

ными характеристиками («он глуп, ничтожен, пьяница и дебошир»). И последнее взаимодействие – ригидность подчиняет (играет) с лабильностью, пример: сплетни стариков по поводу современной молодежи. Таким образом, в законе подчинения явно присутствует элементы игрового взаимодействия, в тоже время закон противоподчинения основан на механизмах взаимодействия по типу борьбы, подавления. Из приведенного отчетливо проглядывается созвучность и параллелизм основных базисных показателей, используемых теорией ведущих тенденций Л.Н. Собчик основным концептуальным понятиям Оннури медицины. «Интровертности – Экстравертности» соответствует «Инь - Ян», «Шести ведущим тенденциям» – «У- Син и 6 Ки».

Ценность данного подхода состоит в том, что психодиагностические методы, используемые теорией ведущих тенденций, могут быть интерпретированы в пределах концепций Оннури Су Джок, получая при этом более глубокую и каузальную информацию о психологическом статусе пациента. В практике Оннури медицины реализуются три уровня диагностики и лечения – физический, соответствующий телесному, эмоциональный и ментальный. Соответственно этому совмещение методов Оннури Су Джок и теории Ведущих тенденций обогатит не только диагностический потенциал психолога, но и значительно усилит его терапевтический арсенал с использованием эмоционального и ментального воздействия Су Джок акупунктуры

Литература

1. Пак Чже Ву. Лекции по Су Джок акупунктуре.– Ч. 1.– М., 1991.
2. Пак Чже Ву. Оннури Аурикулярная терапия.– М.:Су Джок Академия, 1998.– 332 с.
3. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуально-сти.– М., Институт прикладной психологии, 1997.
4. Собчик Л.Н. СМЛ (ММР) Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. Практикум по психодиагностике.– СПб, 2001.– 217с.

УДК 616.24-002

КОМПЛЕКСНАЯ ИГЛОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПАТОЛОГИИ И ГЕПАТО-БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

А.А. МИХАЙЛОВА, В.К. ЦОЙ*

В последние два десятилетия методы традиционной медицины, такие, как акупунктура [4, 6–7], Су-Джок акупунктура [3] – успешно апробированы при депрессивных расстройствах. Система соответствия кистей и стоп (Су-Джок) рассматривается нами как новая дополнительная информационная система, позволяющая врачу оценивать не только возникающие нарушения в центральных структурах и функции внутренних органов, но и осуществлять их дифференцированное лечение. Так же как и применение классической акупунктуры, эффект Су-Джок акупунктуры связан с активизацией адаптивных механизмов организма по поддержанию важнейших гомеостатических показателей (величины АД, водно-солевого баланса, pH и т. д.). Нами изучалась эффективность комплексной дифференцированной методики рефлексотерапии и Су-Джок акупунктуры у больных с невротическими расстройствами и преобладанием в клинической картине депрессивной симптоматики, ассоциированной с патологией гепато-билиарной системы. Все больные (126 пациентов) по ведущему клиническому синдрому были разделены на 2 группы: 1-ая группа – тревожно-депрессивный синдром (72 чел.), 2-ая группа – астено-депрессивный синдром (54 чел.). Для объективизации динамики состояния больных под влиянием рефлексотерапии и Су-Джок акупунктуры проводилось клинко-психологическое тестирование (многостороннее исследование личности – ММР), унифицированная система оценки клинического состояния – (УСО), электропунктурное тестирование по Фоллю, а также осмотр, прощупывание, фотографирование, снятие ладонных отпечатков специальной краской, применяемых в

криминалистике, ладонных поверхностей проксимальной части локтевого края левой ладони – гипотенара [1, 2].

Таблица 1

Визуальные признаки хронического поражения печени и желчного пузыря на левом гипотенаре

Признаки	Холецистит 21 больной		Гепатит 24 больных		Сочетанная патология 63 больных	
Уплотнение, западение	12	57,14%	13	54,1%	31	49,2%
Сеть мелких морщин, бороздки.	9	42,9%	11	45,8%	32	50,8%

Таблица 2

Сочетанные пальпаторные признаки хронического поражения печени и желчного пузыря

Признаки	Гепатит 24больных.		Холецистит 21 больной.		Сочетанная патология 63 больных	
Тяжесть	14	58,3%	19	90,4%	36	57,1%
Болезненность	16	66,6%	15	71,4%	45	71,4%
Ригидность	17	70,8%	18	85,7%	41	65%

В норме гипотенар имеет мягкую, ровную консистенцию. При осмотре участка левой кисти у больных с депрессивными расстройствами визуально определялось уплотнение, западение рельефа гипотенара, а также морщинки, мелкие бороздки. При обследовании пальцами или диагностическим шупом в этих местах, в глубине мягких тканей обнаруживались умеренно выраженная болезненность, повышенная плотность, ригидность, тягистость мягких тканей (у 108 больных описанные признаки обнаружены, у 18 больных данных признаков не выявлено). Количественные результаты визуального и пальпаторного исследования в указанных группах отображены в табл. 1 и 2.

Следует отметить, что, помимо изолированно проявленных признаков, могут проявляться их сочетания, например: западение с сетью мелких морщин, уплотнение с бороздкой и др. При исследовании по методу Р. Фолля [5] выявлено достоверное, по сравнению с нормой, снижение на меридианах печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, эпителиальной и паренхиматозной дегенерации. Все это в совокупности с визуальными и пальпаторными признаками указывало на патологию гепато-билиарной системы (токсическое отягощение печени лекарственными препаратами, хронический гепатит, гепатохолецистит, холецисто-панкреатит). Современные методы исследования (УЗИ, биохимические исследования) подтвердили полученные результаты. Рефлексотерапия начиналась с акупунктуры по корпоральным точкам «общего действия», с последующим подключением аурикулярных акупунктурных точек, рецептура которых зависела от особенностей проявлений доминирующего клинического невротического синдрома и степени поражения гепато-билиарной системы, выявленной в процессе тестирования. На втором этапе лечения использовался метод Су-Джок акупунктуры по зонам соответствия – зоны печени и желчного пузыря, поджелудочной железы, а также зон соответствия ЦНС.

В результате проведенного исследования показана высокая эффективность применения рефлексотерапии в сочетании с Су-Джок акупунктурой у больных с тревожно-депрессивными и астено-депрессивными проявлениями, которые ранее были более торпидными к лечению методами нелекарственной терапии (рефлексотерапия, электропунктура, лазеропунктура). У больных двух групп отмечено достоверное ($p < 0,01$) снижение шкал «невротической триады», которое сочеталось с достоверным улучшением клинического состояния, а также отмечалась стабильность результатов при длительном катамнестическом наблюдении (УСО). Выявлено также повышение параметров по методу Р.Фолля, которое сочеталось с улучшением биохимических результатов. При пальпации области гипотенара зарегистрировано снижение болевой чувствительности у 69 из 76 больных..

Визуальные и пальпаторные признаки хронического поражения печени и желчного пузыря с высокой вероятностью отражаются на гипотенаре левой кисти и сопровождают рубцовые микроструктурные изменения в этой области. Сопоставление числа больных с признаками хронического поражения печени и желчного пузыря на левом гипотенаре с общим количеством всех обследованных с данной патологией и их статобработка, устано-

* ММА им. И.М. Сеченова, Институт интегративной медицины «Оннури»

вило что с 95% вероятностью визуальные и пальпаторные признаки в генеральной совокупности больных гепатитом встречаются не чаще чем в 96,06% и не реже чем в 62,14% случаев.

Применение классической корпоральной и аурикулярной рефлексотерапии с оригинальными методиками воздействия на системы соответствия кистей и стоп (Су-Джок) позволило повысить эффективность нелекарственной терапии депрессивных расстройств, отягощенных гепато-билиарной патологией и значительно удлинить сроки ремиссии заболевания.

Литература

1. Привес М. и др. Анатомия человека. – Л.: Медицина, 1974.
2. Струков А.И. Патологическая анатомия. – М.: Медицина, 1974. – С.134
3. Пак Чжэ Ву. Оннури Су Джок терапия. – М.: Су Джок академия, 1998.
4. Самосюк И.З. Акупунктура. – М., 2004.
5. Справочник репрезентативных точек электроакупунктуры по Р.Фоллю. – М.: МЦ Система 2, 1991.
6. Табеева Д.М. Рук-во по иглорефлексотерапии. – М., 1982.
7. Шнорренбергер К. Терапия акупунктурой. – 2000. – Т. 1. – С.18.

УДК 616.65

ТЕХНОЛОГИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗДРАВНИЦАХ

К.Ю. МУТЧАЕВ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний мочеполовой системы у мужчин старшего и пожилого возраста. Первые признаки ДГПЖ проявляются уже в возрасте 40-50 лет и с возрастом ее частота неуклонно нарастает. Если в период 40-49 лет частота ДГПЖ составляет только 11,3%, то к 80 годам она отмечается уже в 81,4% случаев. В то же время морфологически подтвержденные случаи ДГПЖ у мужчин 40 лет составляют не менее 25%. При проведении ультразвукового исследования предстательной железы у мужчин старше 50 лет ДГПЖ была выявлена в 30-40% случаев. Клинические признаки симптомов заболевания при проведении урофлоуметрии и трансректальной ультрасонографии позволили выявить ДГПЖ у мужчин в возрасте 40-49 лет в 13,8% случаев. Бальнеоклиматологический потенциал курортов российского Причерноморья позволяет успешно проводить реабилитацию больных с урологической патологией, при этом включение в схемы лечебного воздействия перорального приема лечебных минеральных вод месторождений, находящихся на территории г. Сочи, существенно повышают ее эффективность. Аспекты постоперационного восстановительного лечения больных, страдающих ДГПЖ, освещены в современных научных источниках недостаточно полно, что предопределяет необходимость исследования эффективности применения природных и преформированных физических лечебных факторов при данном заболевании.

Цель – разработка и апробация системы восстановительного лечения больных после вмешательства по поводу ДГПЖ (№40 по МКБ-X) на основе природных и преформированных физических лечебных факторов курорта Сочи.

Объектом исследования являлась деятельность здравниц курорта Сочи по реализации системных медицинских мероприятий, направленных на восстановление функционального состояния мочеполовой системы и повышение качества жизни больных, перенесших оперативное лечение по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы, которые включали комбинированное применение аэро-, гелио-, морских процедур, йодобромной бальнеотерапии, питьевых режимов назначения минеральной воды «Лазаревская», а также современных физиотерапевтических методик, относящихся к технологиям информационно-волновой терапии. Исследование проводилось на базе урологического отделения МУЗ «Городская больница» г. Черкесска и здравниц г. Сочи: ЗАО «Санаторий «Волна» и ЗАО «Санаторий «Москва». Единичными наблюдения являлись 557 пациента, пере-

несших оперативное лечение по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы, которые проходили санаторно-курортное лечение в названных здравницах в период с 2003 по 2006 год, что представлено в табл. 1.

Таблица 1

Характеристика единиц наблюдения

Рандомизированные группы	Кол-во	Период наблюдения
N 40 по МКБ-X Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	557	2003-2006
1. Основная группа наблюдения	278	Послеоперационное восстановительное лечение в здравницах г. Сочи по авторским схемам
2. Контрольная группа наблюдения	279	Традиционная постоперационная реабилитация

С целью решения поставленных задач исследования в ходе обследования больных использовались: тесты оценки психоэмоционального состояния – САН (самочувствие, активность, настроение) и адаптированный тест ММРП в виде психодиагностического опросника (ПДО), содержащего 267 вопросов, тесты суммарной оценки симптомов заболевания I-PSS и качества жизни QOL. При физикальном обследовании оценивались тонус сфинктера прямой кишки, бульбокавернозный рефлекс, результаты осмотра и пальпации надлобковой области. Всем больным в ходе лечения неоднократно выполнялась трансабдоминальная эхография почек, мочевого пузыря и предстательной железы, которая у части из них дополнялась изучением морфофункционального состояния почечных артерий при помощи ультразвукового доплеровского сканирования с применением сканера SSD-4000. Углубленное изучение объема, конфигурации и экоструктуры предстательной железы проводилось с использованием трансректальной эхографии на аппарате Aloka-2500.

Для оценки урофлоуметрической кривой использовали показатели максимальной скорости потока (Qmax) и выделенного объема мочи (Vcomp). При помощи универсального ионометра ЭВ-74 в надосадках определяли pH мочи. В начале и по окончании лечения у обследованных исследовалась периферическая кровь, по которой кроме обычной гемограммы определялись адаптационные реакции по Л.Х. Гаркави (2000). С целью оценки интенсивности хронического воспалительного процесса у обследуемых до и после лечения определялся белковый спектр сыворотки крови, путем электрофореза на бумаге, учитывая при этом содержание общего белка, процентное содержание альбуминов и глобулинов и основных фракций (альфа, бета и гамма) глобулинов. Иммунологические исследования до и после лечения проводили с оценкой поверхностных структур лимфоцитов методом иммунофенотипирования с применением моноклональных антител к фенотипическим маркерам лимфоцитов – CD3, CD4, CD8, CD19, CD20, CD16/56- антигенам на проточном цитометре Becton Dickinson. Уровень иммуноглобулинов JgG, JgA, JgM изучали методом радиальной иммунодиффузии в агаровом геле по G. Mancini. Изучение окислительно-восстановительных процессов нейтрофилов выполняли с помощью реакции по восстановлению нитросинего тетразолия.

Таблица 2

Динамика психо-эмоционального состояния на фоне послеоперационного восстановительного лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Показатель p<0,05	Контрольная группа n=279		Основная группа n=278	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Тест САН	124,2±1,3	156,2±2,4	127,3±2,5	134,2±1,7
Компенсированное психо-эмоциональное состояние	4,9%	56,7%	4,5%	45,5%
Астено-невротический синдром	58,5%	31,3%	60%	33%
Ипохондрический синдром	36,6%	12%	35,5%	26,5%
Тест I-PSS	21,3±0,2	11,7±0,5	20,3±0,7	5,4±0,07
Тест QOL	2,8±0,01	2,3±0,04	2,9±0,04	1,4±0,04