

ВЛИЯНИЕ ФОНОПУНКТУРЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ рН-МЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Установлено, что фонопунктура обладает выраженным корригирующим влиянием на кислотообразующую, кислотонейтрализующую функции желудка, восстанавливает кислотонейтрализующую функцию дуоденума, создавая условия для заживления язвенного дефекта.

Благоприятное воздействие методов рефлекторной терапии на различные звенья патогенеза язвенной болезни доказано многими авторами [1, 5, 6, 9]. В последнее время для стимуляции точек акупунктуры предложен ряд неинвазивных методов, одним из которых является фонопунктура [7, 8, 10]. Отсутствие данных о применении фонопунктуры в лечении больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки послужило основанием для проведения настоящего исследования, целью которого явилось сравнительное изучение кислотообразующей и кислотонейтрализующей функций желудка под влиянием фонопунктуры с применением ультразвука в непрерывном режиме различных интенсивностей.

Исследования проведены у 71 больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе обострения. Больные были распределены на три группы: I получала фонопунктуру с интенсивностью ультразвука $0,05 \text{ Вт/см}^2$ (22 больных), II— $0,2 \text{ Вт/см}^2$ (28 больных), III— $0,4 \text{ Вт/см}^2$ (21 больной). У всех больных до и после лечения исследовали рН желудка и двенадцатиперстной кишки в базальной и стимулированной фазах желудочной секреции. Лечение проводили 5 раз в неделю. На одну процедуру брались 1—2 точки общего и 1—3 сегментарного действия (курс лечения 13—15 процедур). Воздействию подвергались в основном следующие акупунктурные точки: 4.4, 4.9, 2.11, 3.36, 3.22, 3.25, 9.6, 14.12, 14.13, 14.15, 8.9, 7.20, 7.21.

Кислотообразующую, кислотонейтрализующую функции желудка и двенадцатиперстной кишки изучали методом гастродуоденальной рН-метрии с использованием рН-зонда конструкции Б. Ю. Линара [3]. В качестве стимулятора секреции использовался 0,1% раствор гистамина. При интерпретации полученных данных мы пользовались общепринятыми критериями [2, 3, 4].

Результаты исследований показали у 75% больных до лечения повышение уровня кислотообразования в базальной и у 82% больных в стимулированной фазах желудочной секреции, что характерно для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. У 25% больных в базальной и 18% в стимулированной фазах желудочной секреции выявлен нормальный или пониженный уровень кислотообразования. Нарушение ощелачивающей способности антрального отдела наблюдалось у 66 и 72% больных соответственно. Анализ исходных данных рН в луковице двенадцатиперстной кишки показал закисление среды раз-

ной степени интенсивности в пределах 1,2—6,9 рН. Нарушение ощелачивания среды в базальной фазе секреции отмечалось у 87, а в стимулированной—у 96% больных.

Динамика показателей гастродуоденальной рН-метрии больных с повышенной интенсивностью кислотообразования и нарушением ощелачивающей функции антрума и дуоденума представлена в таблице, из которой видно, что наиболее положительные сдвиги по всем параметрам наблюдаются у больных, получивших лечение фонопунктурой интенсивностью 0,2 Вт/см². У больных этой группы наблюдалось достоверное снижение концентрации активных водородных ионов с ослаблением интенсивности кислотообразования. У больных I и III групп изменения рН среды в кислотообразующей зоне желудка до и после лечения были недостоверны. Снижение кислотообразования в первой фа-

Влияние фонопунктуры в непрерывном режиме на показатели гастродуоденальной рН-метрии больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки ($M \pm m$)

Объект исследования	Фаза секреции	Ф о н о п у н к т у р а		
		0,05 Вт/см ²	0,2 Вт/см ²	0,4 Вт/см ²
Корпус	базальная	1 1,3±0,03 (16) 2 1,4±0,05	1,3±0,03 (22) 1,6±0,05*	1,2±0,03 (15) 1,3±0,05
	стимулированная	1 1,15±0,02 (17) 2 1,2±0,03	1,1±0,02 (25) 1,2±0,03*	1,15±0,02 (16) 1,2±0,03
Анtrum	базальная	1 1,4±0,02 (15) 2 1,8±0,13*	1,4±0,02 (18) 3,0±0,17*	1,3±0,02 (14) 1,5±0,12
	стимулированная	1 1,35±0,02 (15) 2 1,6±0,09*	1,3±0,02 (21) 2,7±0,15*	1,3±0,02 (15) 1,4±0,05
Дуоденум	базальная	1 3,3±0,32 (20) 2 4,0±0,33	3,4±0,20 (24) 5,5±0,29*	3,3±0,34 (18) 3,7±0,34
	стимулированная	1 2,9±0,27 (22) 2 3,7±0,31	3,0±0,23 (27) 5,4±0,25*	3,0±0,35 (19) 3,5±0,34

Примечание. 1—показатели рН-метрии до лечения, 2—после лечения; *—достоверное различие с показателями до лечения, $P < 0,05$; цифры в скобках—число больных в группе.

зе секреции, наблюдавшееся у больных II группы после лечения, свидетельствует о нормализации основных нейрогуморальных механизмов регуляции. Этот эффект особенно важен при лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, т. к. понижение кислотообразования натошак способствует снижению агрессивных свойств желудочного сока в желудке, лишенном буферных свойств пищи.

После фонопунктурной терапии в I и II группах наблюдались достоверные изменения рН среды антрального отдела желудка. Нейтрализующая способность антрального отдела желудка особенно улучшилась у больных II группы. При этом разница между показателями рН кислотообразующей и кислотонейтрализующей функций желудка у больных этой группы была наиболее выражена, что указывает на значительное повышение защитной функции пилорических желез. Благодаря этому устраняется возможность постоянного заброса резко кисло-

го желудочного содержимого в дуоденум, что способствует восстановлению нарушенных гастродуоденальных функциональных взаимоотношений. У больных III группы сдвиги показателей рН антрального отдела желудка как в базальной, так и стимулированной фазах желудочной секреции оказались недостоверными. При анализе показателей рН в луковице двенадцатиперстной кишки после лечения достоверное улучшение ощелачивающей функции дуоденума установлено лишь у больных II группы ($P < 0,001$) как в первой, так и второй фазах желудочной секреции.

Время восстановления рН желудка после проведения функциональной щелочной пробы до лечения у больных I группы в среднем составляло $9,1 \pm 1,39$, II— $8,6 \pm 1,17$, III— $7,61 \pm 0,87$ мин. После проведенного лечения эти показатели оказались следующими: в I группе $11,3 \pm 1,39$ ($P < 0,05$) в сравнении с исходным фоном, во II— $16,4 \pm 0,94$, ($P < 0,0001$), в III— $10,7 \pm 0,87$ мин ($P < 0,02$). Таким образом, различия между временем восстановления рН среды желудка до и после лечения оказались достоверными во всех трех группах. Полученные сдвиги свидетельствуют об уменьшении интенсивности кислотообразования в области тела желудка, особенно у больных II группы, где щелочное время увеличилось в среднем на 7,8 минут. Однако указанный показатель не достиг нормы, что говорит о сохранении избыточной активности кислотообразования желез желудка, весьма характерного для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и очень трудно поддающегося коррекции.

Таким образом, сравнение результатов рН-метрии трех различных групп показало, что фонопунктура интенсивностью $0,2 \text{ Вт/см}^2$ обладает более выраженным корригирующим влиянием на кислотообразующую и кислотонейтрализующую функции желудка, способствует лучшему ощелачиванию дуоденальной среды, создавая условия для заживления язвенного дефекта.

НИИ курортологий и физиотерапии
им. А. А. Акопяна МЗ АрмССР

Поступила 22/III 1987 г.

Կ. Ս. ՇԱՀԻՅԱՆ, Է. Հ. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ, Պ. ՅԱ. ԳԱՊՈՆՅՈՒԿ, Բ. Գ. ԽԵՄՉՅԱՆ.

ՖՈՆՈՊՈՆԿՏՈՐԻԱՅԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԳԱՍՏՐՈՂՈՂՆԵՍԱԼ ՐԻՄՏՐԻԱՅԻ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ՎՐԱ ՏԱՍՆԵՐԿՈՒՄԱՏՆՅԱ ԱՂՈՒ ԽՈՑԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ներկայացված են գաստրոդուոդենալ ՐԻ-մետրիայի արդյունքները տասներկուամյա աղու խոցային հիվանդների մոտ ֆոնոպոնկտորայի անընդմեջ ռեժիմի $0,05 \text{ Վատ/սմ}^2$, $0,2 \text{ Վատ/սմ}^2$, $0,4 \text{ Վատ/սմ}^2$ ինտենսիվությամբ պայմաններում:

Նրեք խմբերի համեմատական անալիզը ցույց է տվել, որ ֆոնոպոնկտորայի $0,2 \text{ Վատ/սմ}^2$ ինտենսիվության պայմաններում օժտված է առավել արտահայտված կարգավորող ազդեցությամբ ստամոքսի թթվայնագոյացման և թթվայնաչեղճացման ֆունկցիայի վրա, վերականգնում է տասներկուամյա աղու հիմնայնացման պրոցեսները, որը և ստեղծում է բարենպաստ պայմաններ խոցային դեֆեկտի վերականգնման համար:

K. S. SHAHINIAN, E. G. GRIGORIAN, P. Ya. GAPONYUK, B. G. KHEMCHIAN
EFFECT OF PHONOPUNCTURE ON THE INDICES OF
GASTRODUODENAL pH-METRY IN PATIENTS WITH
DUODENAL PEPTIC ULCER

It is shown that phonopuncture of the constant regimen has an expressed correlative effect on the acid-forming and acid-neutralizing functions of the stomach, reduces the duodenal acid-neutralizing function, creating the conditions for the healing of the ulcerous defect.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Дуринян Р. А., Логинов А. С., Осипова Н. Н., Мельникова М. Н. Тер. архив, 1982, 2, с. 41.
2. Лея Ю. Я. Исследование кислотообразования в желудке. М., 1976.
3. Линар Б. Ю. Кислотообразовательная функция желудка в норме и патологии. Рига, 1968.
4. Рычагов Г. П., Фурсова Е. П. Сов. мед., 1985, 12, с. 20.
5. Серебряна Л. А., Мавродий В. М., Гандзян С. П., Кривошеенко Л. П. Сб. тр. ЦНИИ гастроэнтерологии. М., 1985, с. 83.
6. Тилумджян Л. С., Гладышева Л. М. Сб. тр. Рязанского мед. института, т. 83. Рязань, 1984, с. 76.
7. Улащик В. С., Чиркин А. А. Ультразвуковая терапия. Минск, 1983.
8. Фомина Т. В. Актуальные вопросы электролечения и ультразвуковой терапии. Минск, 1983, с. 82.
9. Kajdos V. Amer. J. Acup., 1977, 5, 277.
10. Khse Wl. J. Jap. Acupunct. a. Moxib., Soc., 1979, 27, 2, 192.

УДК 616.351—08

Л. А. КЦОЯН, Г. С. КАРГАНЯН, Д. И. ЭЛОЯН

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ
ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ТОЛСТОЙ КИШКИ

Изучен уровень сывороточных иммуноглобулинов классов G, A, M у больных с воспалительными и функциональными заболеваниями толстой кишки. Выявленные достоверные сдвиги в уровне IgA могут быть учтены при дифференциальной диагностике этих заболеваний.

На сегодня роль иммунологических расстройств в патогенезе воспалительных заболеваний кишечника очевидна [3, 5]. В литературе имеются работы по оценке гуморального [1, 10] и клеточного [2, 5, 6, 8, 9] звеньев иммунитета при воспалительных заболеваниях толстой кишки. Однако данные по этому вопросу немногочисленны и разноречивы.

Цель настоящей работы состояла в определении уровня Т-лимфоцитов и сывороточных иммуноглобулинов классов G, A, M у больных с воспалительными и функциональными заболеваниями толстой кишки в период обострения и выявлении взаимозависимости содержа-