входят специально разработанная диета, внутренний прием маломинерализованных минеральных вод, кислородные ванны, грязевые аппликации на ограниченную рецепторную зону, процедуры гальваногрязи или электрофореза грязевых препаратов, электропунктурная рефлексотерапия, микроволновая (ДМВ) терапия, электросон, магнитотерапия [18, 19, 27].

Непосредственные и отдаленные результаты лечения пациентов после перенесенного вирусного гепатита А или В свидетельствуют о том, что своевременно начатая (сразу после выписки из стационара) реабилитация способствует ликвидации остаточных признаков заболевания (астенический, болевой и диспепсический синдромы), улучшению или нормализации нарушений пигментного, липидного и белкового обменов, активности аминотрансфераз, коррекции нарушений билиарной и гастродуоденальной систем, нормализует процессы перекисного окисления липидов и активность ферментов антиоксидантной системы, приводит к значительному улучшению показателей иммунитета и неспецифической резистентности организма [5—7, 28].

В последние годы доказана эффективность восстановительного лечения больных хроническими вирусными гепатитами В и С путем применения маломинерализованных минеральных вод, кислородных, хвойных или йодобромных ванн, виброакустической и КВЧ-терапии (Драгомирецкая Н. В., Калиниченко Н. В., 2005—2012). У больных вирусным гепатитом С в фазе репликации вируса, вынужденных длительно принимать стандартную противовирусную терапию, курортная реабилитация с применением природных и преформированных физических факторов способствует устранению побочных действий последней (нивелирует гриппоподобный и цитопенический синдромы), улучшает общее самочувствие больных, нормализует функциональное состояние печени, восстанавливает иммунный ответ, улучшает нарушенные показатели свободнорадикального окисления, что делает возможным повышение эффективности противовирусной терапии на 16—18%, возвращая больных к трудовой деятельности и предотвращая неблагоприятные исходы хронической HCV-инфекции [20, 25, 26, 28].

В 1991 г. на базе Одесского санатория им. М. Горького также открыто отделение для реабилитации больных, перенесших оперативные вмешательства на желудке по поводу язвенной болезни (ЯБ) и на желчевыводящих путях в связи с калькулезным холециститом.

Установлено, что больные после холецистэктомии (ХЭ) в раннем послеоперационном периоде име-

ют патологические изменения со стороны гастродуоденальной системы, изменения внутри- и внешнесекреторной функции поджелудочной железы, а также не только скрытые нарушения углеводного обмена, но и сахарный диабет 2-го типа, который нередко обнаруживается впервые при их поступлении на реабилитацию. Основными задачами ранней курортной реабилитации больных, перенесших ХЭ, являются уменьшение либо устранение нарушений, возникших до операции, прежде всего со стороны гепатобилиарной системы, а также поджелудочной железы, гастродуоденальной системы и кишечника, повышение иммунологической реактивности [24].

Разработаны патогенетически обоснованные методы лечения указанных пациентов с учетом вида перенесенной операции (лапароскопическая либо традиционная), включающие прием мало- и среднеминерализованных минеральных вод, кислородные и минеральные ванны, пелоидотерапию, СМТ- и ДМВ-терапию на область правого подреберья и щитовидной железы [3, 22, 23]. Дифференцированную курортную терапию назначают уже на 5—6-е сутки после лапароскопической ХЭ и на 10—14-е сутки после традиционной.

Непосредственные и отдаленные результаты лечения показали сохранение полученного терапевтического эффекта в течение 1—5 лет после курортной реабилитации. Установлено, что полученные благоприятные изменения функционального состояния печени и поджелудочной железы, нормализация моторной и кислотообразующей функции желудка способствуют предотвращению развития постхолецистэктомических расстройств.

Следующим важным моментом в ранней реабилитации больных гастроэнтерологического профиля является лечение пациентов, перенесших операции на желудке и двенадцатиперстной кишке по поводу ЯБ и ее осложнений. При этом пациенты поступают в санаторий через 10—14 дней после оперативного вмешательства.

Показано, что дифференцированные методы курортного лечения с применением питьевых минеральных вод, кислородных, хвойных, йодо-бромных ванн, процедур электросна, СМТ- и ДМВ-терапии, различных методик пелоидотерапии (аппликационная и митигированная) способствуют уменьшению или ликвидации основных послеоперационных синдромов, позволяют снизить риск развития поздних постваготомических и постгастрорезекционных расстройств [9, 21].

К настоящему времени благодаря комплексному применению новых эффективных противоязвенных препаратов (антихеликобактерная терапия, блокаторы "протонной помпы"), своевременному применению минеральных вод, физиотерапевтических методов достигнуты большие успехи в консервативном лечении ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки. Несмотря на продолжающийся рост заболеваемости ЯБ, в последние годы отмечено значительное уменьшение количества резекций желудка и ваготомий, а выполняемые оперативные вмешательства производят в основном по поводу возникающих осложнений

ЯБ (кровотечение, перфорация, пенетрация) в ургентном порядке.

В связи с этим назрела необходимость создания отделений для реабилитации больных ЯБ после острого периода заболевания для предупреждения возможных осложнений и последующих хирургических вмешательств с целью достижения стойкой ремиссии заболевания. Разработанные в настоящее время подходы к лечению больных ЯБ позволяют решить данный вопрос при соответствующей организации условий для курортной реабилитации.

Результаты исследований Н. В. Драгомирецкой, А. Н. Ижи (2006—2009) показали, что у больных ЯБ после завершения этапа медикаментозного лечения сохраняются признаки воспалительного процесса в гастродуоденальной области наряду с нарушениями моторно-эвакуаторной функции, вегетативного тонуса, изменениями клеточного звена иммунного ответа, угнетением неспецифической резистентности, что осложняет течение хронической гастродуоденальной патологии, повышая частоту и тяжесть ее рецидивов [12, 13]. Поэтому с целью усовершенствования методик лечения больных предложен дифференцированный подход к назначению курортной терапии с использованием грязелечения и магнито- и лазертерапии, что дает возможность значительно повысить эффективность лечения, увеличить продолжительность ремиссии заболевания и сохранить уровень качества жизни пациентов [12, 14].

Обоснована необходимость курортной реабилитации больных хроническими колитами прежде всего в результате перенесенных острых кишечных инфекций (дизентерия, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции) для предотвращения развития патологического процесса в кишечнике, а также сопутствующих заболеваний органов пищеварения, возникновения колоректального рака [2]. Известно, что длительное назначение большого количества медикаментозных препаратов приводят к появлению у больных аллергических реакций, токсемии, дисбактериозу, нарушению обмена витаминов ( $B_1$ ,  $B_{12}$ , рибофлавин, пантотеновая кислота), возникновению кандидомикоза, стафилококкового сепсиса, псевдомембранозного колита. Шаблонное применение тех или иных лекарственных средств может стать как причиной отсутствия лечебного эффекта, так и осложнения заболевания.

С целью предупреждения неблагоприятного воздействия лекарственных препаратов на кишечник и организм в целом представляется перспективным использование природных и преформированных физических факторов, которые могут применяться как на курортах, так и во внекурортной обстановке.

Разработаны методики внутреннего приема минеральных вод различной минерализации и химического состава, бальнеологических процедур, грязелечения, процедур электросна и внутриорганного электрофореза пробиотиков, которые могут быть использованы в любой стадии заболевания как на курорте, так и вне его (поликлиники, реабилитационные отделения стационаров, медсанчасти крупных промышленных предприятий).

Одним из приоритетных направлений современной гастроэнтерологии является онкопревенция системы пищеварения, а именно рака желудка. Результаты многочисленных исследований доказали, что риск развития рака желудка повышается параллельно тяжести хронического атрофического гастрита (ХАГ), а достоверность развития рака желудка прямо пропорциональна степени атрофических изменений и контаминации *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке [15, 17, 29].

До настоящего времени, согласно современным стандартам лечение больных ХАГ, ассоциированным с *H.pylori*, было основано только на использовании антихеликобактерной терапии, что дает возможность объяснить одно из весомых звеньев патогенеза хронического атрофического гастрита. Между тем после проведенной антихеликобактерной терапии только у части больных через 1—2 года можно констатировать уменьшение выраженности процессов атрофии. Поэтому, на наш взгляд, терапия этого заболевания должна быть комплексной и включать препараты, стимулирующие процессы регенерации и репарации в слизистой оболочке желудка, уменьшающие воспаление в ней, способствующие нормализации кислотообразующей и моторно-эвакуаторной функции гастродуоденальной системы.

В связи с этим была разработана и внедрена в практику система восстановительного лечения больных ХАГ [1, 10, 11, 16], характеризующаяся длительностью, последовательностью, комплексностью и этапностью воздействия. Данная система предполагает назначение антихеликобактериной терапии и цитопротекторов, после чего рекомендуется внутренний курсовой прием минеральных вод, магнитолазеротерапии, внутренний курсовой прием полиминерального комплекса "Полтавский бишофит", что дает возможность в течение 6—12 мес нормализовать необходимое взаимоотношение между процессами клеточной пролиферации, дифференциации и апоптоза и, соответственно, уменьшить или нивелировать проявления структурной перестройки слизистой оболочки желудка и остановить прогрессирование атрофических, метапластических и диспластических изменений слизистой оболочки желудка. Это в свою очередь позволяет предупредить возможное развитие аденокарциномы желудка.

В то же время не стоит забывать о том, что формирование атрофических изменений берет начало от длительного хронического персистирующего воспаления в слизистой гастродуоденальной зоны. Продемонстрирована высокая эффективность лазеротерапии, пелоидотерапии и внутреннего приема "Полтавского бишофита" у больных хроническим неатрофическим гастритом в виде ликвидации гистологических и морфологических признаков воспаления в слизистой оболочке желудка, снижения контаминации *H. pylori*, нормализации моторно-эвакуаторной функции пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки [11, 14].

В последние годы на раннюю курортную реабилитацию поступают больные, перенесшие оперативные вмешательства по поводу грыж пищеводного

отверстия диафрагмы II—IV стадии, сопровождающиеся тяжелым течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Разрабатываются методы лечения с применением питьевых минеральных вод, ванн различного состава, процедур электросна, СМТ- и ДМВ-терапии, переменного магнитного поля, лазеротерапии, способствующих ликвидации воспалительного процесса и восстановлению антеградной моторики в эзофагогастроуденальной системе, что, соответственно, увеличивает продолжительность стойкой ремиссии основного заболевания, повышает качество жизни больных.

В настоящее время отделения реабилитации больных, перенесших вирусные гепатиты, операции на желудке и желчевыводящих путях, функционируют на многих курортах Украины: в Трускавце, Моршине, Миргороде, Рай-Еленовке, Закарпатье.

Таким образом, имеющийся опыт ранней курортной реабилитации пациентов гастроэнтерологического профиля позволяет считать данный этап лечения необходимым и эффективным, способствующим улучшению общего состояния больных, восстановлению функционального состояния органов пищеварения, повышению иммунной реактивности организма. Тем самым осуществляется профилактика хронизации патологического процесса после оперативных вмешательств на органах пищеварения, перенесенных инфекционных заболеваний, при воспалительных и эрозивно-язвенных поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки, что предупреждает осложнение заболевания и инвалидизацию больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Відновлювальне лікування хворих на хронічний атрофічний гастрит: методичні рекомендації. Н. В. Драгомирецька, І. Б. Заболотна, Г. М. Іжа, М. В. Малихіна, Н. О. Шевченко, Т. І. Малихіна — Київ; 2010.
- Драгомирецька Н. В., Малихіна Т. І., Бондарчук Г. Ф., Заболотна І. Б. Дифференційовані методи відновительного лікування хронічним колітом і синдромом подразненого кишечника: Методическі рекомендації. Одеса, 2002.
- Драгомирецька Н. В., Заболотна І. Б. Дифференційовані методи ранньої санаторно-курортної реабілітації хворих на холецистектомії. *Новости медицины и фармации*. 2010; 323: 50—4.
- Драгомирецька Н. В. Відновлювальне лікування хворих на хронічний атрофічний гастрит: Монографія. Одеса: ОРІДУ НАДУ; 2012.
- Драгомирецька Н. В. Восстановительное лечение больных вирусными гепатитами. *Достог*. 2005; 5: 37—9.
- Драгомирецька Н. В. Дифференційоване курортне лікування хворих на ранньому періоді реконвалесценції вірусного гепатиту: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Одеса; 1986.
- Драгомирецька Н. В. Патогенетичне обґрунтування застосування методів мітігрованого грязелікування в ранній реабілітації хворих на вірусні гепатити А та В: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Одеса, 1997.
- Драгомирецька Н. В. Рання курортна реабілітація та відновлювальне лікування в гастроентерології: Монографія. Одеса: ОРІДУ НАДУ; 2007.
- Драгомирецька Н. В. Санаторно-курортне лікування органів травлення. В кн.: Лобода М. В., Колесник Е. О., ред. *Основи курортології: Посібник для студентів та лікарів*. Ки@ів: Вид. Купріянова О. О.; 2003: 199—222.
- Драгомирецька Н. В., Іжа Г. М., Бабенко Д. Л. Ефективність внутрішнього застосування хлоридно-натрієвої мінеральної води та цитопротектора Мукоген у хворих на хронічний атрофічний гастрит. В кн.: *Гастроентерологія: міжвідомчий збірник*. Дніпропетровськ; 2009; 42: 324—31.
- Драгомирецька Н. В., Шевченко Н. О. Ефективність внутрішнього прийому розчину "Полтавський бішофіт" у хворих на хронічний атрофічний гастрит. Внутрішній прийом полтавського бішофіту (експериментально-клінічні дослідження). К. Д. Бабов, Т. А. Золотарьова, Б. А. Насібуллін та ін. Київ: КІМ; 2010: 70—9.
- Драгомирецька Н. В., Малихіна Т. І., Іжа Г. М., Заболотна І. Б., Бондарчук Г. Ф., Бузова В. С., Доценко С. А. Зміни функціонального стану вегетативної нервової системи у хворих із захворюваннями гастроуденальної системи та методи їх корекції пелоїдотерапією. В кн.: *Гастроентерологія: Міжвідомчий збірник*. Дніпропетровськ; 2005; 35: 516—23.
- Іжа Г. М. Загальний стан хворих на хронічну гастроуденальну патологію при надходженні на санаторно-курортний етап після стаціонарного лікування. *Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія*. 2009; 2: 15—8.
- Іжа А. Н. Применение магнитолазеротерапии у больных хроническим гастроуденитом, не ассоциированным с инфекцией *H.pylori*. В кн.: *Гастроентерологія: Міжвідомчий збірник*. Дніпропетровськ; 2007; 38: 379—84.
- Кашин С. В., Надежин А. С., Иваников И. О. Атрофия, метаплазия, дисплазия — факторы риска развития рака желудка: обратимы ли эти изменения слизистой оболочки? *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии*. 2006; 2: 12—4.
- Драгомирецька Н. В., Іжа Г. М., Шевченко Н. О., Калініченко М. В. Клінічний досвід внутрішнього застосування розчину полімінерального комплексу у хворих на хронічний атрофічний гастрит. В кн.: *Гастроентерологія: Міжвідомчий збірник*. Дніпропетровськ; 2010; 44: 488—95.
- Коган Е. А. Патоморфология предрака. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*. 2002; 5: 54—8.
- Драгомирецька Н. В., Лобода М. В., Колесник Е. О. та ін. Методи діагностики та ранньої курортної реабілітації хворих, які перенесли тяжкі, середньотяжкі та затяжні форми гострих вірусних гепатитів: методичні рекомендації. Одеса; 1997.
- Серебряна Л. А., Драгомирецька Н. В., Гаврилкіна М. А. и др. Немедикаментозные методы ранней медицинской реабилитации больных, перенесших вирусный гепатит: методические рекомендации. Одесса; 1992.
- Драгомирецька Н. В., Іжа А. Н., Калініченко Н. В., Заболотна І. Б., Шевченко Н. А. Опыт комплексного применения противовирусной терапии, минеральной воды и КВЧ-терапии у больных хроническим вирусным гепатитом С. В кн.: *Медико-соціальна експертиза и реабілітація*. Минск; 2012; 14: 243—9.
- Драгомирецька Н. В., Заболотна І. Б., Малихіна Т. І., Іжа А. Н. Ранняя курортная реабилитация больных заболеваниями органов пищеварения. *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга*. 2005; 1—2: 43.
- Драгомирецька Н. В., Заболотна І. Б., Малихіна Т. І., Бондарчук Г. Ф., Іжа Г. М. Рання санаторно-курортна реабілітація хворих, які перенесли холецистектомію: методичні рекомендації. Одеса; 2006.
- Драгомирецька Н. В., Ванович В. Е., Заболотна І. Б., Котик Ю. Н. Реабілітація хворих на холецистектомію. В кн.: *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародним участям "Осложненная желчнокаменная болезнь"*. Краснодар; Анапа; 2012: 187—93.
- Серебряна Л. А. Реабілітація хворих з патологією органів травлення. Київ: Здоров'я; 1989.
- Драгомирецька Н. В., Заболотна І. Б., Іжа Г. М., Шевченко Н. О., Калініченко М. В. Ефективність віброакустичної терапії у комплексному лікуванні хворих на хронічний вірусний гепатит С. *Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія*. 2012; 3 (71): 26—30.
- Драгомирецька Н. В., Іжа Г. М., Заболотна І. Б., Калініченко М. В., Шевченко Н. О. Ефективність комплексного застосування протівірусної терапії, мінеральної води та віброакустичної терапії у хворих на хронічний вірусний гепатит С. В кн.: *Гастроентерологія: Міжвідомчий збірник*. Дніпропетровськ; 2012; 46: 327—37.
- Драгомирецька Н. В., Заболотна І. Б., Малихіна Т. І., Іжа А. Н. Ефективність ранньої курортної реабілітації хворих на вірусні гепатити. *Гастроентерология Санкт-Петербурга*. 2007; 1—2: 38.
- Драгомирецька Н. В., Заболотна І. Б., Малихіна Т. І., Іжа А. Н. Ефективність комбінованого застосування протівірусної

терапии и курортных факторов у больных хроническим вирусным гепатитом С. Сучасна гастроентерологія. 2006; 5: 24—7.

29. Циммерман А. С. *Helicobacter pylori*-инфекция и рак желудка. Клиническая медицина. 2004; 4: 9—14.

Поступила 10.01.13

© В. А. ДРОБЫШЕВСКАЯ, В. Я. ЛАТЫШЕВА, 2013

УДК 615.814.1.03:616-056.257

## Рефлексотерапия нарушенного липидного обмена при ожирении

*В. А. Дробышевская, В. Я. Латышева*

Учреждение образования Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

*V.A. Drobyshevskaya, V.Ya. Latsheva*

### REFLEXOTHERAPY OF DISORDERED LIPID METABOLISM IN OBESITY

Gomel State Medical University, Gomel, Republic of Belarus

В статье представлен анализ публикаций отечественных и зарубежных авторов, отражающий физиологические и патогенетические механизмы действия рефлексотерапии на нарушенный липидный обмен у пациентов с алиментарным ожирением.

Разноречивые представления о механизмах действия, наличие специфических акцепторных точек, энергетических меридианов, взаимодействия "инь" и "янь", до настоящего времени не приведены к единому знаменателю. Морфологический субстрат перечисленных категорий или не найден, или трактуется различными авторами с точки зрения взаимоисключающих характеристик, что требует проведения анализа апробированных подходов к этому методу лечения и медицинской реабилитации и разработки новых вариантов лечения пациентов с ожирением.

**Ключевые слова:** *ожирение, липидный обмен, рефлексотерапия*

This paper was designed to analyse publications in the domestic and foreign literature concerning physiological and pathogenetic mechanisms of action of reflexotherapy on disordered lipid metabolism in the patients presenting with alimentary obesity. The conflicting concepts of the mechanisms of action, the presence of acceptor points and energetic meridians, "in's" and "yan's" interactions remain to be reconciled. The morphological substrate of the above entities is either unknown or treated by different authors from mutually exclusive standpoints which makes necessary the in-depth analysis of the existing methods of treatment and medical rehabilitation along with the development of new therapeutic methods for the obese patients.

**Key words:** *obesity, lipid metabolism, reflexotherapy*

Изучение механизмов действия рефлексотерапии (РТ), направленных на достижение позитивных клинических результатов, представляется весьма актуальным и своевременным. Исследование данного вопроса расширяет арсенал терапии ожирения благодаря использованию малоинвазивного метода коррекции метаболического гомеостаза, не сопряженного с дополнительной медикаментозной нагрузкой и значительными затратами и в то же время позволяющего активизировать собственные резервы организма [1, 3]. В настоящее время РТ постепенно переходит из разряда эмпирических в раздел научно обоснованных лечебно-профилактических методов и интегрируется в систему здравоохранения. Она внесена в номенклатуру врачебных специальностей [6, 7]. В связи с этим было предложено определение РТ как лечебно-профилактической системы, основанной на оценке параметров периферических рефлексогенных зон и воздействия на них с целью регуляции функциональных систем организма [2].

Базисом для аналитического обзора послужили русскоязычные и зарубежные публикации, посвя-

щенные изучению биологических и биохимических основ механизма действия РТ при нарушенном липидном обмене. В связи с этим был проведен анализ литературных сведений по проблеме применения РТ у пациентов с ожирением.

Известно, что биологически активные точки (БАТ) представляют собой проекцию участков наибольшей активности дерматовисцеральной системы взаимодействия и включают не только участок кожи, но и расположенные под ним ткани — подкожную клетчатку, мышцы, нервные и сосудистые образования (зоны Захарьина—Геда, кожно-сегментарно-висцеральных рефлексов). Установлено, что БАТ имеют отличающиеся от окружающей кожи биофизические характеристики и морфологические особенности: наиболее высокие уровень электрического потенциала и емкость, минимальное электрокожное сопротивление, более высокую температуру, повышенное инфракрасное излучение, несколько большее поглощение кислорода [12]. Воздействие на акупунктурную точку иглой вызывает местную и общую генерализованную реакцию как результат поступления сигнала с периферии в корково-подкорковые структуры головного мозга [17].