

пузыря. При этом отмечалась атрофия эпидермиса и склероз собственной дермы, отображенные на фото 2.



Рис. 2. Срез из левого гипотенара трупа с хроническим алкогольным гепатитом. В собственной дерме отмечается выраженный склероз. Окраска по Ван Гизону ×100



Рис. 3. Срез из правого гипотенара трупа с хроническим алкогольным гепатитом. Собственная дерма имеет обычное строение. Окраска по Ван Гизону ×100

Таблица 3

Визуальные признаки хронического поражения печени и желчного пузыря на левом гипотенаре

Признаки	Холестистит Всего 61		Гепатит Всего 24		Сочетанная патология Всего 73	
Уплотнение, западение	32	52,4%	16	66,8%	51	69,8%
Сеть мелких морщин, бороздки.	44	72,0%	14	58,36%	54	73,9%

Таблица 4

Пальпаторные признаки хронического поражения печени и желчного пузыря

Признаки	Гепатит 24 больной		Холестистит 61 больной		Сочетанная патология 73 больных	
Тяжистость	19	79,1%	39	63,9%	48	65,7%
Болезненность	18	75%	49	80%	55	75,3%
Ригидность	13	54,2%	47	77%	51	69,8%

В качестве контроля проводилось гистологическое исследование из правого гипотенара, где, согласно основной системе соответствия Оннури Су Джок, отражается состояние селезенки и поджелудочной железы. Контрольные срезы из правого гипотенара показали обычную микроструктуру этой области (рис. 3). Количественные результаты визуального и пальпаторного исследования в указанных группах отображены в табл. 3 и 4.

Помимо изолированно проявленных признаков могут проявляться их сочетания: западение с сетью мелких морщин, уплотнение с бороздкой и др.

Таблица 5

Частота проявления симптомов хронического поражения печени и желчного пузыря на левом гипотенаре

Заболевание	Число обследованных больных		Число больных с выявленными визуальными и пальпаторными признаками	
	Число	Процент	Число	Процент
Гепатит	24	15,18%	19	79,1%
Холестистит	61	38,6%	48	78,7%
Сочетанная патология	73	46,22%	55	75,3%
Всего	158	100 %	122	77,22%

Сопоставление числа больных с наличием описанных признаков хронического поражения печени и желчного пузыря на левом гипотенаре с общим числом всех обследованных с данной патологией и их статистическая обработка показали высокую

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

Выводы. Визуальные и пальпаторные признаки хронического поражения печени и желчного пузыря с достаточно высокой вероятностью отражаются на гипотенаре левой кисти. Внешне определяемые визуальные и пальпаторные симптомы хронического поражения печени и желчного пузыря сопровождаются рубцовыми микроструктурными изменениями в области левого гипотенара. Описанные симптомы хронического поражения печени и желчного пузыря объективно подтверждают теорию Гомосистемы Оннури Су Джок в части ее физического соответствия.

Литература

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

УДК 616.366

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ И СУ ДЖОК ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТО-БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

А.А. МИХАЙЛОВА*, В.К. ЦОЙ**

Тенденция к росту удельного веса больных с депрессивными расстройствами различного уровня сохраняется. Несмотря на то, что в последние десятилетия были предложены психотерапевтические, рефлексотерапевтические (РТ) и другие методы восстановительного лечения больных с подобными расстройствами, центральное место в терапии этих состояний занимают антидепрессанты, нейролептики и транквилизаторы. В психиатрической практике известны побочные эффекты, связанные с применением высоких доз психотропных препаратов (физическая и психическая зависимость, сопутствующий седативный или стимулирующий эффект, кардио- и гепатотоксический эффекты, холинолитическая активность). Поэтому актуальна разработка схем лечения депрессивных расстройств, ассоциированных с патологией гепато-билиарной системы со снижением доз антидепрессантов, нейролептиков и транквилизаторов на фоне проведения дифференцированных курсов рефлексотерапии.

В последние десятилетия методы традиционной медицины, такие как акупунктура [4, 6–7], Су Джок-акупунктура [3] апробированы при депрессивных расстройствах. Система соответствия кистей и стоп (Су Джок) рассматривается нами как новая дополнительная информационная система, позволяющая врачу оценивать не только нарушения в центральных структурах и функции внутренних органов, но и осуществлять их дифференцированное лечение. 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, РН и т. д.). Нами изучалась эффективность комплексной дифференцированной методики рефлексотерапии и Су Джок-акупунктуры больных с невротическими расстройствами с 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 пациента), 2-ая группа – астено-депрессивный синдром (54 пациента). Для объективизации динамики состояния больных под влиянием рефлексотерапии и Су Джок акупунктуры проводилось

*Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова
**Международная Су Джок Академия. г. Москва

клинико-психологическое тестирование (исследование личности – ММР1), унифицированная система оценки клинического состояния – УСО, электропунктурное тестирование по Фоллю, а также осмотр, прощупывание, фотографирование, снятие ладонных отпечатков специальной краской, ладонных поверхностей проксимальной части локтевого края левой ладони – гипотенара [1–2]).

В норме гипотенар имеет мягкую, ровную консистенцию. При осмотре участка левой кисти у больных с депрессивными расстройствами визуально определялось уплощение, западение рельефа гипотенара, а также морщинки, мелкие бороздки. При обследовании пальцами или диагностическим щупом в этих местах, в глубине мягких тканей обнаруживались умеренно выраженная болезненность, повышенная плотность, ригидность, тяжесть мягких тканей (у 108 больных эти признаки обнаружены, у 18 – нет). Количественные итоги визуального и пальпаторного исследования в этих группах показаны в табл. 1 и 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	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
Уплощение, 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 24 больных		Холецистит 21 больной		Сочетанная патология 63 больных	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
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%

Помимо изолированных признаков, могут проявляться их сочетания: 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. С учетом полученных данных рефлексотерапия во всех группах 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-депрессивным и астено-депрессивными проявлениями, которые ранее были более торпидными к лечению методами не лекарственной терапии (рефлексотерапия, электро- и 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 достаточно высокой вероятностью отражаются на

гипотенаре левой кисти и сопровождаются рубцовыми микроструктурными изменениями в этой области.

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

Литература

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

УДК 616.12-008.331.1-018.74

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

К.А. БОЧАРОВА, Л.А. КНЯЗЕВА*

Россия относится к странам с широкой распространенностью артериальной гипертонии (АГ), повышенное артериальное давление (АД) имеет 42,5 млн. человек, то есть 40% населения России – это больные АГ [7]. Структурные и функциональные изменения, возникающие в сердце и сосудах при АГ, являются причиной прогрессирования заболевания и неблагоприятным прогностическим фактором. Большое значение в развитии сердечно-сосудистых осложнений при АГ отводится эндотелиальной дисфункции. Эндотелий играет ведущую роль в регуляции тонуса сосудов, системы гемостаза, процессов воспаления [3]. Цитокины являются одними из медиаторов, опосредующих функцию эндотелия сосудистой стенки. Провоспалительные цитокины способствуют прогрессированию гипертрофии миокарда, ремоделированию сосудистого русла [6].

Несмотря на достижение целевого уровня АД на фоне антигипертензивной терапии, не всегда удается влиять на прогноз и снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Одной из причин является отсутствие корригирующего влияния антигипертензивных препаратов на функциональное состояние эндотелия сосудистой стенки и активность воспаления. В этой связи перспективными являются исследования по изучению механизмов прогрессирования АГ, что позволит оптимизировать терапию заболевания, контролировать развитие сердечно-сосудистых осложнений, улучшить прогноз.

Цель – изучение показателей эндотелиальной функции и цитокинового статуса при гипертонической болезни (ГБ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 104 больных ГБ. Степень, стадию, риск развития сердечно-сосудистых осложнений определяли по рекомендациям по АГ Европейского общества кардиологов, 2003 и Всероссийского научного общества кардиологов, 2004 (табл. 1).

В исследование не включали больных симптоматической АГ, сахарным диабетом или ассоциированными клиническими состояниями по определению ВНОК (2004 г.), воспалительными заболеваниями любой локализации. Группа контроля была представлена 20 здоровыми донорами. Состояние эндотелиальной функции оценивали по величине эндотелийзависимой вазодилатации по методу О.В.Ивановой (1998г.); количество циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов (ЦЭК) в крови определяли по методу Hladovec J. et al. 1978; содержание эндотелина-1 (ЭТ-1) и трансформирующего фактора роста β_1

* г. Курск, ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», кафедра внутренних болезней №1