

кальном и системном уровне. Уменьшение этих показателей в секрете ПЖ оценивается как итог локального потребления антиоксидантов в очаге воспаления, а нарастание АОА и концентрации ЦП в сыворотке крови – как компенсаторный процесс, направленный на преодоление местного дефицита антиоксидантов.

Результаты свидетельствуют о перспективности определения АОА и ЦП, как диагностических критериев, позволяющих количественно оценить степень выраженности воспалительного процесса при ХП. Исходя из этого, в контрольной группе оценили распределение лиц с показателями ЦП в секрете ПЖ меньше нижней границы нормы. Из 30 человек такая тенденция выявлена у 5 (16,6%). По данным [7], у 30% мужчин, не предъявляющих жалоб со стороны органов мочеполовой системы, выявляют ХП. При углубленном урологическом обследовании, у этих 5 человек диагностирован ХП. Определение количества ЦП в секрете ПЖ может быть использовано в комплексной диагностике ХП.

Наряду с увеличением АОА отмечается прирост молекулярных продуктов ПОЛ в крови. Отмечено нарастание ПОЛ крови гептановой фазы Е 232/220 на 10,3%, изопропанольной Е 232/220 – на 22,8%. При анализе причин этого несоответствия выявлено, что ХП идет с накоплением активированных нейтрофилов в секрете ПЖ и в крови. У больных ХП по сравнению со здоровыми, лейкоцитоз в секрете ПЖ выше чем в 2 раза, увеличено и число нейтрофилов. При этом активность и завершенность фагоцитоза снижена, отмечено увеличение НСТ-теста.

Характер изменений функционального статуса циркулирующих нейтрофилов оказался идентичным вышеописанным сдвигам для секрета ПЖ. В крови, как и в секрете ПЖ, шло увеличение спонтанного НСТ-теста, снижение показателей индуцированного НСТ-теста, поглощательной способности и завершенности фагоцитоза. Изменения функционального состояния нейтрофилов в крови и секрете ПЖ можно расценивать как причину изменения интенсивности ПОЛ и развития вторичного иммунодефицита при ХП. Это подтверждается исследованием иммунного статуса больных ХП. Содержание иммуноглобулинов у здоровых в секрете ПЖ: IgG – 16,4±2,5 мг/мл, IgA – 11,6±1,4 мг/мл, IgM – 1,62±0,24 мг/мл. У больных ХП: IgG – 20,2±2,4 мг/мл ($p<0,05$), что выше чем у здоровых мужчин, IgM – 0,72±0,12 мг/мл. Этот показатель более чем в 2 раза меньше по сравнению с контролем ($p<0,05$). Содержание IgA у больных ХП – 7,9±1,4 мг/мл, что тоже оказалось ниже, чем в контрольной группе.

Содержание IgM и IgA в секрете ПЖ у больных ХП ниже, чем в контрольной группе. Этот факт говорит об изначальной иммунной недостаточности у этой категории больных. Местные факторы естественной резистентности являются важным компонентом механизма защиты мочеполового тракта от инфекции. Одним из непереносимых участников иммунологических реакций является система комплемента, значимость которой для патогенеза ХП практически не исследовалась. Изучив содержание количества C₃- и C₄-компонентов комплемента у больных ХП нами отмечено увеличение C₃ с 30,84±7,0 мг/л до 40,40±6,01 мг/л, а C₄ – с 11,52±2,5 мг/л до 17,10±2,1 мг/л. Исследовав содержание компонентов комплемента C₃ и C₄ в секрете ПЖ у больных ХП, установили их увеличение, уровень содержания их был выше у больных с выраженными признаками активности воспалительного процесса в ПЖ. Исследования оксидантного, антиоксидантного статуса у больных ХП говорит о локальной интенсификации ПОЛ и снижением АОА, а также уменьшение количества ЦП в очаге воспаления. При этом количество ЦП в крови увеличивается с ростом АОА. Этот процесс можно расценить как компенсаторно-приспособительную реакцию у этой категории больных.

Локальная интенсификация ПОЛ с истощением активности антиоксидантов связана с накоплением активированных лейкоцитов и кондиционированием лейкоцитов воспалительного экссудата в сторону роста продукции свободно-радикальных форм кислорода. Снижение фагоцитоза, его незавершенность свидетельствует о вторичном иммунодефицитном состоянии у больных ХП, что ведет к рецидивному течению заболевания. Нерациональная антибактериальная терапия усугубляет системные и местные иммунные нарушения, ведет к усилению перекисных процессов в ткани ПЖ. Образуется т.н. «порочный круг», который при лечении ХП не всегда удается прервать. Необходимо коррекция оксидантного, антиоксидантного и иммунного статуса при этом заболевании. Коррекцию необходимо проводить с применением антиоксидантов и иммуномодуляторов на локальном и системном уровнях.

Литература

1. Аполихин О.И. и др. // Мат-лы X Рос. съезда урологов.– М., 2002.– С. 223–227.
2. Биленко М.В. Ишемические и реперфузионные поражения органов.– М.: Медицина, 1989.– 386 с.
3. Волчегорский И.А. Неспецифическая регуляция адаптивных процессов при термических ожогах и некоторых других экстремальных состояниях: Автореф. дис... док. мед. наук.– Челябинск, 1993.– 34 с.
4. Волчегорский И.А. и др. // Вопр. мед. химии - 1996.– № 5.– С. 127–130.
5. Глузмин М.И. Некоторые особенности этиологии, патогенеза и диагностики хронического уретрогенного простатита: Автореф. дис... канд. мед. наук.– Москва, 1991.– 16 с.
6. Журавлев А.И. Развитие идей Б.Н. Тарусова о роли ценных процессов в биологии.– М.: Наука, 1982.– С. 3–36.
7. Ильин И.И. и др. // Вест. дерматол.– 1991.– № 2.– С. 19.
8. Лоран О.Б. // Урология.– 2001.– №5.– С. 16–19.
9. Руководство по урологии: В 3-х т. / Под ред. Н.А. Лопаткина.– М.: Медицина, 1998.
10. Серегин С.П. Пути повышения эффективности патогенетически обоснованного лечения хронического простатита: Автореф. дис... док. мед. наук.– Санкт-Петербург, 1997.– 38 с.
11. Bauman H., Gauldia J. // Am. J. Immunol. Today, 1994.– Vol. 15, № 2 - P. 74–80.
12. Prostate histopathology and the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective biopsy study // J. of Urology.– Jul 2000.– Vol. 164, №1.– P. 129.

УДК 615.814.1.03

МЕТОДИКА, ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АУРИКУЛОЭЛЕКТРОПУНКТУРЫ

Е. А. ЯКОВЛЕВА*

Введение. Электропунктура является признанным, эффективным и доступным методом лечения различных заболеваний. Несмотря на это, её нельзя считать панацеей в терапевтической деятельности. Высокая степень результативности по праву ставит электроаурикулярную диагностику и терапию наравне с другими методами лечения. Одним из факторов, способствующих этому, является успешное комбинирование ЭРТ с другими формами как традиционной, так и нетрадиционной медицины.

Материал и методы. Предлагаем методику аурикулярной электрорефлексотерапии (ЭРТ). Амбулаторный больной находится в устойчивой позе – в положении сидя, ослабленные или стационарные больные – в положении лежа. После анализа жалоб больным проводится визуальная аурикулярная экспресс-диагностика, а затем приборная электропунктурная диагностика. Ставится предварительный диагноз и составляется рецептура акупунктурных точек (АТ) ушной раковины (не более 6–8 АТ). В состав точек входят АТ общего действия и АТ больных органов или систем. Рекомендуем начинать процедуру всегда с АТ общего действия, а затем с АТ зоны пораженного органа. Сначала действуют на АТ ушной раковины с противоположной стороны от больного органа, а затем переходят на АТ другой ушной раковины. Завершается ЭРТ действием на АТ больного органа ушной раковины соименной стороны. Время воздействия на АТ должно соответствовать времени суточного биоритма этого органа.

Организм является колебательной системой, и каждый орган имеет биоритм, наиболее напряженной своей деятельности [1–3]. Именно в это время органы оптимально реагируют на воздействие ЭРТ, эффект воздействия усиливается в десятки раз. Лучшее время ЭРТ (по ходу циркуляции суточной энергии в теле человека): для *дневных* органов «желудок» – 7.00–9.00, «селезенка, поджелудочная железа» – 9.00–11.00, «сердце» – 11.00–13.00, «толстый кишечник» – 13.00–15.00; для *дневно-ночных* органов «мочевой пузырь» – 15.00–17.00, «легкие» – 3.00–5.00, «тонкий кишечник» – 5.00–7.00; *ночные органы* «сексуально-сосудистая система» – 19.00–21.00, «тройной обогреватель» – 21.00–23.00, «желчный пузырь» – 23.00–1.00, «печень» – 1.00–3.00 часов.

На каждую АТ действуют электрическим током отрицательной полярности силой до 10 мкА в течение 2–3 минут, при этом используют серебряный активный электрод. Подавляющее количество больных во время и после процедуры ощущают чув-

ство легкого онемения в точке воздействия, распирание и иррадиацию тепла в ту или иную часть тела, расслабление и часто дремотное состояние. У больных не должно возникать тревоги, раздражения и неприятных ощущений. Всего на курс лечения рекомендуем 6–8 сеансов. При необходимости через 10–30 дней курс лечения повторяется. Если после 4–5 сеанса лечебного эффекта (облегчения) не наступило – ЭРТ можно отменить и предложить больному более эффективный способ лечения.

При подготовке больного к лечению надо соблюдать показания к ЭРТ. Эффективность лечения зависит от многих факторов: правильной постановки диагноза, точного подбора рецептуры АТ ушной раковины, учета биоритмов пораженного органа, деонтологического подхода к больному во время ЭРТ и ряда других факторов. Из осложнений, возникающих при ЭРТ, могут быть падение артериального давления, вплоть до обморочного коллаптоидного состояния, и повышение давления у лиц, склонных к гипертензии. В первом случае больному надо уложить горизонтально (ноги выше головы) и воздействовать на 2–3 АТ, отвечающие за тонус сосудов (АТ 13, 95, 100). Во втором – использовать АТ 19, 59, 105 для снижения артериального давления.

Результаты исследований. Из заболеваний сердечно-сосудистой системы наиболее эффективно поддается лечению ЭРТ ИБС, гипертоническая болезнь и первичная артериальная гипотензия, варикозная болезнь нижних конечностей, нарушения сердечного ритма. Рекомендуем лечение заболеваний сердца во временной промежуток с 11.00 до 13.00, а сосудов – с 19.00 до 21.00; процедуру ЭРТ начать с воздействия на АТ правой ушной раковины, заканчивая на точке сердца (АТ 100) левой.

Больной Б., 47 лет, обратился с жалобами на острые боли за грудиной, иррадиирующие в область левой лопатки и левую руку, жгучего характера, возникающие при значительных физических и эмоциональных нагрузках, сопровождающиеся потливостью, ощущением страха смерти, купирующиеся приемом одной таблетки нитроглицерина в течение 3–5 минут. Указанные жалобы беспокоят в течение последнего года. Объективно: на ушной раковине изменения в виде локальной гиперемии в углубленной части её полости (зона сердца), формирующаяся диагональная складка на мочке уха. Приборная аурикулопунктурная диагностика показала повышение электропотенциалов в АТ 100. Больному был поставлен предварительный диагноз ИБС: стабильная стенокардия напряжения, I функциональный класс. Назначена ЭРТ: правая ушная раковина – АТ 55, 95, 21, 100; левая ушная раковина – АТ 55, 95, 21, 100. После 2-го сеанса ЭРТ больной отмечал существенное улучшение общего самочувствия, после 3-го сеанса – исчезновение жалоб. Больному проведено 8 сеансов ЭРТ, рекомендовано повторить курс лечения через два месяца.

Больной С., 42 лет, обратился с жалобами на головные боли давящего характера в затылочной области, часто возникающие при изменениях атмосферного давления, нервных перегрузках, сопровождающиеся мельканием «мушек» перед глазами; повышение артериального давления до 170/105 мм рт. ст.; повышенную раздражительность, снижение трудоспособности, ухудшение зрения. Данные жалобы появились около двух лет назад после перенесенного нервно-эмоционального потрясения. При клиническом обследовании больного – АД 160/100 мм рт. ст. Визуально: на внутренней поверхности верхней трети ушной раковины в борозде – усиленный сосудистый рисунок, в области треугольной ямки, в верхней ее части, и в полости ушной раковины – гиперемия. Приборная диагностика выявила снижения электропроводности в АТ 105, 59, 100. Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II степени, астено-вегетативный синдром. Назначена ЭРТ: правая ушная раковина – АТ 55, 59, 95, 105, 100; левая ушная раковина – АТ 55, 59, 95, 105, 100. После проведения первого сеанса ЭРТ АД снизилось до 130/90 мм рт. ст. и оставалось на этом уровне в течение 10–12 часов. Стабилизации АД на 130/80 мм рт.ст. и купирования главных жалоб удалось достичь после проведения 4–5-го сеансов ЭРТ. Всего больному проведено 8 сеансов, рекомендовано повторить курс лечения через 1–2 месяца.

Больной Н., 65 лет, обратился с жалобами на зябкость, чувство «ползания мурашек», боли и судороги в икроножных мышцах при ходьбе на расстояние 60–70 метров, боли в левом коленном суставе при физической нагрузке. Объективно: кожа в области верхней зоны ножки противозавитка ишемизирована, на левой ушной раковине в средней части этой же зоны (проекция коленного сустава) выступают грубые изменения надхрящницы. Электропунктурная диагностика показала повышение электропроводности в АТ 50, 49, 48, 55. Предварительный диагноз: облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, стадия II б. Назначена ЭРТ: правая ушная раковина – АТ 55, 95, 50, 49, 48; левая ушная раковина – АТ 55, 95, 50, 49, 48, 100. После 1-го сеанса ЭРТ больной отметил снижение напряжения в ногах, уменьшение парестезий в стопах и икроножных мышцах. Всего проведено 8 сеансов. Больной отметил улучшение состояния, увеличилась в 5–6 раз нагрузка при ходьбе, стали «теплее» стопы, улучшился сон. Рекомендован повтор ЭРТ через 10 дней.

Больная М., 32 лет, обратилась с жалобами на тянущие боли в икроножных мышцах; ощущение тяжести в нижних конечностях; отеки стоп, голеностопных суставов, голеней, появляющиеся после незначительной

физической нагрузки, вечером; наличие варикозно измененных вен нижних конечностей; судороги в икроножных мышцах по ночам. Впервые указанные жалобы появились после вторых родов. Больной поставлен предварительный диагноз: варикозная болезнь нижних конечностей в стадии компенсации. Объективно: верхние ножки противозавитка справа и слева покрыты густой сетью переполненных кровеносных сосудов, отмечается гиперемия в треугольной ямке в области проекции АТ «шнэнь-мэнь». Приборная диагностика показывает явное повышение электропотенциалов в АТ 55, 50, 49, 48, 47. Назначена ЭРТ: правая ушная раковина – АТ 55, 50, 49, 48, 47; левая ушная раковина – АТ 55, 50, 49, 48, 47. Больная отметила исчезновение ночных судорог и снижение отечности нижних конечностей после 2й процедуры. Проведено 8 сеансов ЭРТ, в результате которых получен стойкий терапевтический эффект.

Наиболее эффективно ЭРТ себя зарекомендовала при заболеваниях нервной системы, при остеохондрозе, невралгии тройничного нерва, мигрени, нарушениях сна различного генеза. Рекомендуем проводить лечение во временной период сердечно-сосудистой патологии с 11.00 до 13.00 и с 19.00 до 21.00.

Больной И., 57 лет, обратился с жалобами на острые боли в пояснично-крестцовой области, иррадиирующие в правую ногу, возникшие после длительного пребывания в неудобной позе. Объективно: в верхней части противозавитка на обеих ушных раковинах обнаружено выбухание надхрящницы с усиленным сосудистым рисунком, на верхней ножке противозавитка правой ушной раковины – расширенный полнокровный сосуд. При приборной диагностике по ходу АТ 38, 40, 50, 49, 48 отмечается повышение электропроводности. Предварительный диагноз: остеохондроз пояснично-крестцовой области, с выраженным люмбоишиалгическим синдромом. Проведена ЭРТ: левая ушная раковина – АТ 55, 95, 13, 38, 40; правая ушная раковина – АТ 55, 95, 13, 38, 40, 57, 50, 49. Ишиалгический синдром значительно уменьшился после проведения первой процедуры, полностью купирован после 5–6 сеансов. Больному проведено 6 сеансов, рекомендовано повторный курс при возникновении люмбаго.

Больной В., 57 лет, обратился с жалобами на острые боли в области правого плечевого сустава, иррадиирующие в правое плечо, возникающие при движениях в этом суставе; ограничение движений в правом плечевом суставе. Указанные жалобы возникли около месяца назад, без видимой причины. Объективно: выбухание надхрящницы и усиленный сосудистый рисунок в нижнем отделе противозавитка, поверхностный полнокровный сосуд в нижней трети ладьевидной борозды правой ушной раковины. Приборная диагностика показала низкоомные участки кожи в АТ 63, 64, 65. Предварительный диагноз: остеохондроз шейного отдела позвоночника, правосторонний плечелопаточный периартроз. Назначена ЭРТ: левая ушная раковина – АТ 55, 95, 13, 37; правая ушная раковина – АТ 55, 95, 13, 37, 63, 64, 65. После первой процедуры болевой синдром уменьшился, увеличился объем движений в суставе. Исчезли жалобы после 6й процедуры. Больному проведено 8 сеансов ЭРТ.

Больная А., 33 лет, поступила с жалобами на острые боли в правой половине лица, возникающие спонтанно, иррадиирующие в правую половину верхней челюсти и правый глаз. Появление описанных болей пациентка связывает с удалением малого коренного зуба верхней челюсти. Объективно: телеангиоэктазии на задней и передней поверхностях верхней части мочки. Отмечается повышение электропотенциалов в АТ 1, 7, 8, 5, 6. Предварительный диагноз: правосторонняя невралгия тройничного нерва (1–2 ветвь). Проведена ЭРТ: левая ушная раковина – АТ 55, 95, 13; правая ушная раковина – АТ 55, 95, 13, 1, 7, 5, 6, 8. После первой процедуры болевой синдром купирован на 3–4 часа, после проведения 2-го и 3-го сеансов болевой синдром отсутствовал в течение 12–16 часов, полностью жалобы купированы после 8-го сеанса ЭРТ.

Больной К., 6 лет, пришел на прием с мамой, с жалобами на непроизвольное ночное мочеиспускание, повторяющееся 2–3 раза в течение каждой ночи. Объективно: V-образные переполненные кровью сосуды в области чаши ушной раковины, гиперемия передней части чаши (зона мочевого пузыря) и задней части треугольной ямки. Резко повышена электропроводность в АТ 55, 95, 94, 92. Больному поставлен предварительный диагноз: ночной энурез. Назначена ЭРТ: обе ушные раковины – АТ 55, 58, 95, 94, 92 во временной промежуток с 16 до 18 часов. В первую ночь после начала лечения непроизвольного мочеиспускания не было, однократный ночной энурез появился после 3-й и 4-й процедур. Полностью излечение – после 7–8-й процедур. Рекомендовано повторение курса ЭРТ из 6 процедур через месяц для закрепления эффекта.

Среди патологии пищеварительной системы наиболее эффективно поддаются лечению хронические гастриты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический панкреатит, колиты, синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров, геморрой. Лучшее время для воздействия на АТ ушной раковины при этих нозологических формах – с 7.00 до 9.00 (заболевания желудка), с 9.00 до 11.00 (поджелудочной железы), с 13.00 до 15.00 (при поражении толстого кишечника).

Больной З., 37 лет, обратился с жалобами на острые боли в эпигастриальной области, не иррадиирующие, возникающие через 2 – 2,5 часа после приема пищи, на голодный желудок, ночью, сопровождающиеся тошнотой, облегчающиеся приемом пищи. В анамнезе – «шелующиеся» язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, выявленные впервые в 22 года. Объективно: гиперемия шелушение эпидермиса в зоне, прилегающей к ножке завитка, и камедон в верхней части этой зоны. Приборная электро-

пунктурная диагностика выявила резко повышенную электропроводность в АТ 55, 86, 87, 88. Предварительный диагноз: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, фаза обострения, рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Проведена ЭРТ: левая ушная раковина – АТ 55, 95, 86, 87, 88; правая ушная раковина – АТ 55, 95, 86, 87, 88. После первой процедуры больной отметил резкое снижение болевого синдрома, улучшение общего состояния; после второй процедуры перестала беспокоить тошнота. Болевой синдром полностью купирован после 6-го сеанса. Рекомендованы повторные курсы ЭРТ в весенне-осенние периоды.

Больная Я., 55 лет, обратилась с жалобами на боли в области средней и нижней части живота, склонность к запорам, затруднение акта дефекации с болями в области прямой кишки (ануса) и каплями алой крови на кале. Объективно: неровная бугристо-шершавая поверхность в верхней передней части зоны, прилежащей к ножке завитка, сосудистый «паучок» и расширенный сосуд на теле завитка над треугольной ямкой и ножке завитка, в верхней её части, выступающий участок надхрящницы над передней третью нижней ножки. Электропунктурная диагностика выявила низкоомные АТ 89, 91, 81, 117, 119, 120. Предварительный диагноз: хронический колит в стадии обострения, запоры, геморрой. Проведена ЭРТ: обе ушные раковины – АТ 55, 91, 117, 81, 119, 120. После первой процедуры у больного уменьшились боли в области прямой кишки, после третьей – исчезли ректальные боли и кровотечение, уменьшились боли в области толстого кишечника, появился самостоятельный стул. Больной было проведено 8 сеансов ЭРТ, после чего наступило улучшение. Рекомендовано повторить курс ЭРТ через месяц.

Среди заболеваний органов дыхания стойкого положительного эффекта удается достичь в короткие сроки при аллергической форме бронхиальной астмы, хроническом бронхите с астматическим компонентом, ларингите, фарингите, вазомоторном и аллергическом рините. Время наилучшего воздействия на аурикулярные акупунктурные точки – ранние утренние часы.

Больная Р., 29 лет, была направлена с жалобами на: приступы удушья, возникающие преимущественно ночью, после значительной физической нагрузки, а также при контакте с резкими запахами пылью растений, шерстью домашних животных, домашней пылью; приступы сопровождаются кашлем с вязкой, трудноотделяемой мокротой, слышимыми на расстоянии свистящими хрипами, облегчается принятием вынужденного положения тела сидя с опорой на плечевой пояс, приемом ингаляционных бронхолитиков; приступам предшествует кожный зуд, насморк с обильным жидким отделяемым, одышка преимущественно экспираторного характера. Приступы беспокоят в весенне-осенний период. Объективно: гиперемия и шелушение угла и передней части треугольной ямки, передней части полости ушной раковины, везикулы с восковицидным твердым содержимым. Низкоомные участки в АТ 55, 60, 101, 102, 103, 22а. Больной поставлен предварительный диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма (преимущественно аллергическая), средняя степень тяжести. Аллергический ринит. Проведена ЭРТ: обе ушные раковины – АТ 55, 22а, 103, 101, 102, 60. После первого сеанса ночные приступы удушья стали менее выраженными и менее продолжительными. После 8 сеансов заболевание удалось перевести в стойкую ремиссию. Рекомендовано повторить курс лечения при возникновении риска контакта с аллергенами. Больной Г., 40 лет, обратился с жалобами на чувство першения, царапания в норме, сухой кашель, осиплость голоса, вплоть до афонии. По профессии больной преподаватель-лектор. Эти жалобы беспокоят после голосовой нагрузки. Объективно: гиперемия и шелушение кожи передней части (ближе к наружному слуховому проходу) полости ушной раковины. Электропунктурная диагностика выявила повышение электропроводности в АТ 15, 103, 102. Предварительный диагноз: хронический фаринго-ларингит. Проведено 6 сеансов ЭРТ: АТ – 55, 60, 95, 13, 102, 103, 15. Голос восстановился после 4-5 процедуры. Рекомендовано регулярное прохождение ЭРТ в период напряженной голосовой нагрузки, соблюдение голосового режима.

Лучшее время воздействия сеансов ЭРТ на мочеполовую систему при заболеваниях её органов: мочевая система – 15.00–17.00, 17.00–19.00; половая система – 19.00–21.00 часов. Следует учитывать время мочевого пузыря – 15.00–17.00 и время почек – 17.00–19.00. ЭРТ эффективна при заболеваниях этой системы.

Больная Э., 44 лет, обратилась с жалобами на приступообразные острые боли в левой поясничной области, иррадиирующие в область наружных половых органов, возникающие при переохлаждении, после физической нагрузки, сопровождающиеся учащенным, болезненным мочеиспусканием, купирующиеся приемом спазмолитиков и анальгетиков. В анамнезе – конкременты лоханки левой почки по данным УЗИ. Объективно: гиперемия, неровность поверхности, V-образные, переполненные кровью сосуды в чашах полостей лоханок обеих ушных раковин. Электропунктурная диагностика выявляет низкоомные участки в АТ 95, 94, 93, 92. Диагноз: мочекаменная болезнь, вторичный хронический пиелонефрит, фаза обострения. Назначено 6 сеансов ЭРТ: правая ушная раковина – АТ 55, 95, 94, 92, 80; левая ушная раковина – АТ 55, 95, 94, 92, 80. Болевой синдром ослабевает уже после первого сеанса ЭРТ, купируется полностью после 5-6 сеансов. Дизурические расстройства исчезли после 3-4 сеанса.

Больной Р., 36 лет, обратился с жалобами на боли внизу живота, иррадиирующие в область прямой кишки и наружных половых органов, возникающие при переохлаждении, после принятия алкоголя, сопровождающиеся учащенным, болезненным мочеиспусканием. Объективно: гиперемия, шелушение в средней верхней части чаши полости ушной раковины,

а также усиленный сосудистый рисунок в её переднем участке. В верхней части треугольной ямки рыхлая, гиперемизованная кожа, телеангиоэктазии на границе перехода тела завитка в ножку завитка. Приборная диагностика показала повышение электропроводности участков в АТ 55, 58, 95, 92, 93. Предварительный диагноз: хронический простатит, фаза обострения. Было назначено 8 сеансов ЭРТ: обе ушные раковины – АТ 55, 95, 92, 58, 93. Уменьшение интенсивности болевого синдрома, снижение дизурических расстройств наступило после 2-3 сеанса. Существенное облегчение состояния больной отметил после 5-6 процедуры.

Больная А., 16 лет, поступила с жалобами на отсутствие менструаций. Данные жалобы беспокоят в течение последних 7 месяцев. Менархе в 14 лет, цикл установился в течение 3-4 месяцев и составлял 28 – 30 дней, месячные были умеренные, безболезненные. Около 10 месяцев назад больная стала отмечать удлинение месячного цикла, снижение интенсивности менструальных выделений, уменьшение грудных желез. Последние 7 месяцев месячные отсутствуют. Объективно: шелушение и гиперемия в зоне межкозелковой вырезки и верхней части треугольной ямки обеих ушных раковин; низкоомные участки в области АТ 55, 58, 22, 23. Предварительный диагноз: аменорея неясного генеза. Больной проведено 3 курса по 6 сеансов ЭРТ во временные промежутки, соответствующие первым 6 дням предполагаемого месячного цикла. Обе ушные раковины – АТ 55, 22, 23, 58. После 4-5 сеансов первого курса ЭРТ больная отметила появление тянущих болей внизу живота, неприятные ощущения в молочных железах. Во время проведения 2-го курса аурикулопунктуры наряду с описанной симптоматикой появились скудные кровянистые выделения. Цикл восстановился после 3-го курса ЭРТ. Рекомендовано проводить курсы аурикулопунктуры 1 раз в 3 месяца для достижения стабильного эффекта.

Наиболее стойкого эффекта с помощью ЭРТ удается достичь при болезнях опорно-двигательного аппарата (остеоартрозы, ушибы суставов, растяжения связочного аппарата. Надо ЭРТ проводить как можно ранее после травматизации). ЭРТ включает применение АТ общего противовоспалительного и обезболивающего действия, а затем – АТ пораженных суставов.

Больной Ж., 47 лет, обратился с жалобами на боли в коленных суставах механического характера, возникающие после физической нагрузки; ограничение движений в этих суставах. Объективно: выраженный сосудистый рисунок в средней части верхней ножки противозавитка с элементами выпячивания в этом месте надхрящницы. Приборная диагностика установила повышение электропроводности в зоне АТ 50, 48, 49. Предварительный диагноз: деформирующий остеоартроз коленных суставов, ФНС I. Назначено 6 сеансов ЭРТ на обе ушные раковины: АТ 55, 95, 13, 50, 49, 48. После первого сеанса уменьшилась интенсивность болевого синдрома на 3-5 часов. Жалобы купированы полностью после 5-6 сеансов.

Предлагаемая методика аурикулоэлектропунктуры позволяет получать высокорезультативный эффект в лечении ряда заболеваний и практически исключает осложнения, типичные при использовании игл в рефлексотерапии.

Литература

1. *Возралик В.Г.* Основы традиционной восточной рефлексодиагностики и пунктурной адаптивной энергетизирующей терапии: цп-гун.- М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.– 336 с.
2. *Корневский Н.А.* Энергоинформационные основы рефлексологии.– Курск: Курск. гуманитар.-техн. ин-т, 2001.– 236 с.
3. *Табеева Д.М.* Руководство по иглорефлексотерапии.– М.: Медицина, 1980.– 560 с.

УДК: 616.127:616.12-008.331:616.36-004

НЕЙРОГУМОРАЛЬНАЯ АКТИВАЦИЯ И ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

С.А. ПРИБЫЛОВ*

Цирроз печени (ЦП) – хроническое полиэтиологическое прогрессирующее заболевание, протекающее с поражением паренхиматозной и интерстициальной ткани органа с некрозом и дистрофией печеночных клеток, узловой регенерацией и диффузным разрастанием соединительной ткани, нарушением архитектоники органа и развитием той или иной степени недостаточности функции печени. В экономически развитых странах ЦП входит в число 6 основных причин смерти в возрасте 35–60 лет [4]. ЦП характеризуется гипердинамическим кровообращением, которое проявляется как висцеральная вазодилатация и увеличенный сердечный выброс. Эти нарушения системной циркуляции наряду с высоким внутривенным сопротивлением вносят вклад в прогрессирование синдрома портальной гипертензии (ПГ) и часто представляют главные осложнения ЦП в виде вари-

* Курский государственный медицинский университет