

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Уральский государственный ордена Трудового Красного Знамени
медицинский институт

На правах рукописи
УДК 616.3-07:612.654

Альтман Никита Сергеевич

Аурикулоскопия как скрининг-диагностика
хронической гастродуоденальной патологии у детей

14.00.09 – педиатрия

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель
доктор медицинских наук,
профессор А.М.Чередниченко

Научный консультант
доктор медицинских наук,
профессор Б.Г.Юшков

Екатеринбург
1993

Оглавление

	стр
Введение	4
Глава 1. Обзор литературы	9
1.1. Хронические заболевания гастродуоденальной зоны у детей. Клиника и диагностика. Скрининг-методы в диагностике этих заболеваний. Лечение и реабилитация больных	9
1.2. Исторические аспекты аурикулодиагностики висцеральной патологии в практике врачей-терапевтов и педиатров	15
1.3. Биоэлектромагнитная реактивность тканей (БЭМРТ) и серотонин – диагностическая значимость исследования у больных	18
1.4. Иглорефлексотерапия, физиологические аспекты ее применения, использование у больных с висцеральной патологией	21
Глава 2. Объем и методы исследования. Методика аурикулоскопии у обследуемых детей. Показатели БЭМРТ ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, содержание серотонина в крови у детей контрольной группы	27
Глава 3. Клиническая характеристика наблюдаемых детей	43
Глава 4. Результаты морфологического исследования слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у наблюдаемых больных	63
4.1. Результаты эндоскопического исследования слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки	63
4.2. Результаты гистологического исследования слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки	71
Глава 5. Показатели БЭМРТ ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, содержание серотонина в крови у наблюдаемых больных – их	

патогенетическое значение	79
5.1. Показатели БЭМРТ ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки у детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны	79
5.2. Содержание серотонина в крови у наблюдаемых детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны	84
Глава 6. Опыт микроиглотерапии в системе реабилитации больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны	91
Обсуждение результатов проведенных исследований	103
Выводы	114
Практические рекомендации	116
Указатель литературы	117

ВВЕДЕНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Актуальность настоящего исследования обусловлена широким распространением хронических заболеваний гастродуоденальной зоны у детей, характеризующихся рецидивирующим течением. Достижимая при лечении этих больных ремиссия отличается кратковременностью и нестабильностью, что требует поиска более эффективных лечебно-профилактических мероприятий (Мазурин А.В., Запруднов А.М., 1984; Новик А.В., 1985; Григорьев К.И., 1991). Использование эндоскопических методов значительно расширило диагностические возможности и позволило как на догоспитальном, так и на клиническом уровне верифицировать характер заболевания гастродуоденальной зоны (Долецкий С.Я. с соавт., 1984, Гринберг В.Я., Лившиц Е.Г., 1990).

Являясь в настоящее время достаточно информативным диагностическим приемом, эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта (гастродуоденоскопия) не может широко использоваться при эпидемиологическом обследовании детей для выявления заболеваний гастродуоденальной зоны, а применяется только в специализированных детских отделениях поликлиники или стационара. Следует учитывать также, что возросла опасность распространения инфекционных заболеваний (вирусного гепатита, геликобактериоза, ВИЧ-инфекции и др.) и появления осложнений при использовании инструментального обследования в педиатрической практике.

В связи с изложенным и в целях раннего выявления хронических заболеваний гастродуоденальной зоны совершенно очевидной становится необходимость внедрения неинвазивных и скрининг-методов диагностики, позволяющих не только ограничивать показания к эндоскопическому обследованию, но и осуществлять контроль за эффективностью проводимых лечебных мероприятий. Разработка и внедрение простых, не требующих специального оборудования методов диагностики, которые врач мог бы использовать в любых условиях – одна из важнейших проблем современной программы профилактики прогрессирования хронических заболеваний гастродуоденальной зоны и в ряде случаев – инвалидизации детей. В этом отношении представляется перспективным метод, основанный на исследовании сигнальной функции экстерорецептивных зон и полей. К такой экстерорецептивной зоне относится кожа ушной раковины (Табеева Д.М., 1980).

Еще P. Nogier, 1969 (цит. по Табеевой Д.М., 1980) выдвинул гипотезу, согласно которой тело человека проецируется на ушной раковине так же, как и в коре головного мозга. В дальнейшем этим автором была разработана топография точек и зон в области ушной раковины, являющихся проекциями определенных частей тела, позвоночника, конечностей, внутренних и эндокринных органов, органов чувств. Была определена и зона расположения желудка и двенадцатиперстной кишки. Ею является ножка завитка и чаша ушной раковины.

Ушная раковина с ее богатой иннервацией и васкуляризацией является мощной сенсорной зоной, воспринимающей раздражения, исходящие из патологически измененных органов (Квирчишвили В.И., 1972, Вельховер Е.С., 1973) и реагирует на эти раздражения в виде появления болевой чувствительности (висцеральные зоны гипералгезии) и изменения сосудистого рисунка кожи ушной раковины (Балабан Я.М., Гохман А.С., 1976). Однако этот вопрос совершенно не изучен в педиатрии, в том числе и в детской гастроэнтерологии.

Заболевания гастродуоденальной зоны у детей имеют, как правило, многолетнее, хроническое течение с вероятностью прогрессирования морфологических изменений в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки (Волков А.И., 1986). Традиционные методы медикаментозной терапии больных в виде использования препаратов-антацидов, репаратанов и др. в ряде случаев недостаточно эффективны и могут вызвать побочные явления в виде повышения ферментообразования и кислотообразующей активности желудка (Григорьев К.И., 1991, Васадзе Р.Г., 1991). Поэтому в настоящее время ведутся поиски эффективных методов немедикаментозной терапии, к которым относится диетотерапия, физио- и бальнеотерапия, фитотерапия. Известны отдельные публикации по использованию иглорефлексотерапии у детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны (Хорунжий Г.В., Панова И.В., 1991), в том числе и при проведении противорецидивного лечения (Васадзе Р.Г., 1991). Однако в настоящее время этот метод не нашел еще достаточно широкого применения в системе реабилитационных мероприятий больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: установить диагностическую значимость аурикулоскопии и использовать этот метод диагностики при анализе эффективности микроиглотерапии у больных с хронической гастродуоденальной патологией.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Дать клиническую характеристику больным хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны в периоде обострения и ремиссии в сопоставлении с результатами аурикулоскопии
2. Провести эндоскопическое обследование больных и гистологическое исследование слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и сопоставить данные с результатами аурикулоскопии
3. Исследовать БЭМРТ ушной раковины в проекции гастродуоденальной зоны у наблюдаемых больных
4. Изучить показатели серотонина крови в периоде обострения хронических заболеваний гастродуоденальной зоны и в динамике наблюдения за больными в сопоставлении с данными аурикулоскопии
5. Провести анализ эффективности микроиглотерапии как метода реабилитации детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны в сопоставлении с данными аурикулоскопии

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Впервые в педиатрической практике проведена аурикулоскопия у больных с хронической гастродуоденальной патологией, имеющей манифестные клинические признаки либо атипичное, малосимптомное течение. Показано, что в периоде обострения язвенной болезни, хронического гастрита и гастродуоденита у детей на коже передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки становятся доступными визуальному осмотру сосуды в виде их древовидного расширения. Отмечена динамичность изменения окраски сосудистого рисунка в зависимости от периода течения хронической гастродуоденальной патологии: от яркокрасной при обострении до фиолетовой и голубой при клинической и клинико-эндоскопической ремиссии.

На большом фактическом материале эндоскопического обследования больных и в ряде случаев - гистологического исследования слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки объективно подтверждена достоверность скрининг-теста и правомочность его использования в практике врача-педиатра.

Впервые получены ранее неизвестные данные о БЭМРТ ушной раковины в проекции гастродуоденальной зоны у больных язвенной болезнью, хроническим гастритом и гастродуоденитом в сопоставлении с практически здоровыми детьми.

У больных с хронической гастродуоденальной патологией найдено повышение уровня серотонина в крови, являющегося, наряду с другими биогенными аминами, показателем активности клеток АПУД-системы. Высказано предположение о роли повышения БЭМРТ и гиперсеротонинемии в механизме появления сосудистого рисунка кожи ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, доступного визуальному осмотру. Выявленный аурикулоскопический признак объясняется нарушением микроциркуляции, вазодилатационным эффектом повышенной БЭМРТ и вазоактивным влиянием избыточного уровня серотонина на терминальную артериальную и венозную сосудистую сеть.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАБОТЫ

В систему диспансеризации внедрена аурикулоскопия – скрининг-тест, с помощью которого можно диагностировать хронические заболевания гастродуоденальной зоны у детей, стадийность их течения (обострение, ремиссия), не проводя эндоскопическое обследование. Можно также прогнозировать обострения заболеваний этой локализации, т.е. диагностировать их до появления жалоб на боли в животе и диспепсические расстройства. Использование такого простого признака как наличие и выраженность сосудистого рисунка кожи ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки может способствовать раннему выявлению больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны, что особенно ценно при массовых обследованиях детей. Детей с такими симптомами необходимо обследовать в специализированном отделении.

В систему реабилитации больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны внедрен новый метод рефлексотерапии – микроиглотерапия. Проведением микроиглотерапии в ряде случаев удается предупредить появление полного клинического симптомокомплекса обострения хронических заболеваний гастродуоденальной зоны и таким образом продлить клиническую ремиссию, не используя медикаментозную терапию.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ

Скрининг-тест диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной зоны внедрен в работу специализированного отделения детской многопрофильной больницы № 9 и городского гастроэнтерологического центра. Материалы работы изложены в печати, что

имеет значение для внедрения в практическую медицину. Результаты проведенных исследований и основные выводы работы включены в программу обучения клинических ординаторов и учебный план педиатров - слушателей факультета усовершенствования врачей Уральского государственного медицинского института.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ И ПУБЛИКАЦИИ

Основные положения работы доложены на I и II областных медицинских научно-практических конференциях молодых ученых и специалистов (Свердловск, 1987, 1988), годичной научной сессии СГМИ (1989), на III и IV годичных научно-практических конференциях городской детской многопрофильной больницы N 9 и кафедр СГМИ (1990, 1991), республиканской конференции по эндоскопическим исследованиям (Москва, 1992), научно-практической конференции "Реабилитация детей с различными соматическими заболеваниями" (Петрозаводск, 1992).

По материалам диссертации опубликовано 7 научных работ.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, выносимые на защиту:

1. Аурикулоскопия - достаточно информативный тест и его можно использовать в качестве скрининг-диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной зоны у детей
2. Диагностическая достоверность визуализации сосудистого рисунка кожи ушной раковины подтверждается данными эндоскопического обследования больных, повышением БЭМРТ ушной раковины в проекции гастродуоденальной зоны и избыточным содержанием серотонина в крови
3. Микроиглотерапия является эффективным методом реабилитации детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны, что можно подтвердить данными аурикулоскопии

Глава 1. Обзор литературы

1.1. Хронические заболевания гастродуоденальной зоны у детей. Клиника и диагностика. Скрининг-методы в диагностике этих заболеваний

Хронические заболевания гастродуоденальной зоны у детей - хронический гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь - широко распространены, характеризуются длительным, рецидивирующим течением с периодами обострения и клинической ремиссии (Мазурин А.В., Запруднов А.М., 1984; Запруднов А.М., 1985; Новик А.В., 1993). Их возникновение и развитие связано с большой группой экзо- и эндогенных факторов, среди которых подчеркивается значимость алиментарных и неврогенных факторов, глистной инвазии, паразитозов, роль ацидопептического повреждения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и др. (Пайков В.Л., Соколова М.Н., 1974. Лившиц Е.Г. с соавт., 1976; Волков А.И., 1986; Новик А.В., Середа В.М., 1990).

Хронические заболевания гастродуоденальной зоны могут быть первичными, связанными с токсико-инфекционными и токсико-аллергическими повреждениями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, и вторичными, обусловленными вовлечением в патологический процесс желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне хронических заболеваний гепатобилиарной системы, поджелудочной железы и кишечника (Кравченко Л.И., Иванов А.И., 1978; Апостолов Б.Г. с соавт., 1980; Парамонов А.А. с соавт., 1982; Дорофеев Г.И., Чспенский В.М., 1984; Гершман Г.Б., Боксер В.О., 1986).

Клинические проявления хронических заболеваний гастродуоденальной зоны у детей многообразны. В периоде их обострения больные жалуются на боли в животе. Последние, как правило, локализуются в пилородуоденальной зоне (у больных хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью) и в эпигастральной области (у больных хроническим гастритом, гастродуоденитом и реже - язвенной болезнью). Боли в животе в ряде случаев носят характер приступообразных, возникают перед едой и исчезают после приема пищи - мойнигановский ритм боли (у больных хроническим гастродуоденитом и гастритом с повышенной кислотообразующей активностью) или уменьшаются в своей интенсивности (у больных язвенной болезнью). Наряду с этим выявляются боли другого характера - длительные, малоинтенсивные, не имеющие строгой периодичности и локализации,

усиливающиеся натошак, после употребления грубой и острой, жареной и жирной пищи (Spiro H., 1974; Воробьев Л.П., Скачкова Н.П., 1977; Лившиц Е.Г. с соавт., 1977; Мазурин А.В. с соавт., 1979; Мазурин А.В., Запруднов А.М., 1986; Новик А.В. с соавт., 1991). Наряду с болями в животе, у больных с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны в периоде обострения выявляются диспепсические расстройства в виде тошноты, отрыжки и периодической рвоты кислым желудочным содержимым, изжоги (признаки ацидоза), а также дисфункции кишечника в виде запоров, периодических поносов, чередования запоров и поносов (Scott B.N., Losowsky M.S., 1976; Domschke W. et al., 1977; Лукьянова Е.М., 1978; Мазурин А.В. с соавт., 1979; Переслегина И.А., Жукова Е.А., 1991).

Указанной клинической симптоматике обострения хронического гастрита, гастродуодина, язвенной болезни сопутствуют общевротические расстройства, проявляющиеся жалобами на недомогание, периодическую слабость, сонливость. В ряде случаев, напротив, у больных обнаруживаются психоэмоциональное возбуждение, агрессивность, тревожный сон, плаксивость и др. симптомы, указывающие на дисфункции вегетативной нервной системы различной степени выраженности (Haight J.R., 1972; Колосова О.А., 1983; Комаров Ф.И. с соавт., 1984; Кубергер М.Б. с соавт., 1990; Хорунжий Г.В., Панова И.В., 1991). Противоречивые данные литературы свидетельствуют о том, что клиническая картина обострения хронических заболеваний гастродуоденальной зоны отличается многоликостью симптомов, в связи с этим дифференциальная диагностика их нередко затруднена, что прогностически неблагоприятно.

Согласно классификации (Мазурин А.В., Запруднов А.М., 1984), хронические заболевания гастродуоденальной зоны характеризуются циклическим течением, т.е. чередованием периодов обострения и ремиссии. Если обострение заболеваний указанной локализации сопровождается появлением жалоб на боли в животе и диспепсические расстройства, то в периоде клинической ремиссии перечисленные жалобы исчезают, но сохраняется болезненность при пальпации живота в пилородуоденальной и эпигастральной области. По данным некоторых авторов (Чередниченко А.М. с соавт., 1983), указанная клиническая симптоматика держалась не менее 2 лет после обострения (неполная клиническая ремиссия), а у многих больных боли в животе возобновлялись без видимых причин или после интеркуррентных заболеваний, что указывало на нестабильность клинической ремис-

сии у больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны.

Вопросы диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной зоны привлекают внимание врачей-педиатров и гастроэнтерологов. О сложности проведения их дифференциальной диагностики на основе жалоб и клинических симптомов свидетельствует большой процент расхождения (больше 40% по некоторым данным) поликлинических и клинических диагнозов (Геллер Л.Н., 1982; Исаева Л.А., Климанская Е.В., 1986; Кубергер М.Б. с соавт., 1991). До недавнего времени в педиатрической практике с диагностической целью широко использовалось рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. На наличие рентгенологических признаков гастрита и дуоденита указывают деформации рельефа слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в виде утолщения или сглаженности складок слизистой оболочки, нарушения тонуса этих органов, а также их моторно-эвакуаторной функции (Тагер И.Л., Филиппкин М.А., 1974; Батенькова Ю.В., 1977; Куршин М.А. с соавт., 1979; Хавкин А.И., 1991).

В настоящее время рентгенологические исследования при заболеваниях гастродуоденальной зоны у детей уступают эндоскопической (гастродуоденоскопия) диагностике заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Накоплен достаточно обширный материал по эндоскопической диагностике в педиатрии, о чем свидетельствуют данные Всесоюзной и республиканской научно-практической конференции "Актуальные вопросы эндоскопии в педиатрии" (3-4 апреля 1990 г., г. Горький, 7-8 мая 1991 г., Москва). Благодаря применению эндоскопии улучшилась выявляемость и диагностика хронического гастрита и дуоденита, представилось возможным описать различные морфологические формы поражения желудка и двенадцатиперстной кишки (поверхностный, гипертрофический, субатрофический, смешанный гастродуоденит), уточнить локализацию язвы (желудок, луковица двенадцатиперстной кишки, постбульбарный отдел, двойная локализация) и проследить фазность течения язвенной болезни от стадии свежей язвы до клинико-эндоскопической ремиссии (Cadranel S. et al 1977; Burdelski M., Nuchzermeyer H., 1979; Мазурин А.В., Запруднов А.М., 1984; Далецкий С.Я. с соавт., 1984; Зернов Н.Г. с соавт., 1984; Александрова В.А., Приворотский В.Ф., 1990; Кулик Н.Н. с соавт., 1990; Ипатов Ю.П., Обрядов В.П., 1990).

Эндоскопический метод исследования уступает рентгенологическому в оценке двигательной активности желудка и двенадцатиперст-

ной кишки, но более информативен в выявлении изменения структуры слизистой оболочки.

Исчерпывающую информацию о характере поражения может дать гистологическое исследование слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, получаемое при прицельной биопсии. Согласно классификации, принятой в педиатрической практике (Мазурин А.В., Запруднов А.М., 1984), по данным гистологического исследования слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки выделяется поверхностный, диффузный без атрофии слизистой оболочки, субатрофический и атрофический гастродуоденит. Предприняты попытки провести сопоставления тяжести клинических проявлений поражения гастродуоденальной зоны с морфологическими формами этой локализации, но параллелизма не получено. Так, при поверхностном гастродуодените, трактуемом некоторыми авторами (Апостолов Б.Г. с соавт., 1980) как функциональные расстройства желудка и двенадцатиперстной кишки, в ряде наблюдений отмечалась выраженная болевая симптоматика и диспепсические расстройства, в то время, как у больных с суб- и атрофическими формами гастродуоденита клинические проявления болезни, в частности, боли в животе не имели отчетливо выраженного характера. Последнее в большинстве случаев привело к поздней обращаемости родителей и ошибочной диагностике.

В настоящее время рентгенологический метод диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной зоны у детей применяется значительно реже, чем 10-20 лет назад. Это в определенной мере связано с необходимостью ограничения лучевой нагрузки на детей в ныне существующей неблагоприятной экологической ситуации. В последнее десятилетие в педиатрическую практику активно внедряются эндоскопические методы исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта без предварительного рентгенологического исследования (Исаева Л.А., Климанская Е.В., 1986). Создан Всероссийский детский научно-методический центр и диагностический центр эндоскопии при кафедре детских болезней Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова. Проведена вторая научно-практическая конференция по актуальным вопросам эндоскопии в педиатрии, материалы которой свидетельствуют об активном внедрении эндоскопии с целью диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей различного возраста, включая и новорожденных.

В то же время для изучения эпидемиологии хронических заболеваний органов пищеварения, в частности, гастродуоденальной зоны

и обследования большого контингента детей гастродуоденоскопия не приемлема: для проведения ее требуются специализированные отделения в стационаре или в поликлинике. Крайне затруднительно, по разным причинам, использование гастродуоденоскопии в динамике наблюдения за больными детьми, а также в качестве контроля за эффективностью проводимого лечения и реабилитации. Следует отметить, что диагностическая информативность гастродуоденоскопии возможна только при умелом и качественном ее проведении, т.е. требует высокой профессиональной подготовки врача-эндоскописта. Но даже при соблюдении этих условий, как показывает наш опыт (Синявская и соавт., 1984) и данные, приводимые другими авторами (Berry L.H., 1974, Долецкий С.Я., Стрекаловская В.П. и др., 1984; Дорофеев Г.П., Успенский В.М., 1984; Волков А.И., 1986), возможны диагностические ошибки.

Современные гастродуоденоскопы с тонковолоконной оптикой (японской фирмы "Olimpus") имеют биопсионное устройство, с помощью которого можно провести прицельную биопсию одного или нескольких участков слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и получить препарат для ее гистологического исследования. Однако в практике педиатра-гастроэнтеролога указанный диагностический прием используется крайне редко, чем в определенной мере объясняется необходимость повторного эндоскопического обследования больных.

Следует учитывать также, что при проведении гастродуоденоскопии, как и при всех инвазивных инструментальных методах обследования больных, не исключается вероятность распространения инфекции - гепатита, геликобактериоза, ВИЧ-инфекции и др.

Все вышеизложенное требует решения вопроса применения в педиатрической практике, особенно при проведении массовых осмотров детей и больных в период их реабилитации, неинвазивных методов, а также скрининг-тестов диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной зоны.

Среди скрининг-тестов известно применение ацидотеста, с помощью которого представляется возможным судить о характере кислотообразующей активности желудка - нормоцидность, гипо-, гиперсекреция соляной кислоты. Ацидотест удобен в педиатрической практике, поскольку объектом исследования является моча больного. Однако глубоких исследований, касающихся динамического наблюдения за больными с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны и

контроля за секреторной активностью желудка с помощью ацидотеста в доступной нам литературе мы не встретили.

К числу неинвазивных методов диагностики заболеваний желудка и двенадциперстной кишки относится иридодиагностика. Первые публикации о применении иридодиагностики относятся к концу 70 - началу 80 годов (Bodoch A. et al, 1973; Bourdiol R.S., 1975; Desk J., 1975; Asai D., 1980). В дальнейшем накопленный опыт научных исследований был изложен в различных сборниках научных работ, журнальных статьях и монографиях (Алексеев В.Ф., 1981; Вельховер Е.С. с соавт., 1981; Ромашов Ф.Н. с соавт., 1986), где указывается на иридологические изменения при гастритах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также при новообразованиях желудка. Представилось возможным изложить физиологическую сущность иридологических изменений. По мнению указанных авторов, она заключается в возбуждении рефлекторных сигнальных систем с последующим движением сигналов от пораженных патологическим процессом органов через висцероиридалные нервные пути к периферическим рецепторам глаз. Иридологические знаки по своей природе неспецифичны. Они свидетельствуют о наличии, возможно, о глубине поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, но не об этиологии заболеваний.

На основании клинико-иридологических сопоставлений авторами была разработана топографическая карта проекционных зон желудка и двенадцатиперстной кишки на радужной оболочке глаз. По мнению перечисленных выше авторов, такая карта в ряде случаев может стать существенным дополнением при экспресс-диагностике в хирургических стационарах и использована при диспансеризации и массовых обследованиях больных с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки.

Нам известны попытки проводить иридодиагностику заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Однако литературными публикациями, касающимися этого вопроса, мы не располагаем.

Высокий уровень распространенности гастроэнтерологических заболеваний (100-110 на 1000 детского населения), тенденция к росту этого показателя определяет необходимость ранней, доклинической диагностики их. Среди скрининговых методик для специализированного обследования детей, наряду с уже названными, заслуживает внимания дистанционная термография, диагностические возможности которой доказаны во многих отраслях медицины (Шадрин

С.А., Харитонов Л.А., 1991). Сущность термографии состоит в получении изображения поверхности тела человека путем регистрации инфракрасного излучения, испускаемого самим телом. Термография позволяет по минимальным перепадам температуры на поверхности тела судить о функциональном состоянии внутренних органов и выявить очаги воспаления. У больных хроническим гастритом и гастродуоденитом в фазе обострения появляется зона повышенного инфракрасного излучения в эпигастральной области с распространением на правое и левое подреберье, что и наблюдается на термограммах. Термографическая картина живота у детей, страдающих язвенной болезнью, характеризуется появлением очагов гипертермии пятнистого характера в пилорoduodenальной зоне и околопупочной области справа.

Опыт использования термографии в педиатрической практике, в частности, у больных хроническими заболеваниями органов пищеварения нашел отражение в методических рекомендациях, журнальных статьях, диссертационных работах (Харитонов Л.А., 1988; Шадрин С.А., Харитонов Л.А., 1989; Шадрин С.А., 1990), однако широкого распространения в настоящее время не получил.

На основании приводимых данных мы заключили, что в настоящее время практическая гастроэнтерология располагает опытом использования скрининг-методов диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной зоны, в том числе и у детей. В то же время они не получили широкого распространения и дети по-прежнему очень часто подвергаются рентгеновскому и эндоскопическому обследованию.

1.2. Исторические аспекты аурикулодиагностики висцеральной патологии в практике врачей-терапевтов и педиатров

Привлекают внимание немногочисленные данные литературы, касающиеся аурикулодиагностики висцеральных поражений. P. Nogier, 1969 (цит. по Д.М. Табеевой, 1980) выдвинул гипотезу, согласно которой ухо напоминает по своему виду эмбрион, находящийся в утробе матери, а дуга противозавитка наружного уха соответствует позвоночному столбу. Акупунктурные точки на ушной раковине расположены строго закономерно. Название точек дается в соответствии с их связью или влиянием на определенный внутренний орган или его фун-

кцию. Название некоторых точек соответствует названию заболевания внутреннего органа, принятому как в современной, так и в китайской медицине, например, точка гепатита, точка цирроза печени. Некоторые точки имеют традиционные китайские названия: тай-ян ("солнце"), шень-мень ("ворота воздуха") и т.д.

По данным некоторых авторов (Гаваа Лувсан, 1986, 1991), активные акупунктурные точки на ушной раковине выявляются лишь при наличии в организме патологического процесса. Они служат для диагностики заболеваний. Как указывает этот автор, изменение чувствительности акупунктурных участков кожи ушной раковины можно выявить до видимых клинических проявлений болезни. Точки и зоны повышенной чувствительности (гипералгезии), имеющие вполне определенную локализацию, исчезают после выздоровления больного (Портнов Ф.Г., 1982; Песиков Я.С., 1982; Песиков Я.С., Рыбалко С.Я., 1990).

Точка на наружном ухе - это, как установлено, небольшой участок кожи, имеющий определенные физические и физиологические характеристики. В частности, по данным электросопротивления, область точки приблизительно составляет 0,2 мм. У детей точка наминает "кнопку" и на поверхности кожи площадь ее составляет 2-3 мм. С возрастом, когда происходит дифференциация органов и систем, меняется и форма точки. Она приобретает вид веретена с диаметром в активной части 0,5 мм. Электрофизиологическими исследованиями было установлено, что акупунктурные точки ушной раковины характеризуются более низким сопротивлением постоянному току, более высоким электрическим потенциалом, повышенной болезненностью по сравнению с соседними точками и зонами. Е.С.Вельховер (1973), определяя показатели электропроводности в проекционных точках ушной раковины, обнаружил, что у здоровых людей они представляют собой постоянную величину. Совершенно иначе выглядят показатели электропроводности в проекционных точках ушной раковины у больных людей. Они, как правило, были изменены, причем степень этих изменений коррелировала со степенью выраженности патологического процесса. По данным этого и других авторов (Bischko j, 1976; Oleson T.D. et al, 1980; Gleditsch j, 1986), изменения электропроводности в ряде проекционных точек ушной раковины нередко регистрировалось задолго до появления клинических признаков заболеваний висцеральных органов.

По данным древневосточной литературы, при различных заболева-

ниях внутренних органов часто наблюдаются изменения в определенных зонах ушной раковины. Например, изменение цвета кожи, появление изъязвлений, водяных пузырьков и т.д. У некоторых больных, страдающих язвенной болезнью, в области точки желудка появляется маленький, округлой формы бугорок, а после резекции желудка - маленький серповидный рубец в виде белой или красной полоски (Табеева Д.М., 1980). При заболеваниях гениталий, колите, цистите, нефрите в соответствующих точках ушной раковины появляется сыпь. При острых воспалительных процессах описаны точкообразные, пластинчатообразные, глянцевоподобные ареолы в этих точках или их гиперемия, а при хронических - точки белого цвета, пластинки, углубления и возвышения в акупунктурных зонах. Очень часто при различных заболеваниях в соответствующих точках ушной раковины возникает боль при надавливании. Такие изменения обычно появляются на одноименной с патологическим процессом стороне или с двух сторон, очень редко - с противоположной. На изменения кожи уха указывают специалисты в области коронарной патологии. Так, S.Frank, 1975, затем S.Kaukola, 1978 (цит. по Веселову В.В., 1987), впервые описали наличие диагональной складки на коже мочки уха у больных с коронарной недостаточностью и отнесли этот признак к внесердечным признакам, связанным с коронарной болезнью сердца. "Этот признак тесно связан с присутствием угрожающего жизни заболевания и не должен быть пропущен всеми, кто заинтересован в клинических исследованиях," - утверждает видный американский кардиолог O.Paul. Высокая степень информативности диагональной складки на мочке уха найдена в диагностике ишемической болезни сердца (Веселов В.В., 1987). По мнению указанного автора, обнаружение диагональной складки на мочке уха пригодно при массовом обследовании населения как скрининг-тест для выявления лиц с возможной ишемической болезнью сердца.

Ушная раковина представляет собой орган, который имеет обильное кровоснабжение за счет задней ушной артерии, поверхностной височной артерии и ветвей внутренней челюстной артерии. Кровь с ушной раковины собирается в поверхностную височную и заднюю ушную вены, которые обычно идут вместе с артериями. Так же богата и иннервация ушной раковины, осуществляемая большими ушными, малым затылочным, тройничным нервами, нервными окончаниями смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов. Именно богатством кровоснабжения и иннервации кожи ушной раковины

объясняются изменения ее окраски - гиперемия, побледнение в соответствующих зонах в случае возникновения острого и обострения хронического воспалительного процесса (Портнов Ф.Г., 1982; Богданов Н.Н., 1984; Иванов В.А., 1989; Ищенко А.И. с соавт., 1990).

На основании изложенных материалов мы заключили, что все авторы, использующие аурикулодиагностику висцеральной патологии, единодушны во мнении, что она относится к числу достаточно информативных, важных, легко доступных для врача скрининг-тестов. Не подменяя рентгенологическое и эндоскопическое обследование, назначаемое больным по показаниям, аурикулодиагностика приобретает особую значимость в педиатрической практике, поскольку остается актуальной стратегическая программа массовых профилактических осмотров детей с целью раннего выявления хронических заболеваний гастродуоденальной зоны. Мы располагаем опытом аурикулодиагностики гастродуоденальной патологии (Альтман Н.С. с соавт., 1992), о чем будет изложено в последующих главах работы.

1.3. Биоэлектромагнитная реактивность тканей (БЭМРТ) и серотонин - диагностическая значимость исследования у больных

Биоэлектромагнитная реактивность тканей (БЭМРТ) основана на действии физико-химических законов, согласно которым всякие биологические объекты излучают и поглощают электромагнитное поле, а также формируют собственный ответ-сигнал на воздействие электромагнитного поля (Судаков К.В., 1984; Баньков В.И., 1988; Баньков В.И. с соавт., 1992).

Поглощение энергии электромагнитного поля тканями происходит неравномерно и зависит от их диэлектрических свойств. Например, в тканях с высоким содержанием воды - мышцы, кожа, кровь - поглощение энергии велико и поэтому БЭМРТ выше, чем в тканях с низким содержанием воды - кость, где коэффициент поглощения энергии на порядок ниже и БЭМРТ, соответственно, меньше (Иванов-Муромский К.А., 1977; Adey W.R., Торопцев И.В., Таранов С.В., 1982; Пирузян Л.А., Кузнецов А.Н., 1983; Arbez S., 1986).

Научные исследования, в которых приводятся результаты изучения БЭМРТ с диагностической целью, единичны. Так, известен опыт использования показателей БЭМРТ для оценки тяжести ишемии у боль-

ных с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей (Бурлева Е.П., 1986). Была обследована большая группа испытуемых, у которых измерялись параметры БЭМР в контрольных точках, расположенных преимущественно в мягких тканях верхних и нижних конечностей, в области лодыжек и на пальцах стопы, в области коленного сустава и гребня большеберцовой кости. Высокие уровни БЭМР обнаружены в области мышц и проекции поверхностно расположенных магистральных сосудов. Низкие показатели БЭМР зарегистрированы в области кости. У больных с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей, при выраженной ишемии разница в показателях БЭМР между мышцей и костью отсутствовала, что, по мнению указанного автора, свидетельствовало о снижении активного поглощения магнитного излучения мышечной тканью. Значительные изменения периферического кровотока, микроциркуляции и метаболической активности приводят к снижению поглощения тканями импульсного электромагнитного излучения, что проявляется снижением показателей БЭМРТ (Бурлева Е.П., 1986; Баньков В.И. с соавт., 1992). Другими публикациями по использованию показателей БЭМР в диагностических целях мы не располагаем, хотя с нашей точки зрения, определение БЭМРТ весьма перспективно и в педиатрической практике: дети имеют особенности кровоснабжения кожи и др. тканей, присущие детскому возрасту, у детей более поверхностно располагается периферическая кровеносная сосудистая сеть, в силу чего изменения поглощения магнитного поля излучения тканями могут быть более выраженными и диагностически значимыми.

Серотонин - биогенный моноамин широкого спектра действия является продуктом деятельности гастроэнтеропанкреатической, эндокринной (паракринной) системы. Клетки этой системы выделяют свое содержимое - биогенные амины и (или) пептидные гормоны непосредственно в кровеносную систему (эндокринная секреция) или в интерстициальное пространство (паракринный путь секреции), через которое осуществляется воздействие на соседние клетки-мишени и чувствительные нервные окончания (Furness J.B., Costa M., 1974; Amaral D.G., Sinnamon H.M., 1977; Cooper J.R., Bloom F.E., 1978; Gilman et al, 1980; Шахламов В.А., Макарь В.И., 1985). Исследованиями многих ученых было установлено следующее: гастроэнтеропанкреатическая эндокринная система является важнейшей составной частью АПУД-системы (amine content - содержание аминов, precursor uptake - поглощение предшественников и dechar-

boxylation - декарбоксилирование), в которую входят не только эндокринные клетки неэндокринных органов, секретирующие желудочно-кишечные гормоны - секретин, гастрин, холецистокинин и др., но и эндокринных органов - щитовидной, поджелудочной железы и др. (Pearse A.G.E., 1968; Pearse A.G.E. a Polac J.M., 1978; Larsson L.-J., 1980; Launay J.M. et al, 1983; Балаболкин М.И., 1991).

В желудочно-кишечном тракте морфологическую основу АПУД-системы составляют энтерохромафинные (ЕС-клетки) и тучные клетки. Именно эти клетки являются поставщиками значительного количества биологически активных веществ в тканях - серотонина, дофамина, гистамина, гепарина и др., действующих как трансмиттеры и выполняющих, наряду с полипептидными гормонами, нейроэндокринную функцию (Мохеу Р.С. а. Trier J.S., 1977; Moore R.V., Bloom F.E., 1978; Соловьева И.А., 1981; Райхлин Н.Т. с соавт., 1983; Шмидт Р., Тевс Г., 1985, 1986).

В доступной нам литературе наиболее полно отражена роль серотонина в механизмах регуляции различных функций организма в условиях нормы и патологии. Известна роль серотонина, наряду с другими биогенными аминами (например, с гистамином), в развитии аллергических реакций немедленного и замедленного типов. В этих случаях указанные биологически активные вещества являются составным звеном в нейрогуморальном механизме регуляции иммунного ответа (Адо А.В., 1970; Kawamura S., 1978; Kulonen E., Potila M., 1980; Липшиц Р.У., Клименко Н.А., 1982; Рохлин Н.Т. с соавт., 1983; Корякина Л.А., Серова Л.И., 1989; Метелица Т.В., 1989).

Установлено, что серотонин образуется клетками АПУД-системы в мозговой ткани (гипоталамусе, эпифизе и др.) и принимает непосредственное участие в сложной координирующей деятельности ЦНС (Громова Е.А., 1966; Горкин В.З., 1972; Курский М.Д., Бакшеев Н.С., 1974; Nagamachi U., 1983; Корякина Л.А., Серова Л.И., 1989).

Довольно широко в литературе обсуждается вопрос об изменениях в содержании серотонина у больных с заболеваниями пищеварительной системы (Блуггер А.Ф., Райцис А.Б., 1972; Геллер Л.И. с соавт., 1980; Лозовская Л.И. с соавт., 1983; Васильев В.П., 1986; Леднева И.П., Манухин Б.Н., 1990; Тихонова Е.П., 1990) и, в частности, гастродуоденальной зоны, в том числе и у детей (Гроховский Л.П., 1972; Князев Ю.А., с соавт., 1982; Голофеевский В.Ю., 1982; Коваль Л.А., 1983; Мельгунова И.А., Комарова

Л.Г., 1985; Бадейнова с соавт., 1985; Хибин Л.С., 1986; Шульга Н.И., 1986; Харкевич Н.И. с соавт., 1987; Дехканов Т.Б., Блинова С.А., 1991), исходя из утвердившейся физиологической концепции, что клетки АПУД-системы образуют единую морфологическую основу системы "головной мозг - кишка" (Шмидт Р., Тевс Г., 1986). Среди исследований по биохимическим основам механизма действия серотонина известны работы об изучении роли серотонина как вазоактивного вещества, регулирующего реактивность кровеносных сосудов путем воздействия на их гладкомышечную ткань (Громова Е.А., 1966; Курский М.Д., Бакшеев Н.С., 1974).

Знакомство с литературными публикациями, свидетельствующими о нейроэндокринной функции серотонина, об участии его в формировании гастродуоденальной патологии и о действии серотонина как вазоактивного вещества, привлекли наше внимание и побудили проводить исследования, о результатах которых будет изложено в последующих главах работы.

1.4. Иглорефлексотерапия, физиологические аспекты ее применения, использование у больных с висцеральной патологией

Как указывалось ранее, хронические заболевания гастродуоденальной зоны характеризуются рецидивирующим течением с периодами обострения и ремиссии. Это требует проведения многолетнего этапного лечения и реабилитации, в которых большой объем принадлежит медикаментозной терапии. Между тем, длительное и повторное использование большого набора лекарственных препаратов, в частности, препаратов-антацидов, содержащих соли алюминия, М-холиноблокаторов далеко не безразличны для организма, особенно детского (Радбиль О.С., 1984; Минковска Ц.Б., 1984; Мазурин А.В. с соавт., 1990; Цветкова Л.Н., Филин В.А., 1991). В этих условиях становится все более необходимым использование немедикаментозных методов лечения и реабилитации больных с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны. В то же время каждый из названных методов терапии - медикаментозной и немедикаментозной - занимает свое место в системе оздоровления больных хроническими заболеваниями органов пищеварения. Так, если на первом этапе оздоровительного лечения (клиническом) основное значение имеет диетотерапия

и применение лекарственных препаратов, то при проведении реабилитации больных в условиях диспансерного наблюдения ведущую роль приобретают физиотерапия, бальнеотерапия, фитотерапия. Медикаментозное лечение имеет вспомогательное значение. Определить оптимальное соотношение медикаментозной и немедикаментозной терапии на этапах реабилитации детей с хроническими заболеваниями гастроудоденальной зоны - одна из главных задач, от успешного решения которой зависит эффективность оздоровительных мероприятий (Трепкле Н., 1987; Григорьев К.И., 1991).

В последние годы система реабилитации больных хроническими заболеваниями органов пищеварения дополнилась иглорефлексотерапией и ее компонентами - аурикулотерапией. Истоки аурикулотерапии теряются примерно в 200-300 годах до нашей эры. Согласно данным Сонен Кичан, еще в V веке до нашей эры Pian Tsio применял аурикулотерапию в виде уколов бамбуковыми иглами. В описаниях Гиппократов имеются указания, что пересечение вен, расположенных позадишной раковины, приводило к мужскому бесплодию.

В работах Сун Сы-мяо (V в. н.э.), Цзян-Цзин-фан ("Тысяча золотых рецептов"), Чэн Цан-ци (VIII в. н.э.), Чжин-шэфан ("Рецепты лечения малярии"), Ян Цзи-чжоу (1644 г.), Чжень Цю-гэнь "Основы иглоукалывания и прижигания" представлены первые данные о лечении иглоукалыванием точекшной раковины.

Известно, что народные врачи Корсики и Аравии издавна использовали при лечении ишалгии прижигание каленым железомшной раковины у основания завитка и козелка. В XV-VIII вв. аурикулотерапия применялась для лечения ишиаса в Японии, Португалии, Персии. С этой целью производили прижигание корня завитка или тела завиткашной раковины. Valsalva (1717) описывает лечение зубной боли методом прижигания области наружного уха, точнее, прикладыванием горячего железного предмета позади противокозелка.

Широкое распространение аурикулотерапия получила в 50 г. XX столетия. Французский врач P. Nogier начал свои исследования после того, как получил обезболивающий эффект от прижигания точкишной раковины при ишиасе. В дальнейшем этим вопросом заинтересовался G. Voshmann (1959), основавший акупунктурный журнал, на страницах которого большое внимание уделялось аурикулотерапии.

В нашей стране впервые о методе рефлекторной терапии на наружном ухе сообщил Вогралик В.Г. (1961, 1974 г.). Позднее этот метод был проанализирован и систематизирован совместно Табеевой

Д.М. с Клименко Л.М. в монографии "Ухоиглотерапия" (1976). Балабан Я.М. и Гохман Л.С. (1976) в книге, также посвященной этому вопросу. "Рефлексотерапия методом иглоукалывания в ушную раковину," выявили три основных механизма саногенеза при лечении иглами контрактур: обезболивание движений, снижение мышечного тонуса, нормализация микроциркуляции и метаболизма.

Иглотерапия - метод рефлекторного воздействия на организм человека. Иглы вводятся в определенные точки тела. Количество биологически активных точек, по разным источникам, разное. По некоторым данным, классических корпоральных точек насчитывается 365. Эти точки находятся на теле человека вдоль каналов. По древним представлениям, существует 14 постоянных (классических) каналов - меридианов. Меридианы служат для передачи энергии от внутреннего органа к покрову тела. Показания для использования той или иной биологической точки основаны на том, что укол в точку приводит к одновременному снятию разнообразных и, казалось бы, несвязанных патологических симптомов, появившихся по ходу меридиана (Киричинский А.Р., 1959,; Мусящикова С.С. с соавт., 1973; Гаваа Лувсан, 1986).

Рядом исследователей (Chang, 1973; Pauser, 1977) установлено, что при стимуляции активных точек высвобождаются гуморальные факторы, повышающие толерантность организма к боли. Высвобождение гуморальных факторов происходит не в области активной точки, которая стимулируется иглой, а в структурах центральной нервной системы, где и происходит активизация ноцицептивных структур мозга. Последнее стимулирует секрецию опиатных пептидов, которые тормозят передачу болевых сигналов, тем самым вызывая развитие анальгезии.

Подшибякин А.К. (1970) доказал сегментарную специфичность точек воздействия с органной направленностью. В соответствии с этим, точки - это ни что иное, как проекционные зоны, являющиеся выходами на периферию множества рефлекторных аппаратов различных органов и систем (цит. по Труфановой и Дубенко, 1980). Именно в специфичности проекционных зон заключается терапевтическая эффективность активных точек.

Известны фундаментальные работы по иглорефлексотерапии - "Руководство по иглорефлексотерапии" Табеевой Д.М. (1980), "Традиционные и современные аспекты Восточной рефлексотерапии" Гаваа Лувсан (1986), являющиеся настольными книгами для иглорефлексоте-

рапевтов. В них даны философские основы, на которых базировалась древневосточная медицина и современное понимание механизмов традиционной рефлексотерапии. Изложены представления о древневосточных понятиях "главные органы" и "синдромы болезненных состояний", о принципах диагностики и лечения. Основное внимание отведено практической стороне традиционных методов лечения - иглотерапии, прижиганию, поверхностному иглоукалыванию, массажу, аурикулотерапии. Известны терапевтические справочники по этим видам лечения. Основой для использования перечисленных методов терапии является мобилизация собственных ресурсов организма, активное вовлечение больного в лечебный процесс при минимальном употреблении медикаментов.

Авторами А.Т.Староверовым, Г.Н.Барашковым (1985) описывается применение акупунктуры в анестезиологической практике и не только с целью собственно анальгезии. В реаниматологии применяется рефлексотерапия послеоперационного болевого синдрома, при лечении послеоперационных функциональных нарушений органов. Иглоукалывание традиционно и наиболее часто применяется для лечения болевых синдромов неврологического характера, невритов, парезов, параличей и др. неврологических расстройств (Фын Ли-да, Д.А.Парменков Д.А., 1960; Лян Р.И., 1978; Бортфельд С.А. с соавт., 1979; Василенко А.М. с соавт., 1986; Горошинская И.А., 1989). В терапевтической практике иглотерапия находит применение у больных с острыми и хроническими заболеваниями (Маркелова В.Ф. с соавт., 1983). Описывается применение иглорефлексотерапии при заболеваниях бронхолегочной (бронхите, пневмонии, бронхиальной астме) и сосудистой систем (артериальной гипотензии и гипертензии, болезни Рейно и др.). Нарушения метаболизма, заболевания эндокринной и мочевыделительной системы, нарушения репродуктивной функции и еще много других заболеваний возможно излечить точечным массажем по японской системе Шиатцу. Основоположник точечного массажа Шиатцу Токухиро Намикоши (1981) утверждает, что используя его метод можно в течение 6 мес. уменьшить активность патологических изменений органов.

Известны работы по применению иглоукалывания у больных с расстройствами моторно-эвакуаторной функции желудка (Балабан Я.М., Розенфельд Л.Г., 1962; Усова М.К., Морохов С.А., 1974).

Иглотерапия нашла применение и в педиатрии. Издано учебное пособие "Рефлексотерапия в педиатрии." В.С.Гойденко, В.П.Галанова

(1980), в котором излагается методика применения иглотерапии у детей раннего и старшего возраста с заболеваниями центральной и периферической нервной системы, при аллергических и бронхолегочных заболеваниях. Высокую эффективность иглотерапии у детей с функциональными расстройствами органов пищеварения отмечают Е.И. Забелина, К.И. Григорьев (1992). По мнению этих авторов, положительный терапевтический эффект иглоукалывания связан с влиянием на деятельность автономной вегетативной нервной системы, регулирующей, как известно, моторику желудочно-кишечного тракта, секрецию желудочного сока, активность кислотообразования, тонус и проницаемость органов пищеварения.

Г.В. Васадзе (1991), исследуя функцию желудка под влиянием рефлексотерапии и медикаментозных препаратов у детей с хроническим гастродуоденитом, выявил, что уровень свободной соляной кислоты в базальной фазе секреции быстрее нормализуется под влиянием медикаментов в сочетании с иглотерапией. Автор делает вывод, что в стадии обострения хронического гастродуоденита для нормализации секреторной функции желудка применять антацидную терапию необходимо, противорецидивное же лечение целесообразно проводить с помощью иглотерапии.

На высокую эффективность иглорефлексотерапии указывают Г.В. Хорунжий и И.В. Панова (1991). Применяя этот метод лечения, как монотерапию у детей, больных эрозивным гастритом и гастродуоденитом, авторы констатировали эпителизацию эрозий в течение 2-4 недель, что, по их мнению, связано с улучшением активности репаративных процессов под влиянием этого метода лечения. Вывод, сделанный указанными исследователями, имеет исключительно важное значение. Известно, что число больных с эрозивными формами поражения желудка и двенадцатиперстной кишки неуклонно растет, а назначение медикаментов-репаратантов в большинстве случаев мало эффективно.

Другие авторы (Рженицына Л.Н., 1992) обратили внимание на положительное влияние иглотерапии как на средство, уменьшающее активность абдоминальной болевой симптоматики. По их данным, у 88,3% детей с обострением хронического гастродуоденита боли в животе уменьшались после третьего сеанса иглотерапии. Этот вывод очень важен, поскольку дети, больные хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны, как правило, бурно реагируют на обострение указанных заболеваний в виде появления спонтанной боли в животе.

Таким образом, положительное воздействие иглорефлексотерапии отмечают многие авторы, использующие в своей практике этот метод лечения. Однако нет единого мнения, на каком этапе течения болезни – обострение или ремиссия и в каком сочетании с медикаментозной терапией – одновременно с медикаментозной или в виде монотерапии следует использовать иглотерапию. Не описывается длительность положительного влияния иглоукалывания и ее прогностическая роль, не отработаны диагностические показания к возобновлению иглорефлексотерапии при многолетней рецидивирующем течении хронических заболеваний, не приводятся данные о целесообразности проведения анализа эффективности иглотерапии с помощью скрининг-тестов.

На основании приводимых данных мы заключили, что в связи с широкой распространенностью хронических заболеваний органов пищеварения у детей, в том числе и хронических заболеваний гастродуоденальной зоны, необходимым является разработка методов скрининг-диагностики этих заболеваний. Последнее особенно ценно при проведении эпидемиологических исследований. Исследования в этом направлении единичны и требуют дальнейшей разработки. При лечении и реабилитации больных с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны в основном используется медикаментозная терапия. Несомненно перспективными являются немедикаментозные методы терапии указанных больных, в частности, иглорефлексотерапия. Однако литературные публикации по этому вопросу единичны. Все вышеизложенное и побудило нас решить некоторые из этих вопросов, чему и посвящена наша работа.

Глава 2. Объем и методы исследования. Методика
аурикулоскопии у обследуемых детей.
Показатели БЭМРТ ушной раковины в зоне
проекции желудка и двенадцатиперстной
кишки, содержание серотонина в крови у
детей контрольной группы

В течение 1988–1992 гг мы наблюдали 159 больных в возрасте от 7 до 15 лет, поступивших в специализированное гастроэнтерологическое отделение ДМБ № 9 г.Екатеринбурга с обострением хронических заболеваний гастродуоденальной зоны – язвенной болезни (22 ребенка), хронического гастрита и гастродуоденита (137 больных). Большая часть из числа указанных детей и все больные язвенной болезнью наблюдались при обострении, а также в периоде клинической и клинико-эндоскопической ремиссии болезни на фоне реабилитационных мероприятий. Длительность наблюдения за больными составляла не менее одного года, а в ряде случаев в течение 1,5–2 лет и более. Среди обследуемых больных было 101 (63,6%) девочек и 58 (36,4%) мальчиков, т.е. преобладали девочки. По специально составленной карте опроса проводили детальный анализ анамнестических данных. При этом выясняли:

- жалобы детей;
- давность хронических заболеваний органов пищеварения, по поводу которых дети наблюдались и лечились у участкового врача или педиатра-гастроэнтеролога;
- частоту обострения интересующих нас и других заболеваний пищеварительной системы;
- вероятные, неблагоприятные с точки зрения родителей, факторы, непосредственно предшествующие обострению хронических заболеваний гастродуоденальной зоны;
- перенесенные интеркуррентные заболевания, особенно острые инфекционные заболевания органов пищеварения и их частоту;
- характер и особенности питания больных;
- семейную предрасположенность к заболеваниям пищеварительной системы.

Полученные нами анамнестические данные были необходимы для оценки тяжести течения хронической гастродуоденальной патологии и назначения объема лечебных мероприятий.

Дополнительно предлагали родителям заполнить анкету, в кото-

рой следовало указать объем и характер ранее проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий, включая медикаментозную и немедикаментозную (дието-, фито-, физио-, иглорефлексо- и др.) терапию, а также продолжительность их эффективности. Жалобы на боли в животе, характер диспепсических расстройств, объективная клиническая симптоматика также уточнялись по картам опроса (см. главу 3).

М Е Т О Д И К А А У Р И К У Л О С К О П И И

Аурикулоскопию – визуальный осмотр ушной раковины – проводили при хорошем дневном или заменяющем его электрическом освещении, которое не изменяет естественного цвета кожи ушной раковины. Источник света, излучающий световой поток, располагали таким образом, чтобы ушная раковина была освещена равномерно и не создавала тени от неровностей своего рельефа, т.е. больной располагался напротив, а ушная раковина пациента находилась на расстоянии 25-30 см от врача.

Вначале делали общий осмотр кожи передней поверхности ушной раковины, отмечая ее эластичность (эластичная, сухая, участки шелушения, десквамации), цвет (бледная, телесного цвета, гиперемированная), однородность окраски (окраска кожи однородная, неоднородная), иктеричность (иктеричная, субиктеричная). Далее проводили визуальную оценку сосудистого рисунка кожи в области ножки завитка и чаши ушной раковины, т.е. в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки (рис.1).

Поскольку наблюдаемые больные осматривались нами в различные периоды течения хронических заболеваний гастродуоденальной локализации (обострение, клиническая ремиссия, клинико-эндоскопическая ремиссия), представилось возможным зафиксировать динамичность изменения сосудистого рисунка кожи ушной раковины в указанной зоне путем зарисовки или фотографирования с последующим составлением картотеки на обследуемых детей.

Как оказалось, у всех обследуемых нами больных период обострения хронической гастродуоденальной патологии сопровождался появлением в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки инъекционности сосудов кожи, доступной визуальному осмотру, в виде их древовидного расширения красного цвета (согласно цветовой шка-

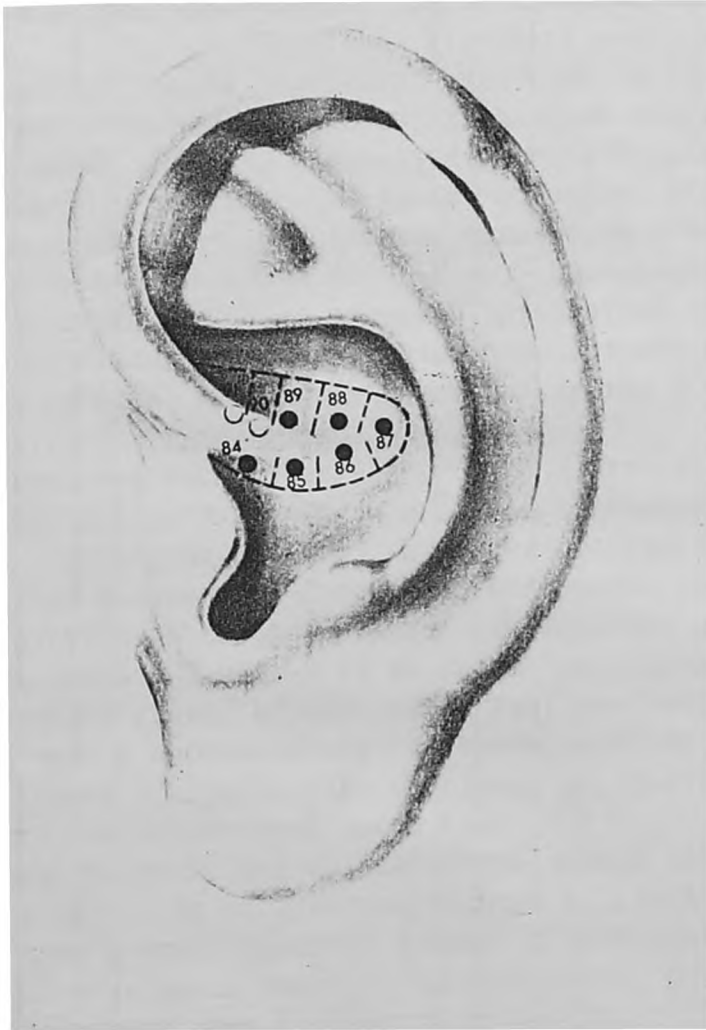


Рис. 1. Аурикулоскопия. Зона проекции желудка и двенадцатиперстной кишки

лы этот цвет соответствовал длине волны 610-620 нм) (Панфилов Н.Д., Фомин А.А., 1985 г.).

Наряду с этим отмечались и другие изменения кожи в осматриваемой зоне: бледность, некоторая отечность кожи, вследствие чего она приобретала как бы "лаковый" вид (рис. 2,3).

По мере затихания клинических проявлений обострения хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки изменялся и вид сосудистого рисунка кожи ушной раковины: его древовидность сохранялась, но цвет приобретал фиолетовый оттенок (этот цвет соответствовал длине волны 420-435 нм). Одновременно с этим кожа передней поверхности ушной раковины приобретала тусклый вид: отечность ее исчезала, напротив, наблюдалась сухость кожи и участки шелушения по всей поверхности ножки завитка и чаши раковины (рис. 4,5).

В отдаленные после обострения сроки наблюдения за обследуемыми больными при достижении клинико-эндоскопической ремиссии хронической гастродуоденальной патологии сосудистый рисунок кожи терял четкую древовидную структуру, оставалась как бы тень древовидного расширения сосудов голубого цвета (этот цвет соответствовал длине волны 490 нм). В то же время кожа передней поверхности ушной раковины также меняла свой вид: она была сухая, телесного цвета либо с субиктеричным оттенком, нередко в области чаши ушной раковины обнаруживалось скопление десквамированного эпителия в виде замазкообразной массы (рис. 6,7).

Следует указать, что за длительный период наблюдения ни в одном нашем случае мы не отметили полного исчезновения сосудистого рисунка кожи в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки равно, как и не могли снять с диспансерного учета ни одного из числа обследуемых нами больных.

Ушная раковина каждого человека индивидуальна, но зона проекции желудка и двенадцатиперстной кишки на кожу ее передней поверхности имеет типичное расположение. Именно поэтому родители наших больных после нескольких занятий находили эту зону и могли оценить состояние сосудистого рисунка. В дальнейшем мы указали родителям критические периоды возможного обострения (время года - весна, осень, зима, острое инфекционное заболевание, нарушение режима дня и питания, стрессовая ситуация и др.), требующие обязательного осмотра кожи ушной раковины родителями и последующего нашего обследования.

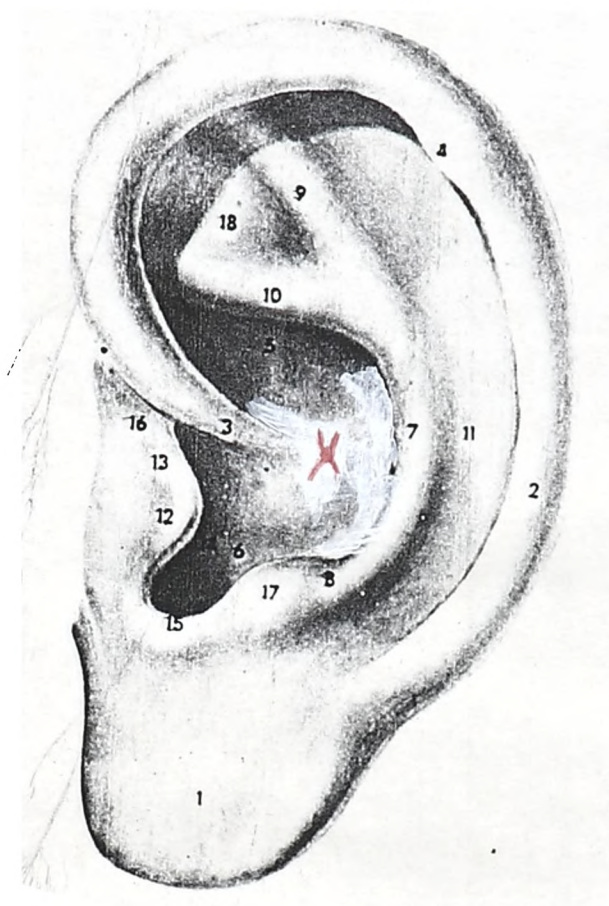


Рис. 2. Атеросклероз. Вариант сосудистого рисунка
кожи передней поверхности ушной раковины у
больного с обострением язвенной болезни

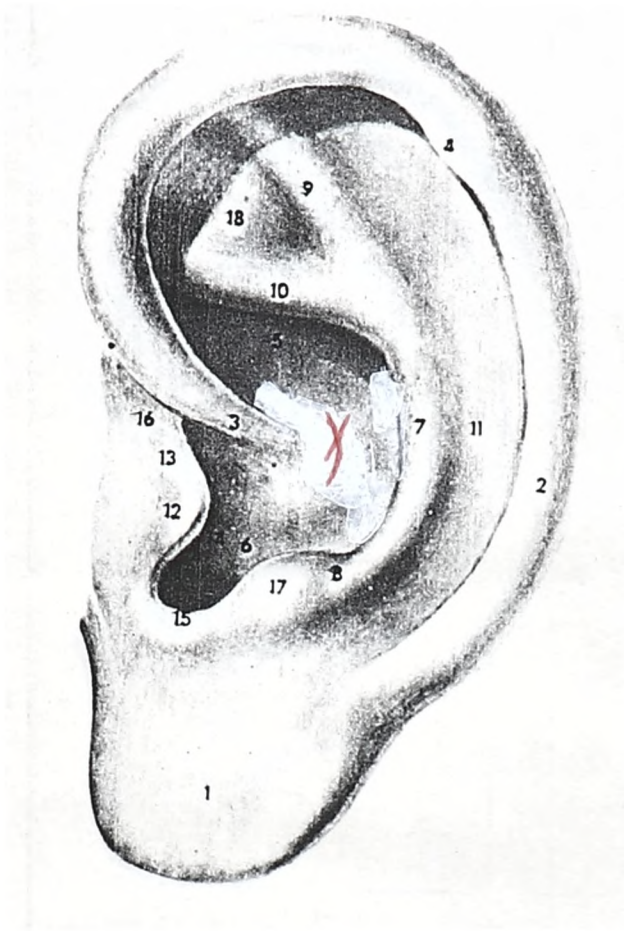


Рис.. 3. Аурикулоскопия. Вариант сосудистого рисунка кожи передней поверхности ушной раковины у больного с обострением хронического гастродуоденита



Рис. 4. Аурикулоскопия. Вариант сосудистого рисунка кожи передней поверхности ушной раковины у больного хроническим гастродуоденитом в периоде клинической ремиссии

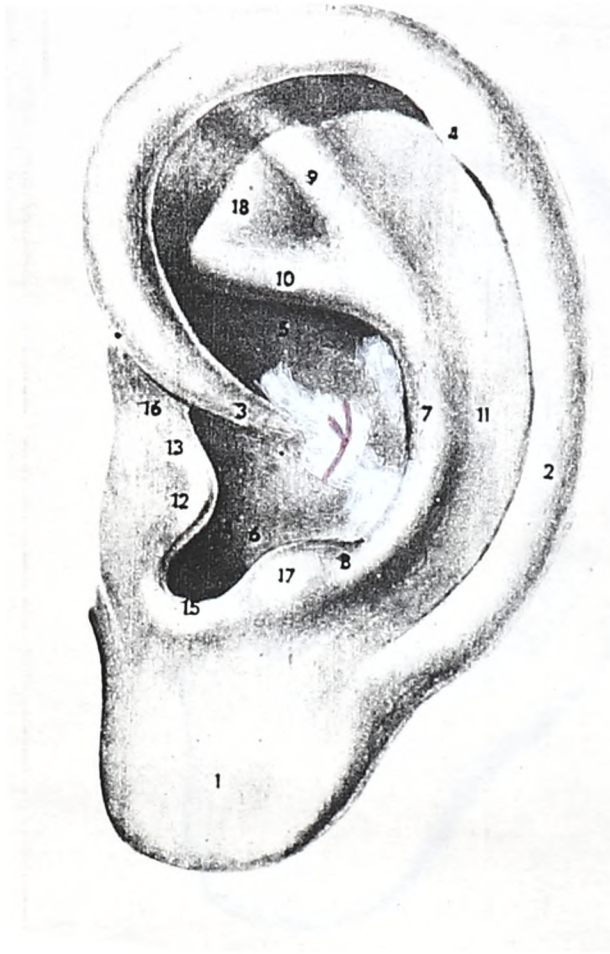


Рис. 5. Аурикулоскопия. Вариант сосудистого рисунка кожи передней поверхности ушной раковины у больного хроническим гастритом в периоде клинической ремиссии

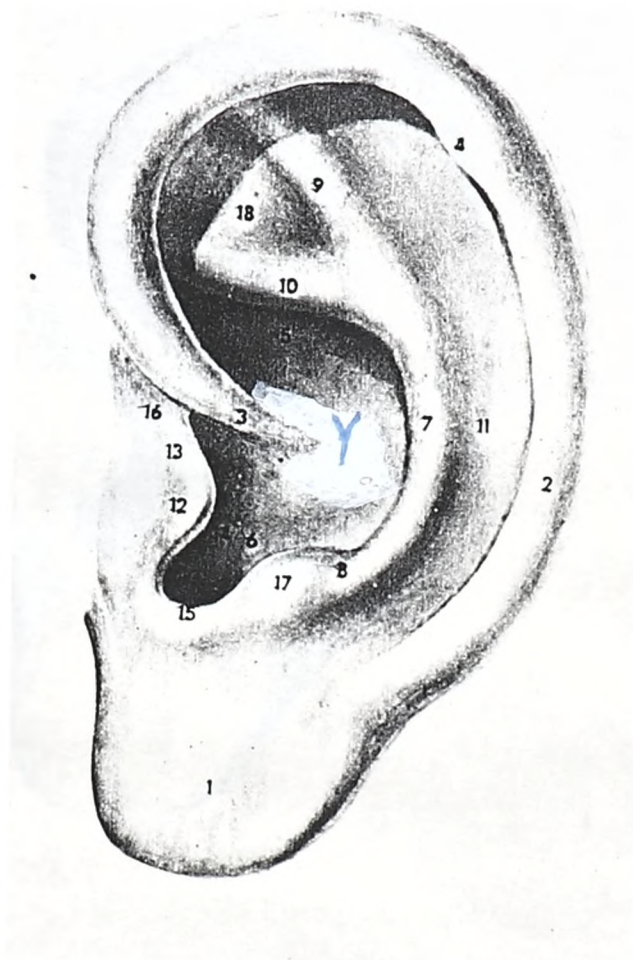


Рис. 6. Аурикулоскопия. Вариант сосудистого рисунка кожи передней поверхности ушной раковины у больного язвенной болезнью в периоде клиничко-эндоскопической ремиссии

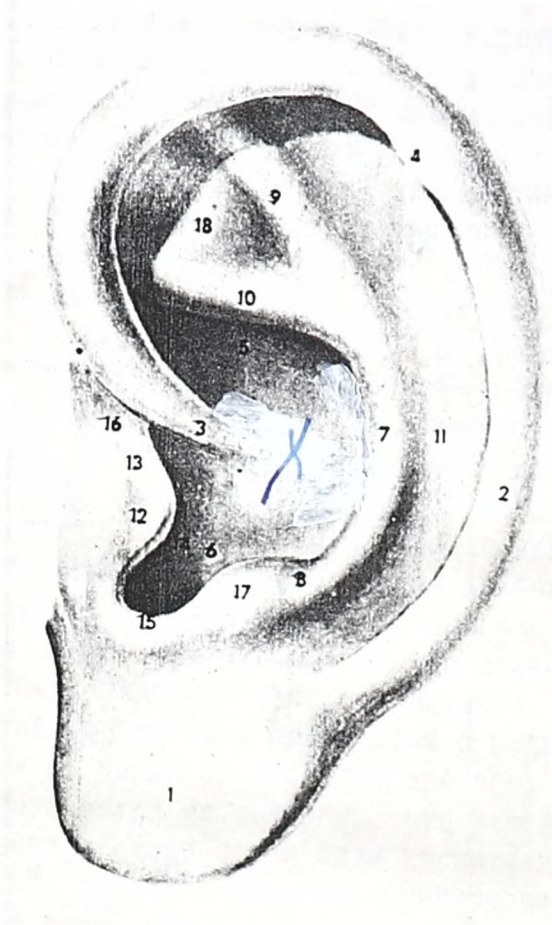


Рис. 7. Аурикулоскопия. Вариант сосудистого рисунка кожи передней поверхностишной раковины у больного хроническим гастродуоденитом в периоде клинико-эндоскопической ремиссии

Благодаря такому динамичному наблюдению мы установили еще один немаловажный факт, а именно: раннее появление (на 4-6 недель) инъектированности красного цвета сосудов кожи, предшествующее субъективной болевой симптоматике в виде жалоб на боли в животе, т.е. аурикулоскопическая диагностика позволяла выявить доклинический этап течения обострения хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.

Мы провели аурикулоскопию у детей этого же возраста, посещающих школу, не предъявляющих жалобы на боли в животе, не состоящих на учете у педиатра-гастроэнтеролога и считающих себя здоровыми. Было осмотрено 520 школьников из школ Верх-Исетского района. Осмотр ушной раковины у детей в классе проводили перед началом урока, для чего потребовалось 20-25 мин. Из 520 школьников мы отобрали группу - 86 детей, у которых в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки определялся древовидный сосудистый рисунок двух цветов - красного и фиолетового с сопутствующими изменениями кожи ушной раковины в осматриваемой зоне, описываемыми ранее при таких видах сосудистого рисунка.

Дети этой группы были приглашены с родителями на консультативный прием к педиатру-гастроэнтерологу. Результаты анамнеза и клинического осмотра их показали, что все эти школьники требовали госпитализации в стационар и были госпитализированы, поскольку у них клинически диагностировались хронические заболевания гастродуоденальной зоны.

Обнаруженное нами явление визуализации периферических сосудов кожи ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки у больных хроническими заболеваниями этих органов ни в теоретической, ни в практической гастроэнтерологии не описано.

Морфологические изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки мы диагностировали с помощью эндоскопических (эзофагогастродуоденоскопия) и гистологических исследований. Для эзофагогастродуоденоскопии использовался гастродуоденоскоп фирмы "Olimpus" GIF тип P, обладающий определенными техническими преимуществами: фотоприставкой, биопсионными щипцами, автоматической подачей воздуха, управляемым в двух плоскостях дистальным концом.

Больные обследовались в строго определенные часы - натощак с 9 до 10.30 час после предварительной подготовки. В качестве предварительной подготовки использовались атропин и седуксен в возра-

тной дозировке (Liebman W.M., 1977; Lloret S.F. et al, 1980, 1981; Pflucke F., 1981; Долецкий С.Я. и соавт., 1984; Архипова Г.В. с соавт., 1990).

В тех случаях, когда при наличии положительных результатов аурикулоскопии эндоскопически слизистая оболочка осматриваемых органов выглядела неизменной, мы проводили прицельную биопсию слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Одновременно брали 2 кусочка слизистой оболочки, фиксировали их в 10% растворе нейтрального формалина и заливали в парафин. Полученные срезы окрашивали гематоксилином и эозином и по Ван Гизону и подвергали гистологическому исследованию путем световой микроскопии. При гистологическом исследовании биопсионного материала обращали внимание на общую архитектуру слизистой оболочки, отмечали наличие отека стромы слизистой оболочки, ее полнокровия, стаза в кровеносных и лимфатических сосудах, изучали состояние эпителиального покрова, базальной мембраны собственной пластинки слизистой оболочки, плотность и состав клеточного инфильтрата, а также расположение и функциональную активность дуоденальных (бруннеровых) желез.

Гистологические исследования осуществлялись в морфологическом отделе ЦНИЛ Уральского государственного медицинского института (совместно с мл.научн. сотрудником С.Ю.Медведевой).

К числу специальных методов обследования больных был отнесен **БИОФИЗИЧЕСКИЙ МЕТОД - ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ТКАНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ УШНОЙ РАКОВИНЫ В ЗОНЕ ПРОЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (БЭМРТ)**, позволяющей оценить состояние местной микроциркуляции.

Метод основан на измерении уровня поглощенной энергии низкочастотного импульсивного ^{НЧБГЧ} сложномодулированного электромагнитного поля тканями с нарушенной микроциркуляцией (приоритетная справка на изобретение "Способ диагностики состояния мягких тканей конечностей" № 3870182 от 31 октября 1985, зав.лабораторией биофизики ЦНИЛ Уральского государственного медицинского института д-р мед. наук В.И.Баньков). Исследование проводили с помощью лечебно-диагностического комплекса "Малахит" (рис. 8). Регистрация биоэлектромагнитной реактивности тканей в интересующей нас зоне происходила при помощи специально сконструированного в указанной выше лаборатории портативного датчика-щупа. В качестве датчика-щупа была использована чувствительная часть миниатюрной контурной антенны, излучающей направленное импульсное сложномодулированное

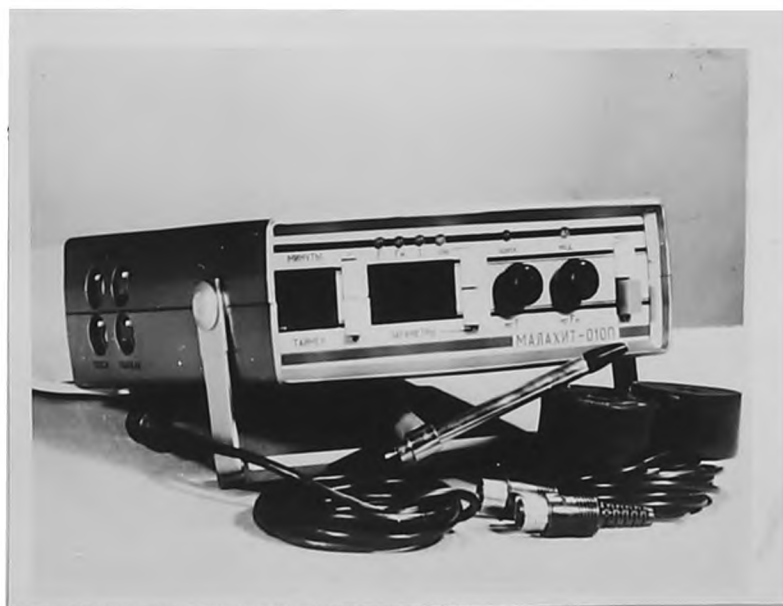


Рис. 8. Лечебно-диагностический комплекс "Малахит"

электромагнитное поле (ИСМЭМП) с основной несущей частотой 1 МГц и индукцией не более 1 мТл, и работающая по принципу открытого последовательного колебательного контура. Миниатюрная контурная антенна была частью измерительной системы, представляющей собой аналогоцифровой преобразователь, на входе которого подсоединен управляемый дифференциальный усилитель, работающий в полосе частот от 3,7 до 105 МГц и частотой модуляции импульсов электромагнитного поля от 0,07 до 1,8 МГц.

Исследование БЭМРТ передней поверхности ушной раковины у обследуемых больных происходило следующим образом. К коже зоны проекции желудка и двенадцатиперстной кишки прикасались датчиком-щупом от лечебно-диагностического комплекса "Малахит". Время контакта датчика-щупа с кожей исследуемой зоны у больного составляло 10-15 сек. Расчет показателей БЭМРТ производился в процентном отношении к базовому показателю аппарата "Малахит". С этой целью после включения аппарата датчик-щуп подвешивался на расстоянии 1,5 м от пола на 5-7 мин. На экране аппарата устанавливалось число (z), которое мы принимали за 100 %. После контакта датчика-щупа с кожей исследуемой зоны больного через 10-15 сек на экране аппарата устанавливалось новое число (y). Показатель БЭМРТ вычисляли по формуле

$$X = \frac{y}{z} \times 100 \%,$$

где X - была искомая величина у больного в процентном выражении. После каждого исследования базовый показатель (z) определялся заново и у каждого больного на экране устанавливалась новая цифра (y).

Для определения показателей СЕРТОНИНА (5-окситриптамина) использовали цельную кровь: 0,4 мл цельной крови, собранной с оксалатом натрия в соотношении 1:9, помещали в стеклянную колбочку и добавляли при непрерывном встряхивании 3 мл н-бутанола. Смесь энергично встряхивали 5 мин и центрифугировали при 1000 об/мин в течение 10 мин при 0°C. 2,4 мл бутанольного экстракта переносили в другую колбу, содержащую 5 мл гептана и 0,5 мл 1% раствора солянокислого цистеина, приготовленного на 0,1 N HCl. После интенсивного встряхивания в течение 5 мин и центрифугирования при 1000 об/мин и 0°C отбирали 0,2 мл неорганической фазы для определения серотонина. К этому количеству добавляли 0,3 мл ортофталевого альдегида (ОФА), встряхивали и помещали в кипящую вода-

ную баню на 10 мин. Далее охлаждали на льду в течение 3 мин. Флуоресценцию образовавшегося флуорофола измеряли на спектрофотометре при длине волны возбуждения 370 нм и длине волны эмиссии (флуоресценции) 470 нм. Расчет содержания серотонина производили при помощи калибровочного графика, построенного со стандартным раствором серотонина-креатинсульфата. Необходимые реактивы: 1. Н-бутанол; 2. гептан; 3. солянокислый цистеин 1% на 0,1 М HCl; 4. ортофталевый альдегид (ОФА) 0,01% на 10 М HCl.

Исследование серотонина в крови проводили в биохимической лаборатории ЦНИЛ Уральского государственного медицинского института (зав. ст.научн. сотр. к.м.н. Л.Т.Шмелева).

С целью получения нормативных показателей БЭМРТшной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки (БЭМРТ) и показателей серотонина в крови в качестве контроля мы обследовали 30 практически здоровых детей в возрасте от 7 до 15 лет. Указанную группу составили дети, не предъявлявшие жалоб на боли в животе, имеющие устойчиво хороший аппетит и хорошее физическое развитие, редко болеющие, не состоящие на диспансерном учете по поводу каких-либо хронических заболеваний и не имеющие никаких измененийшной раковины при аурикulosкопии. Полученные данные приведены в табл.1.

Таблица 1

Показатели биоэлектромагнитной реактивности тканей (БЭМРТ) передней поверхностишной раковины и серотонина у здоровых людей и детей по отдельным авторам и нашим данным ($M \pm m$)

Показатель	Авторы, число наблюдений	Год	Взрослые $M \pm m$	Дети $M \pm m$	Единица измерен
1	2	3	4	5	6
БЭМРТ	Наши данные 30	1992	-	106,65 \pm 0,50 правое ухо	%

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6
Серотонин	В.А. Домбровская с соавт	1976	-	106,0 \pm 0,51	%
			-	левое ухо 12,8 \pm 0,45	мкг %
	Б.М. Коган И.В. Нечаев	1979	1,02 \pm 0,12	-	мкг %
	В.В. Меньшикова	1987	4-8	-	мкг %
	Наши данные 30			5,045 \pm 0,145	мкг %

Статистическая обработка материала проводилась методом вариационной статистики на SHARP POCKET COMPUTER PC-1500. Наряду со специальными методами обследования больных в плановом порядке проводили фракционное исследование желудочной секреции с использованием субмаксимального гистаминового теста; фракционное дуоденальное зондирование с микроскопией и биохимическим исследованием желчи порций А, В и С; сонографию печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, УЗИ-диагностику, по показаниям - ректосигмоидоскопию, копрологический анализ и бактериологическое исследование кала. Данные этих исследований помогали полнее сформулировать клинический диагноз и определить характер вовлечения в патологический процесс сопряженных с желудком и двенадцатиперстной кишкой органов пищеварительной системы, что имеет важное значение для практикующих врачей-педиатров.

Глава 3. Клиническая характеристика наблюдаемых детей

Основную группу наблюдаемых детей составляли 159 больных, из числа которых 137 (86,2%) ранее наблюдались и лечились по поводу хронического гастрита и гастродуоденита и были направлены в стационар в связи с очередным обострением этих заболеваний. У части наших больных (у 22 из 159 - 13,8%) была диагностирована язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, при этом в ряде наблюдений (у 15 детей) диагноз был поставлен впервые нами в специализированном отделении.

Другую группу обследуемых составили 86 школьников того же возраста, что и основная группа больных, которые ранее не наблюдались и не лечились по поводу хронической гастродуоденальной патологии, были нами госпитализированы после проведения аурикулоскопии в школе и выявления инъецированности сосудов кожи ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки. Атипичное, малосимптомное (безболеное) течение хронического гастродуоденита и язвенной болезни некоторые авторы относят к особенностям течения этих заболеваний у детей (Ялышева Г.А., 1984; Новик А.В., 1985; Шакаров М., 1988; Филимонов Р.М., 1990; Цветкова Л.Н., Филин В.А., 1991).

Особенности хронических заболеваний гастродуоденальной зоны состоят в том, что на ранних этапах они не вызывают значительного нарушения общего состояния и трудоспособности у детей. Однако, характеризуясь многолетним, волнообразным течением, без достаточно эффективной терапевтической коррекции они прогрессируют и могут приводить к значительному нарушению функции сопряженных с желудком и двенадцатиперстной кишкой органов пищеварительной системы. Учитывая вышеизложенное, следует заметить, что ранняя диагностика хронической гастродуоденальной патологии с помощью скрининг-тестов относится к числу приоритетных направлений в детской гастроэнтерологии.

В наших наблюдениях течение хронических заболеваний гастродуоденальной зоны имело характер сочетанной патологии и сопровождалось вовлечением в патологический процесс гепатобилиарной системы (у 44,1 % больных), поджелудочной железы (у 14,3 % детей) и кишечника (у 41,6 % больных).

Анализируя давность хронической гастродуоденальной патологии

у обследуемых больных, мы установили, что она была различной. Так, у 34 из 245 больных (13,8%) давность хронических заболеваний гастродуоденальной зоны по данным, представленным в историях развития детей, не превышала одного года. Большинство из числа наблюдаемых детей болели длительно: от одного года до 3 лет - 101 (41,2%), от 3 до 5 и более 5 лет - 110 (45%). У части наблюдаемых больных (86 детей), госпитализированных в стационар после осмотра их в школе и получения положительных результатов аурikuлоскопии, в анамнезе выявились жалобы на боли в животе в течение значительного отрезка времени (2-3 года), диспепсические расстройства (снижение аппетита, тошнота, периодическая рвота) и изменения характера стула в виде его задержки или диареи. Указанные клинические симптомы не настораживали родителей и педиатров, вследствие чего эти дети не обследовались и не лечились.

Выясняя состояние здоровья обследуемых больных, предшествующее обострению хронического гастрита, гастродуоденита и язвенной болезни, мы установили, что значительное количество родителей (65 из 159 - 40%) указывало на различные погрешности в питании (нерегулярные, редкие приемы пищи, сухоедение и др.) либо на перенесенные острые заболевания, чаще всего это были респираторные вирусные инфекции (у 56 - 35,2% больных). У значительного числа больных (38 из 159 - 23,9% детей) причину обострения установить не удалось. В ряде наших наблюдений, особенно у больных язвенной болезнью и хроническим гастродуоденитом, обращала на себя внимание сезонность обострения заболевания, на что указывают и другие авторы (Мазурин А.В. с соавт., 1983; Trenkle H., 1987; Комаров Ф.И., 1988; Григорьев К.И., 1988; Рапопорт С.И., Расупов М.И., 1988; Мазурин А.В., Григорьев К.И., 1990). На этот факт мы обращали внимание родителей, когда обучали их аурikuлоскопии.

Поскольку большинство обследуемых нами больных болели длительно, мы пытались проанализировать частоту обострения хронической гастродуоденальной патологии. За основу были взяты данные, приводимые в историях развития детей, а также сведения, излагаемые родителями. Как оказалось, жалобы на периодически появляющиеся боли в животе (еженедельно, ежемесячно, 3-4 раза в год и чаще) большей или меньшей продолжительности, ухудшение аппетита, дисфункции кишечника, ухудшение общего самочувствия и недомогание выявлялись у всех наблюдаемых больных, но они редко расценивали их как обострение. Описываемые анамнестические данные

были весьма настораживающими и подтверждали необходимость знания врачами-педиатрами скрининг-методов диагностики хронической гастродуоденальной патологии. Отсутствие их во врачебной педиатрической практике приводило к тому, что адекватная терапия в ряде случаев нашим больным не проводилась или проводилась не в полном объеме.

Анамнез жизни у обследуемых нами больных был отягощенным и характеризовался большим числом перенесенных интеркуррентных заболеваний и обострением очагов хронической инфекции. Среди них были выделены острые респираторные и другие вирусные инфекции, острые инфекционные заболевания органов пищеварения (стафилококковый энтероколит, энтероколиты, вызванные условнопатогенной флорой, дизентерия, сальмонеллез, глистная инвазия, лямблиоз), хронический тонзиллит и гайморит, кариес зубов, проявления аллергии (пищевой, лекарственной), повторные бронхолегочные заболевания. Таким же отягощенным был и анамнез 86 детей, осмотренных нами в школах, ранее не лечившихся по поводу хронической гастродуоденальной патологии (табл. 2).

Обращал на себя внимание высокий процент многократно болевших детей (83,2%) и имевших в анамнезе несколько из числа указанных неблагоприятных факторов (не менее 3-5 у каждого больного). По нашему мнению, острые инфекционные заболевания, в том числе и инфекционные заболевания органов пищеварения, глистная инвазия и лямблиоз, очаги хронической инфекции и аллергические проявления, а также хронический воспалительный процесс в гастродуоденальной зоне являлись тем фоновым состоянием, которое создавало условия для нарушения местной и периферической микроциркуляции, а также нейроэндокринной регуляции, осуществляемой клетками АПЧД-системы. Отдельные показатели, указывающие на эти нарушения, а именно БЭМРТ ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, содержание серотонина в крови, мы изучали у наблюдаемых больных.

По данным ряда авторов, нейроэндокринные расстройства могут вызвать изменения кортикальной и субкортикальной регуляции деятельности желудка и двенадцатиперстной кишки с последующими вегетативными дисфункциями и раздражением периферической рецепторной зоны (Беллер Н.Н., 1965; Могендович М.Р., Темкин И.Б., 1971; Haight J.R., 1972; Квирчишвили В.И., 1973; Вейн А.М., Соловьева А.Д., 1973; Сорокоумова А.Ф., 1992), к которой относятся "окна"

типа: рот, нос, глаза, уши (Вельховер Е.С., Кушнир Г.В., 1991).

Последние явились объектом наших наблюдений.

Анализируя характер хронической патологии системы пищеварения у родителей и ближайших родственников наших больных, мы обратили внимание на семейную предрасположенность к хроническим заболеваниям органов пищеварения и, в частности, гастродуоденальной зоны. Указанное выше относилось в первую очередь к больным язвен-

Таблица 2

Интеркуррентные заболевания, выявленные анамнестически	Общее число больных	
	Абс.	%
Респираторные и другие вирусные и микробные инфекции (корь, ветряная оспа, эпидемический паротит)	245	100
Острые инфекционные заболевания органов пищеварения:		
стафилококковый энтероколит	34	13,8
энтероколит, вызванный условнопатогенной флорой	28	11,4
дизентерия	6	2,4
сальмонеллез	12	4,9
глистная инвазия (аскаридоз, энтеробиоз)	85	34,7
лямблиоз	124	50,6
хронический тонзиллит	49	20,0
кариес зубов	78	31,8
проявления аллергии (пищевой, лекарственной)	53	21,6
повторные бронхолегочные заболевания	91	37,1

ной болезнью двенадцатиперстной кишки и хроническими гастродуоденитами: в семьях этих детей очень часто (у 73,6% больных) выявлялись язвенная болезнь (у отца, матери, или у отца и матери), хронические гастриты и гастродуодениты (у отца, матери, у родственников отца или матери, братьев или сестер). На эту часть анамнеза

мы обратили внимание, как и другие авторы, изучавшие клинико-генетические аспекты хронической гастродуоденальной патологии у детей (Rosenbach J., 1960; Новик А.В. и соавт., 1991; Переслегина И.А., Жукова Е.А., 1991; Щербаков П.Л. и соавт., 1991). Видимо, целесообразно продолжить исследования по аурикулоскопии и у взрослых людей – родителей и родственников больных с хронической гастродуоденальной патологией, что особенно необходимо для семейного врача.

Жалобы, предъявляемые больными язвенной болезнью и обострением хронического гастрита и гастродуоденита, были по своему характеру разнообразными. Среди них обращали на себя внимание жалобы на боли в животе и диспепсические расстройства, а также жалобы общеневротического характера в виде общего недомогания, повышенной утомляемости, раздражительности, психо-эмоциональной неустойчивости, плохого сна. Особенности локализации и характера спонтанной боли в животе были проанализированы и представлены в виде 29 клинических признаков (табл. 3), при этом мы выделили три группы детей: больные язвенной болезнью, хроническим гастритом и гастродуоденитом и группу школьников, госпитализированных после осмотра их в школе и по настойчивой нашей просьбе в беседе с родителями.

Как следует из представленных в таблице данных, у больных язвенной болезнью, выявленной нами в специализированном отделении, боли, как правило, были частыми, ежедневными или несколько раз в неделю и интенсивными, но кратковременными. Последнее, видимо, явилось одной из причин поздней диагностики язвенной болезни у этих больных, отсутствия в анамнезе указаний на предъязвенное состояние и проведение реабилитационных мероприятий по поводу этого состояния.

Что касается локализации боли в животе, то преимущественной локализацией ее была эпигастральная и пупочная области, реже – верхняя и левая половина живота, на что указывают и другие авторы (Spiro H, 1974; Domaschke W. et al, 1977; Батенькова Ю.В., 1977; Kawamura S. et al, 1978; Nagamachi U, 1983; Дорофеев Г.И., Чепенский В.М., 1984; Белоусов А.С., 1984; Филимонов Р.М., 1990).

По характеру боли в животе были различные: нередко приступообразные, но также и тупые, ноющие.

При сопоставлении связи боли в животе с приемом пищи было установлено, что у больных язвенной болезнью боли не только возни-

Таблица 3

Локализация и характер боли в животе у больных с хронической гастродуоденальной патологией, осмотренных аурикулоскопически (по данным опроса)

Клинический симптом	Общее число больных n= 245 (*)						Степень достовер различ, соот-но частоты анализир показ, р
	Больные яз-венной бо-лезньш n=22		Больные хро-нич.гастри-том и гаст-родуоденит. n=137		Школьники, считавшие се-бя здоровыми n=86		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1	2	3	4	5	6	7	8
Боли в животе							
I. Периодичн. боли в животе							
1. Ежедневно	3	13,6	23	16,8	-	-	3:5<0,05
2. Неск-ко раз в неделю	13	59,1	22	16,1	-	-	3:5<0,05 3:5<0,05
3. Неск-ко раз в месяц	6	27,3	55	40,1	23	26,7	5:7<0,05 3:7>0,01
4. Ежемесячно	-	-	37	27	63	73,3	
II. Локализация боли:							
5. Эпигастральн область	22	100	36	26,3	-	-	3:5<0,01
6. Верхняя по-ловина живота	14	63,6	112	81,7	53	61,6	5:7>0,05 3:7>0,05
7. Правая поло-вина живота		-	12	8,8	-	-	-

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7	8
8. Левая половина живота	5	22,7	28	20,4	-	-	3:5 > 0,05
9. Пупочная область	22	100	63	45,9	27	31,4	3:5 0,01 5:7 0,05 3:7 0,01
10. Сочетанные, распространенные по всему животу	-	-	-	-	-	-	-
11. Неопределенная	-	-	-	-	36	41,8	-
III. Характер боли:							
12. Тупая, ноющая	18	81,8	121	88,3	48	55,8	3:5 > 0,05 5:7 < 0,05 3:7 < 0,05
13. Приступообразная	16	74,7	16	11,7	-	-	3:5 < 0,05
14. Без характеристики	4	18,2	-	-	80	93	3:7 < 0,05
IV. Интенсивность боли:							
15. Слабая	5	22,7	121	88,3	86	100	3:5 < 0,05 5:7 > 0,05 3:7 < 0,05
16. Сильная	17	77,3	16	11,7	-	-	3:5 < 0,05
V. Продолжительность боли:							
17. Несколько мин.	18	81,8	122	89,1	86	100	3:5 > 0,05 5:7 > 0,05 3:7 > 0,05
18. Несколько часов	4	18,2	15	10,9	-	-	3:5 < 0,05
VI. Связь боли							

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7	8
с приемом пищи							
19.Боли возникают(усилив)до и исчезают после приема пищи	4	18,1	90	65,7	-	-	3:5<0,01
20.Боли возникают(усилив)до и ослабевают после приема пищи	18	81,8	-	-	53	61,6	3:7>0,05
21.Боли усиливаются сразу после приема пищи	-	-	-	-	-	-	-
22.Через 1-2-3 часа после еды	11	50	21	15,3	-	-	3:5<0,05
23.Боли возникают спонтанно, вне связи с приемом пищи	10	45,4	26	19,0	47	54,6	3:5<0,05 5:7<0,05 3:7>0,05
УП. Связь боли с качест.составом пищи:							
24.Боли появляются(усилив) после острой и раздраж. пищи	22	100	72	52,5	38	44,2	3:5<0,05 5:7>0,05 3:7<0,01
25.Появляются(усилив) после жирной и богатой растительн. клетчаткой еды	22	100	36	26,3	35	40,7	3:5<0,01 5:7<0,05 3:7<0,05
26.С качествен.							

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7	8
составом пищи не связаны	5	22,7	39	21,2	27	31,4	3:5>0,05 5:7>0,05 3:7>0,05
УШ. Методы облегчения боли: 27. Проходят самостоятельно	17	77,2	53	38,7	86	100	3:5<0,05 5:7<0,01 3:7<0,05
28. После применения тепловых процедур	-	-	28	20,4	-	-	-
29. После применения медикаментов (анальгетики, спазмолитики, препараты-ферменты)	18	81,8	56	40,8	-	-	3:5<0,05

(*) - Сумма процентных отношений превышает 100, поскольку у ряда детей были различные варианты абдоминальной болевой симптоматики в анамнезе

кали (усиливались) до и ослабевали после приема пищи, но в ряде случаев возникали через 2-3 часа после еды или спонтанно, вне связи с приемом пищи. Что касается связи абдоминальной боли с качественным составом пищи, то, по нашим данным и данным других авторов (Цветкова Л.Н., Филин В.А., 1991), у большинства больных обнаруживалось усиление боли после приема острой раздражающей и жирной пищи. Среди методов облегчения боли родители отмечали прием но-шпы, анальгина, в ряде случаев препаратов-ферментов, но нередко боли проходили и самостоятельно.

У больных хроническим гастритом и гастродуоденитом жалобы на боли в животе оказались еще более разнообразными. Чаще всего родители указывали, что боли в животе повторялись ежемесячно или несколько раз в месяц. У меньшего числа больных они были ежедневными или повторялись несколько раз в неделю. Что касается лока-

лизации боли, то у большинства больных это была верхняя половина живота и пупочная область, реже больные указывали на эпигастральную область, левую или правую половину живота. Нередко у одного и того же больного выявлялись боли в животе различной локализации, о чем свидетельствовали приводимые нами показатели. Как и у больных язвенной болезнью, преобладающим характером боли была тупая, ноющая боль слабой интенсивности, непродолжительная. Реже больные отмечали приступообразную интенсивную боль, значительной продолжительности.

Различия были выявлены и при анализе связи боли в животе со временем приема пищи. Так, у многих детей боли в животе возникали или усиливались до приема пищи (натощак), но после еды исчезали. В ряде наших наблюдений прием пищи оказывал противоположное действие: боли в животе не исчезали и не ослабевали, а, напротив, усиливались через 1-3 часа после еды (поздние боли). И, наконец, у части больных боли в животе возникали спонтанно, вне связи с приемом пищи.

Обнаружилась связь боли в животе с качественным составом пищи. Как и у больных язвенной болезнью, у больных хроническим гастритом и гастродуоденитом чаще всего появление или усиление боли отмечалось после употребления острой, раздражающей или жирной пищи, а также пищи, богатой сырой растительной клетчаткой (морковь, капуста, репа, яблоки, дыни и др.). В ряде случаев качественный состав пищи существенно не влиял на появление боли: по словам родителей, боли в животе возникали и при обычном питании, т.е. когда продукты, возбуждающие желудочную секрецию, в пищевом рационе отсутствовали.

Что же касается методов облегчения боли, то нередко для снятия или уменьшения боли родители использовали различные препараты, в частности, но-шпу, папаверин, анальгин, фестал. Довольно часто боли проходили самостоятельно или родители предлагали детям грелку на живот.

И, наконец, в группе детей, которую мы активно выявили в школе после проведения аурикулоскопии, было не так все благополучно, как казалось родителям. Опросом было установлено, что все они жаловались на боли в животе, которые повторялись ежемесячно или несколько раз в месяц. Боли эти были различные по локализации, однако преобладали боли в верхней половине живота либо неопределенной локализации, нередко больные указывали и на боли в пупочной

области. По характеру боли были тупыми, ноющими, неинтенсивными, кратковременными или без определенной характеристики. Видимо, поэтому они не привлекали внимание родителей и самих детей. Что же касается связи боли в животе с приемом пищи, то многие больные отмечали возникновение боли или ощущение "подсасывания" до приема пищи и исчезновение боли или указанного ощущения после приема пищи. Но нередко боли в животе возникали как до, так и спонтанно, вне связи с приемом пищи. Можно было отметить также более частое появление боли у этих детей после употребления маринадов, острых приправ, жирной пищи, грубой растительной клетчатки, но в ряде случаев связи боли в животе с качественным составом пищи не прослеживалось. Как удалось установить при опросе родителей и больных этой группы, боли в животе проходили самостоятельно и не требовали использования медикаментозных препаратов.

При объективном обследовании больных мы проводили аурикулоскопию по методике, указанной в главе 2. Оказалось, что наиболее выраженные показатели аурикулоскопии были у больных язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки (22 ребенка). У этих детей обращал на себя внимание ярко выраженный сосудистый рисунок кожи в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, при этом на фоне отечной кожи древовидное расширение сосудов, доступное визуализации, было особенно впечатляющим (см. рис. 2).

У больных с обострением хронического гастрита и гастродуоденита (137 детей) и у детей, госпитализированных нами после осмотра в школе, но не состоявших на диспансерном учете по поводу хронической гастродуоденальной патологии (у 86 больных), сосудистый рисунок кожи ушной раковины в указанной зоне был также ярко-красного цвета, но у ряда этих больных (у 98 детей) древовидное расширение сосудов казалось менее выраженным, по сравнению с другими больными (у 125 детей), у которых ярко-красный сосудистый рисунок с его боковыми ответвлениями занимал значительно большую площадь кожи передней поверхности ушной раковины (см. рис. 3).

На основании представленных данных мы заключили, что предложенная схема опроса родителей и детей на предмет выявления локализации и характера боли в животе дает возможность заподозрить обострение хронических заболеваний гастродуоденальной зоны. Однако наш опыт подсказывает, что не всегда врач может получить

ответы на поставленные вопросы. Например, дети младшего возраста абдоминальные боли четко охарактеризовать не могут, но и дети старшего возраста в ряде случаев дают скудную информацию о характере своих болевых ощущений. У родителей нередко отсутствует настороженность относительно наличия у их детей хронических заболеваний органов пищеварения. Результатом этого и явился тот факт, что хроническая гастродуоденальная патология у части больных была впервые диагностирована нами. Перечисленным далеко не исчерпываются трудности оценки субъективной болевой абдоминальной симптоматики, диагностически значимой для хронических заболеваний гастродуоденальной зоны. В этих условиях такая простая скрининг-диагностика, как аурикулоскопия, предложенная нами, ориентирует врача на проведение определенного вида углубленного обследования больных.

У обследуемых нами больных отмечались не только жалобы на боли в животе. Другой частой жалобой были диспепсические расстройства. Среди них мы обратили внимание на изменение характера аппетита (сниженный – у 62,8% больных, неустойчивый – у 18,3% детей), периодическую тошноту (у 46,4% больных), рвоту (у 35,8% детей) и отрыжку (горечью, кислым, пищей, воздухом – у всех больных), изжогу (у 36,3% детей) и различные нарушения стула (периодические поносы – у 18,2% детей, частые запоры – у 59,8% больных, чередование поносов и запоров – у 22,6% детей). Некоторые из перечисленных жалоб, такие, как снижение аппетита, тошнота и отрыжка, в ряде случаев предшествовали обострению хронической гастродуоденальной патологии и обнаруживались раньше, чем жалобы на боли в животе.

И, наконец, третья разновидность жалоб, выявленная у наших больных, были симптомы общевротического характера, изменения психоэмоционального тонуса в виде раздражительности, повышенной возбудимости, агрессивности, нарушения сна, или, напротив, у детей отмечалось угнетенное, подавленное настроение, тревога, плаксивость. В сочетании с жалобами на головную боль и головокружения указанные клинические симптомы создавали весьма своеобразные нарушения психоэмоциональной сферы в виде астено-невротического синдрома (Сорокоумова А.Ф., 1992), что мы учитывали при проведении лечения и реабилитации больных.

Перечисленные клинические симптомы наблюдались практически у всех наших больных (у 86,2 % детей), имеющих, как мы указывали

ранее, значительную давность заболевания и отражали тяжесть течения патологического процесса, а аурикулоскопия позволяла диагностировать его локализацию.

Результаты осмотра, полученные при поверхностной и глубокой пальпации живота у обследуемых больных, были проанализированы по 14 клиническим признакам, в число которых вошли клинические симптомы и зоны болезненности (гипералгезии) (табл. 4).

Таблица 4
Локализация боли в животе у больных с хронической гастродуоденальной патологией, осмотренных аурикулоскопически (по данным объективного обследования)

Клинический симптом, зоны болезненности	Общее число больных n= 245 (*)						Степень достовер различ., соот-но частоты анализир показ, р
	Больные язвенной болезнью n=22		Больные хроническим гастритом и гастродуоден n=137		Школьники, считавшие себя здоровыми n=86		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1	2	3	4	5	6	7	8
При поверхностной пальпации: 1. Защитное напряжение мышц верхней половины живота (симптом Менделя)	22	100	91	66,4	49	56,9	3:5>0,05 5:7>0,05 3:7<0,05
2. Активная мышечная защита по всему животу	22	100	46	33,6	5	5,8	3:5<0,01 5:7<0,01 3:7<0,01

Продолжение таблицы 4

1	2	3	4	5	6	7	8
печени	8	36,3	53	38,7	24	27,9	5:7>0,05 3:7>0,05
13. Увеличение и болезненность мезентериальных лимфатических узлов	6	27,4	44	32,1	34	39,5	3:5>0,05 5:7>0,05 3:7>0,05
14. Сочетание клинических симптомов и зон болезненности	-	-	68	49,6	61	70,9	5:7<0,05

(*) Сумма процентных отношений превышает 100, поскольку некоторые больные имели более одного клинического признака (симптома, зоны болезненности)

Как следует из представленных в таблице данных, обострение хронических заболеваний гастродуоденальной зоны у наших больных сопровождалось полиморфностью клинических симптомов. В то же время у больных язвенной болезнью отчетливо выявлялся симптом Менделя (защитное напряжение мышц верхней половины живота) и активная мышечная защита по всему животу, а при глубокой (методической) пальпации - болезненность в пилородуоденальной зоне, в холедохопанкреатическом треугольнике (зоне) Шоффара, в пупочной области. Наряду с этим выявлялась болезненность в точке Мейо-Робсона и в эпигастральной области, болезненной была пальпация толстой кишки и печени, в некоторых случаях отмечалось увеличение и болезненность мезентериальных лимфатических узлов.

У больных с обострением хронического гастрита и гастродуоденита результаты поверхностной пальпации живота были несколько иными: довольно часто, но не у всех детей, выявлялось защитное напряжение мышц верхней половины живота (симптом Менделя), активная мышечная защита по всему животу и вздутие верхней половины живота. При глубокой пальпации живота почти также часто, как и у больных язвенной болезнью, отмечалась болезненность в пилородуо-

денальной зоне и в пупочной области ($p > 0,05$), с различной частотой – болезненность в других пальпируемых зонах (в эпигастральной области, в холедохопанкреатическом треугольнике, в точке желчного пузыря и Мейо-Робсона, по ходу толстой кишки). Нередкой находкой была болезненность по всему животу без четкой локализации, увеличение и болезненность печени и мезентериальных лимфатических узлов, а также сочетание клинических симптомов и зон болезненности.

У детей, осмотренных в школе и направленных нами в специализированное отделение, клинические симптомы, обнаруживаемые при пальпации живота, были не менее выраженными, чем у предыдущей группы больных. Такой симптом, как защитное напряжение мышц верхней половины живота, отмечался с такой же частотой ($p < 0,05$), а вздутие верхней половины живота даже чаще ($p < 0,05$), чем у больных с обострением хронического гастродуоденита. Наиболее отчетливыми клиническими симптомами, выявленными при глубокой пальпации живота у этой группы больных, была болезненность в пилородуоденальной и пупочной областях, по всему животу без четкой локализации, также в эпигастральной области и в зоне Шоффара, в точке Мейо-Робсона. Наряду с этим в ряде наблюдений выявлялись увеличение и болезненность печени, мезентериальных лимфатических узлов, а также очень часто – сочетание клинических симптомов и зон болезненности.

Значительная частота обнаружения клинических симптомов, характерных для патологии гепатобилиарной системы (болезненность в точке желчного пузыря, увеличение и болезненность печени), поджелудочной железы (болезненность в зоне Шоффара, в точке Мейо-Робсона) и кишечника (болезненность при пальпации толстой кишки, по всему животу без четкой локализации, увеличение и болезненность мезентериальных лимфатических узлов), мы объясняли сочетанным характером поражения органов пищеварения у больных с заболеваниями гастродуоденальной зоны, на что указывает ряд клиницистов – педиатров и терапевтов (Резник Б.Я., Коваль Н.И., 1971; Гудзенко Ж.П., 1980; Геллер Л.И., 1982; Дорофеев Г.И., Успенский В.М., 1984; Ма-зурин А.В. и соавт., 1991; Григорьев К.И., 1991; Синявская О.А. с соавт., 1983) и наши наблюдения.

Анализируя общее состояние обследуемых больных, мы обратили внимание, что у всех больных язвенной болезнью и у многих с обострением хронической гастродуоденальной патологии оно было нарушен-

ним и в ряде наблюдений (у 3% больных) его следовало оценивать как среднетяжелое, а иногда и тяжелое, что соответствовало характеру жалоб, предъявляемых нашими больными. Характерным был внешний вид осматриваемых больных. Многие из них были бледными, либо кожа имела землисто-бледный оттенок. В ряде наблюдений обращала на себя внимание сухость кожи с участками шелушения и гиперпигментации на животе, коленях, локтях, шее либо избыточная влажность кожи. Обращали на себя внимание изменения полости рта у осматриваемых больных. Часто дети отмечали сухость во рту, особенно по утрам и снижение слювации. Обнаруживался рыхлый, утолщенный, с отпечатками зубов язык, часто обложенный густым, дурно пахнущим налетом, сглаженность сосочков, "лакированный" язык. Все указанные симптомы мы относили к признакам гипополивитаминоза. В том или ином сочетании они обнаруживались у всех наших больных. Частой находкой у обследуемых больных был кариес зубов и хронический тонзиллит.

Обращали на себя внимание особенности физического развития наших больных. Так, у преобладающего числа детей (у 73,6%) отмечалось снижение массы, при этом у части из них (у 28,4%) дефицит массы был значительным, в пределах 3-4 кг. У части детей (у 10,6%), напротив, имел место избыток массы. У значительного числа больных, имеющих дефицит массы или без него (у 38,4% детей) отмечалось замедление активности роста или отставание в росте в пределах 5-10 см. Как правило, больные с отставанием физического развития, согласно анамнестическим данным, имели давность хронической гастродуоденальной патологии от 3 до 5 и более лет.

Описываемая клиническая картина дополнялась объективно регистрируемыми показателями (Белоконь Н.А., Кубергер М.Б., 1987), указывающими на вегето-сосудистую дистонию: у большей части больных (у 63,4% детей) имелось состояние ваготонии, у меньшего числа детей (у 24,9% больных) - симпатикотонии и в редких наблюдениях (у 5,7% больных) имел место смешанный тип вегето-сосудистой дистонии.

На основании полученных данных мы заключили, что не только субъективная но и объективная клиническая симптоматика, выявленная у наших больных, свидетельствовала о тяжести течения хронической гастродуоденальной патологии с сопутствующими ей признаками интоксикации и гипополивитаминоза. Нередко указанное было следствием отсутствия своевременной диагностики рецидивов хронических заболеваний гастродуоденальной зоны, ибо ныне используемые мето-

ды обследования обременительны для детей, а скрининг-диагностикой этих заболеваний, в частности, методикой аурикулоскопии врачи-педиатры не владеют.

Длительность пребывания наших больных в стационаре составляла от 35 до 46 к/д. Показаниями для выписки больных являлись следующие клинические признаки: улучшение общего состояния, исчезновение спонтанной боли в животе, повышение активности аппетита, а также уменьшение либо исчезновение диспепсических расстройств и жалоб общевротического характера.

В процессе лечения больных мы обращали внимание не только на динамику их общего состояния и болевой абдоминальной симптоматики, но и на аурикулоскопическую картину. Как оказалось, ни в одном из наших наблюдений к концу пребывания в стационаре инъецированность сосудов кожи в указанной зоне не исчезала.

Наиболее длительно выраженные аурикулоскопические изменения отмечались у больных язвенной болезнью: на фоне затихания субъективной и объективной клинической симптоматики, характерной для этого заболевания, сохранялась ярко красная окраска (длина волны - 610-620 нм) сосудов и отечность кожи ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки (см. рис. 2,3).

У большинства больных с обострением хронического гастрита и гастродуоденита (у 80,4 % детей) через 9-12 мес. после выписки из стационара сосудистый рисунок приобретал фиолетовую окраску (длина волны - 420-435 нм) с соответствующими изменениями кожи ушной раковины в описываемой зоне (см. рис. 4,5). При этом самочувствие больных было устойчиво удовлетворительным, жалобы на боли в животе отмечались редко, в основном после физической нагрузки, нарушения диеты, после перенесенных интеркуррентных заболеваний, в ряде случаев, однако, болезненность при пальпации живота в пилородуоденальной зоне или пупочной и эпигастральной сохранялась. Указанная клиническая симптоматика, по нашему мнению, соответствовала клинической ремиссии.

У небольшой части детей (у 19,6% больных) в эти же (9-12 мес) и почти у всех более отдаленные сроки наблюдения (1,5-2 года и более) на месте инъецированных сосудов определялся нерезко очерченный сосудистый рисунок голубого цвета (длина волны - 490 нм) (см.рис. 6,7). Поскольку у этих детей субъективные и объективные клинические симптомы, характерные для хронической гастродуоденальной патологии не обнаруживались, мы диагностировали у

этих больных период клинической и клинико-эндоскопической ремиссии.

Мы располагаем большим материалом диспансерного наблюдения за больными хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны в течение длительного времени и уникальными данными аурикулоскопии у этих детей, которые позволили установить еще один немаловажный факт: у части больных (у 107 из 245 детей) в различные сроки осмотра вновь появлялась красного цвета инъецированность сосудов кожи ушной раковины в интересующей нас зоне, клинические же симптомы обострения, в частности, боли в животе, либо не наблюдались, либо отмечались на 2-3, а иногда и на 4 недели позже. Зафиксировав это наблюдение, мы назначали больным курс противорецидивной терапии и таким образом предупреждали развертывание полного клинического симптомокомплекса рецидива указанных заболеваний. Сосудистый рисунок кожи в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки в этих случаях был настолько доступен визуализации, что мы смогли обучить родителей этих больных регулярно осматривать указанную зону и своевременно проводить противорецидивную терапию с превентивной целью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: обострение язвенной болезни, хронического гастрита и гастродуоденита у детей в возрасте от 7 до 15 лет сопровождается не только появлением субъективной и объективной абдоминальной болевой симптоматики, диспепсических и общевротических расстройств, но и изменениями периферической рецепторной зоны в виде появления ярко-красной инъецированности сосудистого рисунка и отечности кожи ушной раковины в области проекции желудка и двенадцатиперстной кишки. Периоду клинической ремиссии указанных заболеваний сопутствует затихание клинической симптоматики и смена окраски сосудистого рисунка кожи на фиолетовый. И, наконец, клиническая ремиссия сопровождается отсутствием субъективной и объективной клинической симптоматики, характерной для хронических заболеваний гастродуоденальной зоны, и голубой окраской сосудистого рисунка кожи ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки. Хронические заболевания гастродуоденальной зоны могут протекать скрытно, малосимптомно и выявляются с помощью аурикулоскопии.

Анамнез наблюдаемых больных был крайне неблагоприятным, характеризовался большим числом ранее перенесенных интеркуррентных заболеваний и частыми рецидивами патологического процесса в гас-

тродуоденальной зоне, что свидетельствовало о его тяжести. Предлагаемый нами скрининг-тест был направлен на диагностику локализации патологического процесса, а не на оценку тяжести состояния больного. Наряду с этим аурикулоскопией можно использовать как скрининг-диагностику стадийности течения (обострение, клиническая и клинико-эндоскопическая ремиссия) язвенной болезни, хронического гастрита и гастродуоденита, а также как превентивную диагностику рецидива этих заболеваний.

Результаты исследований, проводимых нами с целью объективизации полученных данных, будут изложены в последующих главах работы.

Глава 4. Результаты морфологического исследования слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у наблюдаемых больных

С целью объективизации данных скрининг-диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной зоны всем наблюдаемым больным (245 детей) проводилось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта (эзофагогастродуоденоскопия). У больных с положительными результатами аурiculoскопии при отсутствии эндоскопических изменений слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки, указывающих на наличие хронического гастрита или гастродуоденита, или дуоденита, мы проводили прицельную биопсию слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и изучали гистологические изменения слизистой оболочки этих органов.

4.1. Результаты эндоскопического исследования слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

При эндоскопическом обследовании больных с клиническими симптомами язвенной болезни (22 из 245 детей - у 9 %) было установлено, что у всех этих детей язва локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки, что согласуется с литературными данными о преимущественном расположении язв у детей в указанной зоне (Мазурин А.В., 1973; Мазурин А.В. и соавт., 1973; Степанов Э.А. с соавт., 1980; Исаков Ю.Ф. с соавт., 1980; Berry L.N., 1974; Mougenot J.E. et al, 1978; Burdelski M., Nuchzermeyer H., 1979). Эндоскопически язва имела вид дефекта слизистой оболочки округлой или линейной формы диаметром от 0,3-0,5 до 0,8 см с неглубоким дном, покрытым некротическими наложениями с примесью крови или фибрином. Наряду с этим обращал на себя внимание отек не только краев язвы, но и всей слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки, а также ее легкая кровоточивость. Нередкой находкой у наших больных были множественные точечные кровоизлияния вокруг язвенного дефекта на фоне отечной и разлитой гиперемии слизистой оболочки, что свидетельствовало о наличии дуоденита. В наших наблюдениях имели место одиночные язвы, но не

множественные, как указывают некоторые другие авторы (Долецкий С.Я. и соавт., 1984). На фоне описываемых эндоскопических изменений слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки были отчетливо выражены аурикоскопические признаки в виде яркого древовидного расширения сосудов в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, которому сопутствовал отек и напряжение кожи в этой зоне (см. рис. 2).

На фоне проводимого лечения в динамике наблюдения (через 6-8 недель) язвенный дефект приобретал неправильную форму, дно его уплощалось и очищалось от налета, уменьшались отек и гиперемия слизистой оболочки вокруг язвы, однако морфологическая картина дуоденита сохранялась. У некоторых больных при наличии дуоденита на месте язвы определялось "пятно" гиперемии, т.е. участки грануляционной ткани либо рубец линейной формы. Указанные эндоскопические изменения соответствовали стадии клинической ремиссии язвенной болезни. В таком состоянии мы выписывали больных из стационара и назначали комплекс реабилитационных мероприятий, включающих иглорефлексотерапию, о чем будет изложено в последующих главах. В этот период параллелизма между клиническими проявлениями язвенной болезни и аурикулоскопическими изменениями мы не отметили: яркость сосудистого рисунка кожи передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки сохранялись.

Приводим пример (1).

Я-ев Андрей, 14 лет (протокол 618 от 08.06.90 г.): слизистая оболочка пищевода не изменена. В желудке натощак большое количество слизи с примесью дуоденального содержимого. Слизистая оболочка отечная, гиперемированная на всем протяжении, особенно в антральном отделе. В пилорическом отделе слизистая оболочка контактно ранима. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки отечная, гиперемированная, рыхлая. На задней стенке слизистой оболочки язва размером 0,5-0,6 см., края ровные, отечные. Дно язвы покрыто фибрином, из-под фибринового налета истечение крови.

Заключение: язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Поверхностный гастрит. Поверхностный дуоденит. Дуодено-гастральный рефлекс. Результаты аурикулоскопии (рис. 9).

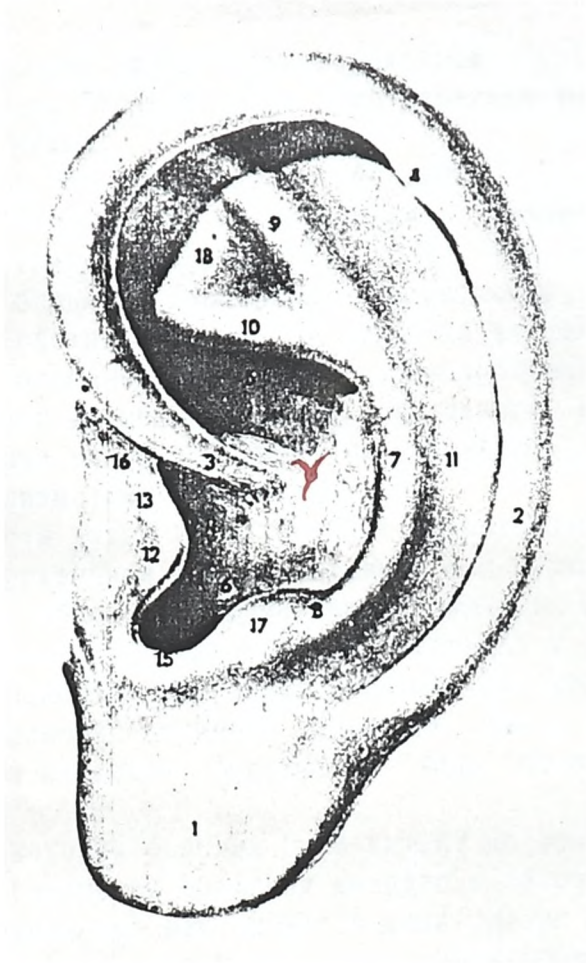


Рис. 9. Аурикулоскопия у больного Я-ева Андрея, 14 лет.
Диагноз: язва луковицы двенадцатиперстной кишки.
Поверхностный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс.

На рисунке виден ярко-выраженный сосудистый рисунок кожи (длина волны 610-620 нм) в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки.

У ряда больных (у 72 из 245 детей - у 29,4%) при эндоскопическом обследовании обнаруживались различные морфологические формы гастрита (Мазурин А.В., 1984). Так, в ряде наблюдений (у 23 из 72 больных) показатели гастроскопии трактовались как поверхностный гастрит: слизистая оболочка желудка выглядела отечной, рыхлой с очаговой или более распространенной гиперемией. В случаях сопутствующего дуоденогастрального рефлюкса ярко-красное окрашивание слизистой оболочки сочеталось с желтушным окрашиванием и слизистыми наложениями.

У части детей (у 22 больных) результаты гастроскопии были более выраженными и расценивались как гипертрофический гастрит: слизистая оболочка желудка представлялась резко отечной и гиперемированной, тусклой, рыхлой, особенно в антральном отделе. Над поверхностью слизистой оболочки выступало множество различных по величине сосочков, бугорков, при этом слизистая оболочка выглядела неровной, бугристой - типа "манной крупы", "бульжной мостовой".

У некоторых больных (у 8 детей) на фоне ранее описываемых изменений слизистой оболочки желудка в антральном отделе обнаруживались единичные или множественные эрозии диаметром до 0,3-0,6 см., окаймленные венчиком гиперемированной слизистой оболочки. Некоторые из них были покрыты геморрагическим налетом, вокруг эрозий обнаруживались внутрисосудистые кровоизлияния. Указанные изменения слизистой оболочки позволяли диагностировать в этих наблюдениях эрозивный гастрит.

Довольно часто (у 19 из 72 детей) при гастроскопии обнаруживалась субатрофическая и смешанная формы гастрита. В этих наблюдениях слизистая оболочка желудка имела пестрый, мозаичный характер: на фоне рыхлой, отечной и гиперемированной, легко ранимой слизистой оболочки можно было видеть участки бледной, истонченной слизистой оболочки с просвечивающейся сеткой мелких сосудов. Описываемая картина в некоторых случаях дополнялась наличием единичных или множественных эрозий разной величины преимущественно в антральном отделе.

Приводим пример (2)

Д-на Наташа, 11 лет (протокол № 26 от 21.01.89): слизистая

оболочка пищевода не изменена. Слизистая оболочка желудка гиперемированная, рыхлая, отечная. На этом фоне в антральном отделе определяются петехиальные кровоизлияния и эрозии диаметром 0,2-0,3-0,4 см, покрытые геморрагическим налетом, легко кровоточат. Пилорус и слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки не изменены. В просвете желудка много слизи, окрашенной в желтый цвет.

Заключение: антральный эрозивный гастрит. Дуоденогастральный рефлюкс. Данные аурикулоскопии (рис. 10).

На рисунке виден сосудистый рисунок кожи интенсивно красного цвета (длина волны 610-620 нм) в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки.

У большинства больных (у 130 из 245 детей - у 53,1%) при эндоскопическом обследовании выявлялись различные морфологические формы гастродуоденита. Так, в ряде наблюдений (у 82 из 130 больных) диагностировалась гипертрофическая форма гастродуоденита: наряду с ранее описанными изменениями слизистой оболочки желудка, характерными для гипертрофической формы гастрита, обнаруживались нарушения структуры слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Последняя представлялась резко отечной, рыхлой, гиперемия слизистой оболочки носила диффузный характер. Над поверхностью слизистой оболочки выступали лимфоидные фолликулы, различные по величине, вследствие чего слизистая оболочка имела вид "манной крупы", "булыжной мостовой". Некоторые авторы (Соколова Г.Н., Городинская В.С., 1980) называют эти образования лимфангиоэктазами верхушек ворсинок. Указанные изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки были отнесены к гипертрофическому дуодениту (Мирошниченко В.А., 1975; Scott B.N., Losowsky M.S., 1976; Александрова Н.И., Королева А.С., 1990; Борисенко М.И. и соавт., 1990).

У части детей (у 30 из 130 больных) имел место эрозивный гастродуоденит: наряду с эрозиями слизистой оболочки желудка имели место изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. У этих больных на фоне резко отечной и гиперемированной слизистой оболочки определялись единичные или множественные эрозии размером от 0,1 до 0,4 см, неправильной формы, с плоским дном, покрытым фибринозными наложениями.

Заметно меньше (у 18 из 130 больных) в описываемых наблюде-

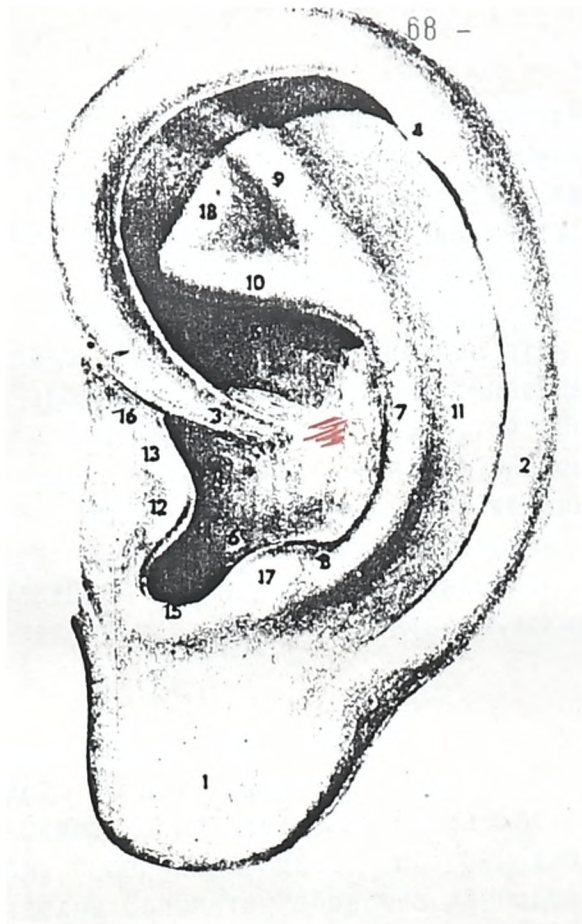


Рис. 10. Аурикулоскопия у больной Д-ной Наташи, 11 лет.
Диагноз: антральный эрозивный гастрит.
Дуодено-гастральный рефлюкс.

ниях выявлялась смешанная форма гастродуоденита: при наличии поверхностного гастрита обнаруживались морфологические изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, характерные для гипертрофического или эрозивного дуоденита. В случаях гипертрофического гастрита изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки были менее выражены и определялись как поверхностный дуоденит либо морфологической картине этой же формы сопутствовал эрозивный дуоденит. У ряда больных ранее описываемым формам гастрита сопутствовали изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки иного характера: слизистая оболочка была серовато-бледного цвета с просвечивающейся сеткой мелких сосудов и выглядела истонченной, причем истончение имело не только очаговый, но и распространенный характер, что позволяло трактовать указанную морфологическую картину как субатрофический (атрофический) дуоденит.

Приводим пример (3).

7. Р-ва Оля, 10 лет (протокол № 839 от 23.11.89): слизистая оболочка пищевода не изменена. Слизистая оболочка желудка рыхлая, отечная, гиперемированная, вид "булыжной мостовой" в антральном отделе. Слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки диффузно гиперемирована, отечная. На слизистой оболочке луковицы двенадцатиперстной кишки выявляется зернистость в виде мелких (диаметром 0,1-0,2 см) полукруглых образований, выступающих над поверхностью слизистой оболочки. Виден отечный гиперемированный Фатеров сосок. Отмечается периодический заброс желчи в желудок.

Заключение: гипертрофический гастродуоденит. Пап илит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Данные аурикулоскопии (рис. 11).

На рисунке виден сосудистый рисунок кожи ярко-красного цвета (длина волны 610-620 нм) в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки.

На фоне проводимого лечения в динамике наблюдения (через 6-8 недель) морфологическая симптоматика гастрита и гастродуоденита затихала: уменьшалась отечность и гиперемия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, на местах эрозий оставались пятна гиперемии или голубоватого цвета тени, кровоточивость оболочки исчезала. В просвете желудка определялось большое количест-

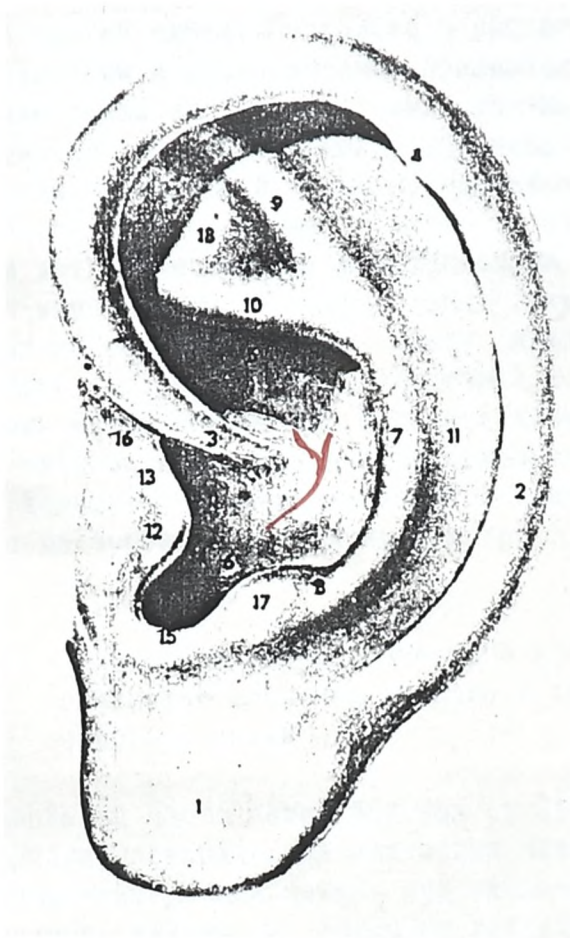


Рис. 11. Аурикулоскопия у больной Р-вой Оли, 10 лет.
Диагноз: гипертрофический гастродуоденит.
Папилит. Дуодено-гастральный рефлюкс.

во вязкой густой слизи. Поскольку у наблюдаемых больных параллельно указанным морфологическим признакам исчезала субъективная абдоминальная клиническая симптоматика, уменьшались или исчезали признаки диспепсических и общевротических расстройств, мы оценивали описываемый клинико-эндоскопический статус как стадию клинической ремиссии гастрита (гастродуоденита). В таком состоянии дети выписывались из стационара для проведения реабилитационных мероприятий. У этих больных также, как и у детей с язвенной болезнью, параллелизма между клиническими проявлениями хронического гастрита и гастродуоденита и аурикулоскопическими изменениями мы не наблюдали: в период клинической ремиссии сосудистый рисунок кожи передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки в этих наблюдениях оставался доступным визуальному осмотру.

4.2. Результаты гистологического исследования слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

У небольшой части наших больных (у 21 из 245 детей - у 8,5%), имеющих аурикулоскопические изменения кожи в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, эндоскопические признаки нарушения структуры слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки не обнаруживались. Этим детям была проведена прицельная биопсия слизистой оболочки указанных органов с последующим гистологическим исследованием препаратов. Оценивалась общая архитектура слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и состояние ее эпителиального покрова, характер и выраженность клеточной инфильтрации. Так, в ряде наблюдений (у 15 детей) на поверхности слизистой оболочки желудка определялось довольно большое количество слизи, десквамированный эпителий. Покровно-ямочный эпителий выглядел уплощенным, желудочные ямки удлинены. Собственная пластинка слизистой оболочки была инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками, гистиоцитами. Степень выраженности клеточной инфильтрации была неоднородной, более плотным клеточный инфильтрат оказался на уровне дна ямок и шеек желез. Местами желудочные железы были замещены лимфоцитарно-плазматитарно-гистиоцитарным инфильтратом. Сосуды собственной плас-

тинки слизистой оболочки выглядели расширенными с явлениями капилляро- и лимфостаза, отмечалось набухание и пролиферация эндотелиальных клеток. Шик-реакция была различной степени выраженности, что указывало на гипо- или гиперсекрецию секретообразующих клеток покровно-ямочного эпителия. В описываемых наблюдениях гистологическая картина трактовалась как поверхностный диффузный гастрит с поражением желез без атрофии и нарушениями микроциркуляторного русла (рис. 12, 13).

В других наблюдениях гистологические изменения слизистой оболочки желудка были более выраженными. В просветах желудочных ямок и на поверхности слизистой оболочки обнаруживалось большое количество слизи и десквамированного эпителия. Собственная пластинка слизистой оболочки была густо инфильтрована лимфоцитами, гистиоцитами. Пролиферации поверхностного эпителия сопутствовали густые скопления межэпителиальных лимфоцитов. Окраской по Ван-Гизону обнаруживалось разрастание соединительно-тканых волокон, очаговая коллагенизация базальной мембраны и развитие очагового склероза. Такие изменения слизистой оболочки желудка были отнесены к субатрофическому гастриту (рис. 14).

У некоторых из числа описываемых больных (у 6 детей) слизистая оболочка желудка гистологически представлялась малоизмененной. Нарушения структуры слизистой оболочки касались двенадцатиперстной кишки. При этом в ряде наблюдений обращали на себя внимание дистрофические изменения энтероцитов ворсинок и крипт, распространяющиеся от верхушек до основания ворсинок. Цитоплазма дистрофически измененных энтероцитов имела ячеистую структуру или была мутной, между энтероцитами наблюдалась стертость границ. Во многих клетках ядра теряли свое базальное расположение. На верхушках, боковых поверхностях ворсинок, у их основания встречались участки, где щеточная кайма была разрыхлена. Наблюдалась также потеря участков, лишенных щеточной каймы. Часто отмечалось разволокнение и набухание базальной мембраны энтероцитов. Имело место неравномерное расположение крипт. Нередко отмечалось увеличение их числа и они располагались густо, в некоторых участках слизистой оболочки крипты отсутствовали. Наблюдалась дистопия дуоденальных желез, заключающаяся в их перемещении из подслизистого слоя в собственный слой слизистой оболочки. Миграция желез сопровождалась их гипертрофией, кистозным расширением. Дистрофическим изменениям эпителия ворсинок и крипт сопутствовала массивная клеточная лим-

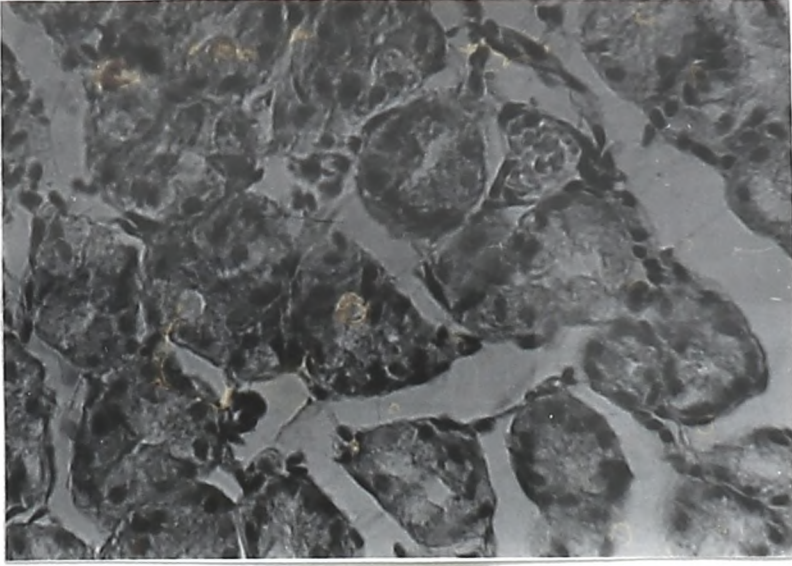


Рис. 12. Поверхностный диффузный гастрит. Железы антрального отдела желудка. Расширение их просвета. Очаговый некробиоз функциональных клеток. Отек собственной пластины слизистой оболочки. Нарушение микроциркуляции, капилляростаз. Окр. ГхЭ. Ув. 7х40.

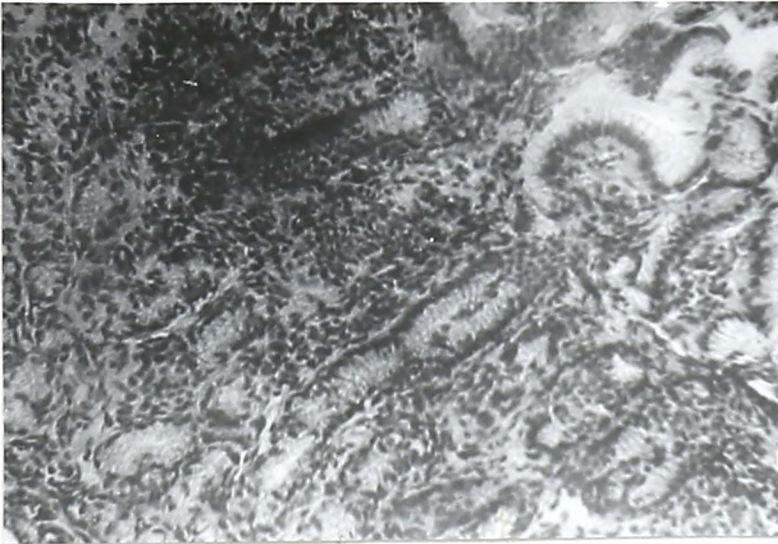


Рис. 13. Антральный отдел желудка. Выраженная лимфоплазмочитарная инфильтрация на уровне дна желудочных ямок и шеек желез. Очаговая десквамация покровного эпителия. Окр. ГхЭ. Ув. 7х20.

фоцитарно-плазмоцитарно-гистиоцитарная инфильтрация, распространяющаяся не только на собственную пластинку слизистой оболочки, но и на подслизистый слой. Описываемые морфологические изменения, как и другие авторы (Струков А.И., Кактурский Л.В., 1977; Крышень П.Ф., Пругло Ю.В., 1978; Kulonen E, Potila M, 1980; Lloret S.F. et al, 1980, 1981), классифицировали как диффузный дуоденит без атрофии слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (рис. 15).

В ряде случаев в анализируемых препаратах были признаки атрофических изменений слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Они заключались в снижении высоты ворсинок, при этом последние выглядели укороченными, редко расположенными. Обращало на себя внимание нарастание числа дистрофическими измененными энтероцитами ворсинок, нарушение целостности щеточной каймы и базальной мембраны энтероцитов. Атрофические изменения отмечались и в криптах. Количество крипт уменьшалось, они располагались островками. Отдельные крипты были кистозно расширенными, некоторые выглядели маленькими, сморщенными, сдавленными клеточным инфильтратом. Чаще определялись дистопированные дуоденальные железы, многие из них кистозно расширялись. Окраской по Ван-Гизону обнаруживалось разрастание соединительной ткани и развитие очагового склероза. Сохранялась выраженная лимфоцитарно-плазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки и более глубоких отделов слизистой оболочки.

Описываемые морфологические изменения слизистой оболочки мы трактовали как диффузный дуоденит с субатрофией слизистой оболочки, что согласуется с данными других авторов (Аруин Л.И., Шаталова О.Л., 1981, 1982; Мазурин А.В., 1984).

Обращало на себя внимание довольно большое количество тучных клеток в составе клеточного инфильтрата слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Тучные клетки выглядели крупными, насыщенными секретом, определялись в собственной пластинке слизистой оболочки на уровне крипт, реже - в ворсинках и межэпителиально. Нередко наряду с тучными клетками, плотно заполненными гранулами секрета, наблюдалась их дегрануляция. Известно, что тучные клетки слизистой оболочки относятся к эндокринным клеткам пищеварительного тракта и являются морфологическим компонентом АПУД-системы. Являясь поставщиком значительного количества биологически активных веществ в тканях - гистамина, гепарина, серотонина, тучные клетки выполняют функцию клеток АПУД-системы,

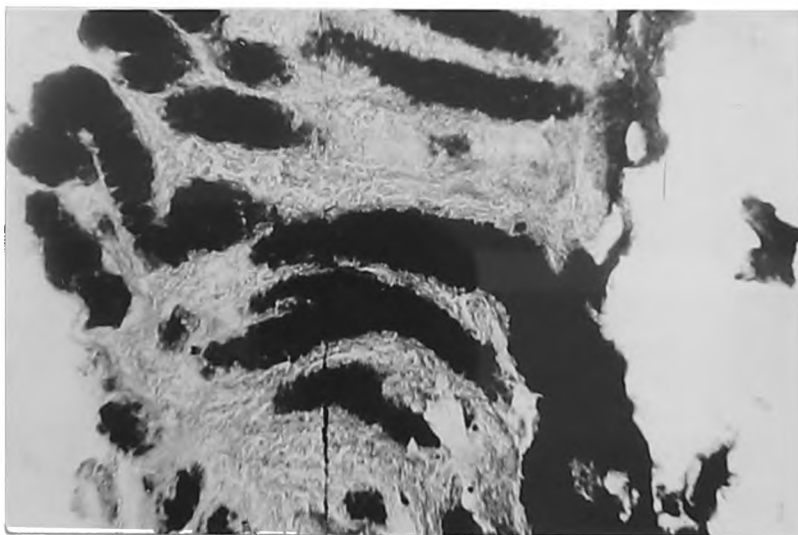


Рис. 14. Антральный отдел желудка. Гиперсекреция покровного и железистого эпителия. ШИК-реакция. Ув. 7x20.



Рис. 15. Б-ная ... Ворсинки неодинаковой величины и формы. Крипты атрофичны. Диффузная клеточная инфильтрация собственного слоя слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Окр. гематоксилином и эозином. Ув. > 63.

т.е. синтезируют амины в собственной цитоплазме, поглощают предшественников и их декарбоксилируют (Курский М.Д., Бакшеев Н.С., 1974; Успенский В.М., 1977; Соловьева И.А., 1981; Липшиц Р.У., Клименко Н.А., 1982). Исходя из той функции, которую выполняют тучные клетки в организме, они и представляли интерес для наших исследований.

Приводим пример (4).

Г-ов Саша, 10 лет (история болезни № 916) поступил на стационарное лечение 12/Х-1990 г. с диагнозом хронический гастродуоденит, период обострения. Жалуется на частые боли в животе. Боли имеют приступообразный характер типа кратковременных приступов, нередко возникают перед едой, затихают после еды, бывают ночью, а также в течение дня. Боли локализуются в правом подреберье, у пупка, в эпигастральной области. Бывает отрыжка пищей и воздухом, редко рвота. По словам родителей болеет с 7-8 летнего возраста. В начале боли были редкие и не нарушали хорошего общего самочувствия, а затем жалобы участились, стал отмечать ухудшение аппетита, горечь во рту, дисфункции кишечника в виде периодических поносов, недомогание. Похудел. Ранее перенес корь, ветряную оспу, повторные респираторные вирусные инфекции.

Родители считают себя здоровыми. При поступлении в стационар состояние больного удовлетворительное. Кожа сухая, субиктеричная на ладонях и подошвах. Гиперпигментация кожи на животе. Язык обложен густым налетом. Саливация снижена. Множественные кариозные зубы. Признаки хронического тонзиллита. При глубокой пальпации живота обнаруживается болезненность в эпигастральной и пилорoduodenальной зоне, по ходу кишечника. Аурикулоскопия: на коже передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки определяется древовидный сосудистый рисунок красного цвета (длина волны 610-620 нм), кожа в этой зоне отечная, болезненность при пальпации (рис. 16).

Копия протокола эндоскопического обследования от 19/Х-90 № 814: слизистая оболочка пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки не изменены.

Копия протокола гистологического исследования: препарат антрального отдела желудка. На поверхности слизистой оболочки

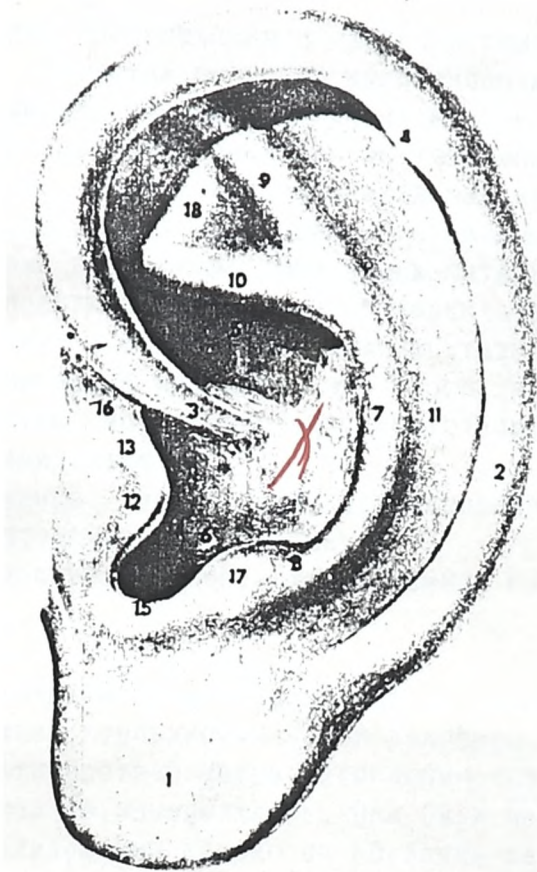


Рис. 16. Аурикулоскопия у 6-ного Г-ва Саши, 10 лет.
Диагноз: хронический гастродуоденит. Поверх-
ностный гастрит. Субатрофический дуоденит.

много слизи. Проплиферация покровного эпителия. В собственной пластинке слизистой оболочки выраженная лимфоцитарно-плазмодитарная инфильтрация. Много тучных клеток. Нарушение микроциркуляции. Очаговый некробиоз клеток эпителия желез.

Препарат слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки: Много десквамированных эпителиальных клеток ворсинок. Базальная мембрана местами разрушена. Много межэпителиальных лимфоцитов. Собственная пластинка слизистой оболочки отечная, сосуды резко гиперемированы, с явлениями капилляростаза. Диффузная лимфоцитарно-плазмодитарная инфильтрация. Много гистиоцитов, фибробластов, тучных клеток. Крипты местами отсутствуют. Очаги разрастания соединительной ткани.

Заключение: хронический гастродуоденит. Поверхностный гастрит. Субатрофический дуоденит.

Клинический диагноз: хронический гастродуоденит, период обострения.

В приводимом примере у больного с ярким сосудистым рисунком кожи передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки эндоскопических изменений со стороны этих органов не определялось. Они были наблюдаемы при гистологическом исследовании слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Диагностическая достоверность аурикулоскопии у 91,5% больных с клиническими признаками хронической гастродуоденальной патологии была подтверждена их эндоскопическим обследованием. Как оказалось, у 9% детей была диагностирована язвенная болезнь, у 29,4% больных обнаруживались различные морфологические формы хронического гастрита и у 53,1% детей – гастродуоденита. В редких наблюдениях (у 8,5% больных) о наличии хронического гастрита или дуоденита свидетельствовали результаты гистологического исследования слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки.

Аурикулоскопия как скрининг-метод диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной зоны достаточно информативен и может быть рекомендован в практику врачей-педиатров.

Глава 5. Показатели БЭМРТ ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, содержание серотонина в крови у наблюдаемых больных - их патогенетическое значение

5.1. Показатели БЭМРТ ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки у детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны

Как известно, морфологической основой хронических заболеваний гастродуоденальной зоны у детей - язвенной болезни, гастрита и гастродуоденита является воспаление на местной иммунной основе (Новикова А.В., 1985; Лобанов Ю.Ф. с соавт., 1993). Указанный воспалительный процесс сопровождается пролиферацией иммунокомпетентных клеточных структур - лимфоцитов, плазматических клеток, гистиоцитов, тучных клеток и эозинофилов в сочетании с дистрофией эпителиальных клеток, наличием сосудистой реакции, сопровождающейся увеличением проницаемости сосудов микроциркуляторного русла. Очевидно, что воспаление вызывает нарушение не только морфологических свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, но и функциональные характеристики этих органов и тканей.

В этих условиях изменяется уровень поглощения тканями низкочастотного импульсного сложномодулированного электромагнитного поля, что проявляется различными отклонениями показателей БЭМР. В наших наблюдениях индикатором активности воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки являлся доступный визуальному осмотру сосудистый рисунок кожи передней поверхности ушной раковины в зоне проекции этих органов.

Как оказалось, у всех наблюдаемых нами больных, страдающих язвенной болезнью, хроническим гастритом и гастродуоденитом, показатели БЭМРТ ушной раковины в указанной зоне были изменены. Наиболее высокие показатели БЭМРТ отмечались у больных язвенной болезнью, составляя $160,9 \pm 8,49\%$ (правое ухо) и $151,75 \pm 8,25\%$ (левое ухо), в контроле $106,65 \pm 0,5\%$ и соответственно $106 \pm 0,51\%$, $p < 0,05$.

В динамике течения болезни в различные сроки после выписки больных из стационара (в течение первого года наблюдения) иссле-

двумя показателями оставались без существенных изменений, составляя через 3 мес. - $150,75 \pm 13,17\%$ (правое ухо) и $148,5 \pm 15,2\%$ (левое ухо), через 12 мес. - $161,6 \pm 38,25\%$ (правое ухо) и $155,6 \pm 21,69$ (левое ухо), $p < 0,05$.

В группе больных с обострением хронического гастрита также, как и у больных язвенной болезнью, показатели БЭМРТшной раковины в области усиленного сосудистого рисунка кожи были заметно выше, чем у детей контрольной группы и составляли $132,68 \pm 0,98\%$ (правое ухо) и $129,5 \pm 1,02$ (левое ухо), $p < 0,05$. На фоне проводимой терапии в различные периоды наблюдения за больными (через 3, 12, 18 мес.) показатели БЭМРТ имели отчетливую тенденцию к снижению, составляя $122,8 \pm 3,42\%$ (правое ухо) и $123 \pm 2,88\%$ (левое ухо), $119 \pm 3,6\%$ и соответственно $116 \pm 0,5\%$, $117 \pm 5,68\%$ (правое ухо) и $118,6 \pm 3,38\%$ (левое ухо).

Подобные изменения БЭМРТшной раковины обнаруживались и у больных хроническим гастродуоденитом. Наиболее высокие цифры БЭМРТ были установлены при обострении этого заболевания, составляя $135,15 \pm 2,83\%$ (правое ухо) и $135,87 \pm 4,39\%$ (левое ухо), в контроле $106,65 \pm 0,5\%$ и соответственно $106 \pm 0,51\%$, $p < 0,05$. В динамике наблюдения, как и у больных хроническим гастритом, исследуемый показатель имел тенденцию к снижению, составляя через 3 мес $120,41 \pm 2,36\%$ (правое ухо), $125,75 \pm 4,36\%$ (левое ухо), через 9 мес $125,62 \pm 2,76\%$ (правое ухо), $127,62 \pm 2,99\%$ (левое ухо), через 18 мес $115,5 \pm 0,95\%$ и соответственно $117,16 \pm 0,54\%$. Показатели БЭМРТшной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки представлены на рис. 17.

Приводим пример (5).

Ш-ов Дима, 13 лет, (история болезни N 187) поступил на стационарное лечение 4/Ш-91 с жалобами на боли в животе в течение последних 2-3 лет, общее недомогание, вялость, заметное и длительное снижение аппетита, отвращение к некоторым видам пищи. По словам мальчика, боли в животе постоянные, ноющие, по временам усиливаются и приобретают характер приступообразных. Появление болей в животе не связано с нарушениями режима питания и характером принимаемой пищи. Боли, как правило, отмечаются в утренние часы, усиливаются во второй половине дня после еды и нередко сопровождаются тошнотой. Отмечается неустойчивый стул. В стационар госпитализирован впервые. Госпитализация связана с

ухудшением общего состояния и нарастанием болей в животе. В семье: у отца – язвенная болезнь, мать страдает хроническим панкреатитом.

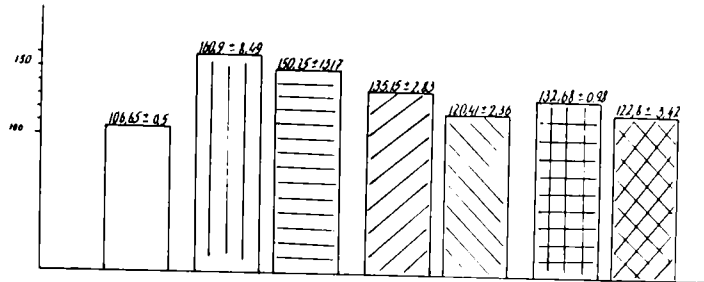


Рис № Показатели БАПРТ (X) у наблюдаемых больных с хроническими заболеваниями gastroduodenальной зоны. Правое угу

- контроль
- ▨ язвенная б-нь, обострение
- ▧ язвенная б-нь, ремиссия
- ▩ гастродуоденит, обострение
- гастродуоденит, ремиссия
- гастрит, обострение
- ▬ гастрит, ремиссия

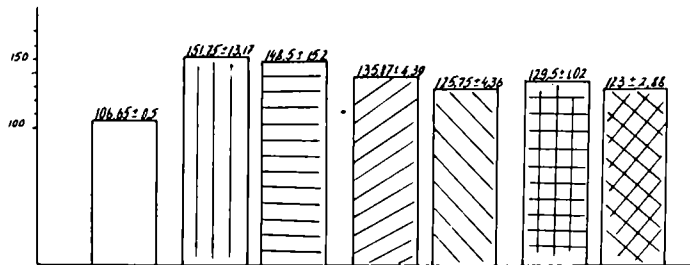


Рис № Показатели БАПРТ (X) у наблюдаемых больных с хроническими заболеваниями gastroduodenальной зоны. Левое угу.

- контроль
- ▨ язвенная б-нь, обострение
- ▧ язвенная б-нь, ремиссия
- ▩ гастродуоденит, обострение
- гастродуоденит, ремиссия
- гастрит, обострение
- ▬ гастрит, ремиссия

Рис. 17. Показатели БЭМРТ ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки у больных хроническими заболеваниями gastroduodenальной зоны

При поступлении состояние больного средней тяжести, отстает в физическом развитии (дефицит массы 4 кг, роста - 10 см). Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах. При глубокой пальпации выявляется выраженная болезненность в пилородуоденальной области и по ходу кишечника, особенно при пальпации сигмовидной кишки.

Аурикулоскопия: на коже передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки определяется яркий сосудистый рисунок красного цвета (длина волны 610-620 нм). Кожа этой области покрыта чешуйками, шелушится (рис. 18).

Копия протокола эндоскопического обследования: слизистая оболочка желудка отечна и гиперемирована в антральном отделе. Слизистая оболочка луковицы и верхнегоризонтальной части двенадцатиперстной кишки диффузно гиперемирована, отечна (вид "булыжной мостовой"), множественные точечные кровоизлияния. Наблюдается заброс дуоденального содержимого в желудок и луковицу.

Заключение: Гастродуоденит. Антральный гастрит. Гипертрофический дуоденит. Дуодено-гастральный рефлюкс.

Показатели БЭМРТ в зоне сосудистого рисунка кожи передней поверхности ушной раковины 135% (правое ухо), 138% (левое ухо), в контроле $106,65 \pm 0,5\%$ и соответственно $106 \pm 0,51\%$.

Показатели серотонина крови 8,55 мкг%.

В приводимом примере у больного с аурикулоскопической и клиноэндоскопической картиной обострения хронического гастродуоденита отмечались высокие показатели БЭМРТ в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки.

На основании полученных данных мы заключили, что у обследуемых больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны показатели БЭМРТ ушной раковины в области визуально определяемого сосудистого рисунка кожи имели однонаправленные изменения: при обострении язвенной болезни, хронического гастрита и гастродуоденита они были повышенными, в периоде клинической ремиссии заметно снижались только у больных хроническим гастритом и гастродуоденитом.

Динамика изменения БЭМРТ соответствовала аурикулоскопической картине, на которую мы указывали ранее (см. гл. 2 и 3), а именно: обострение хронической гастродуоденальной патологии сопровождалось появлением ярко-красного сосудистого рисунка кожи

ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной киш-

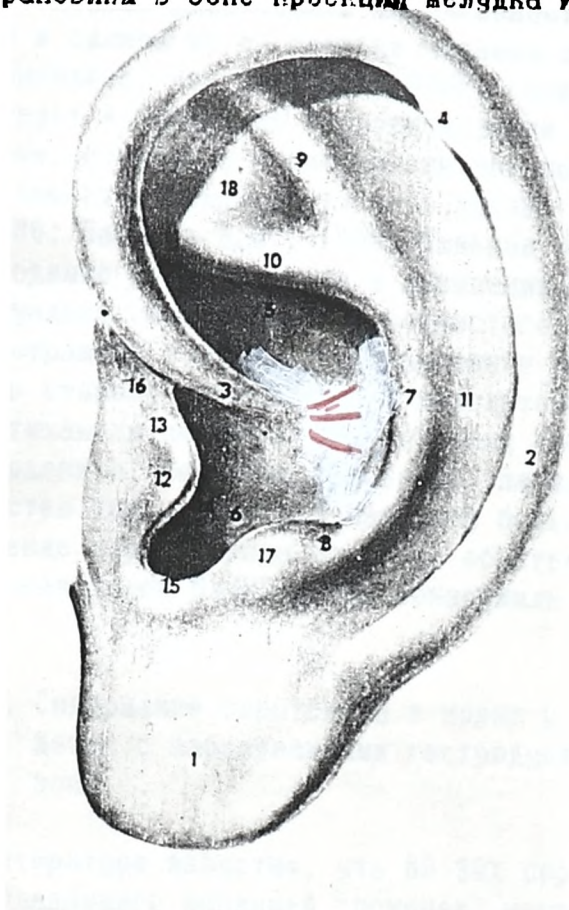


Рис. 18

Аурикулоскопия у больного Ш-ова Дими, 13 лет.
Диагноз: хронический гастродуоденит. Антральный
гастрит. Гипертрофический дуоденит. Дуодено-
гастральный рефлюкс.

ки с постепенным уменьшением интенсивности окраски в периоде клинической и сменой ее на голубую клинко-эндоскопическую ремиссии.

Установлено, что изменения БЭМРТ (повышение, снижение) свидетельствует о нарушении микроциркуляции на тканевом и клеточном уровне, поскольку электромагнитное поле обладает вазодилатационным эффектом микрососудистого русла (Саллес-Кунья С.Ш. с соавт., 1980; Баньков В.И., 1990, Баньков В.И. с соавт., 1992).

Приводимые нами результаты повышения БЭМРТ ушной раковины в зоне визуально определяемого сосудистого рисунка кожи, по нашему мнению, отражает этот процесс нарушения периферической микроциркуляции в сторону ее усиления и положительную динамику, связанную с затиханием активности обострения хронического гастрита и гастродуоденита. Вероятно, наиболее тяжелые микроциркуляторные расстройства характерны для язвенной болезни: в этих наблюдениях в течение первого года после ее обострения положительной динамики показателей БЭМРТ мы не обнаружили.

5.2. Содержание серотонина в крови у наблюдаемых детей с заболеваниями гастродуоденальной зоны

Из литературы известно, что 80-90% серотонина - биогенного амина, обладающего функцией гормонов, концентрируется в тканях желудочно-кишечного тракта, богатого энтерохромафинными (ЕС) клетками. Последние, являясь морфологическим субстратом АПУД-системы, осуществляют нейроэндокринную регуляцию различных функций организма, в том числе и желудочно-кишечного тракта. В норме и патологических процессах (Успенский В.М. и соавт., 1978; Коваль Л.А., Лященко П.С., 1982; Пастухов В.А., Болодинский В.К., 1985). Установлена также роль биогенных аминов при гастродуоденальной патологии: в отличие от гистамина, который участвует в реализации патохимической и патофизиологической стадии аллергии как фактор агрессии, серотонин обеспечивает резистентность слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и действует как фактор защиты (Амиров Н.Ш., Трубицина И.Е., 1981; Мельгунова И.А., Комарова Л.Г., 1985; Владимирова И.А., с соавт., 1986; Заводская И.С., Бульон В.В., 1987; Шемеровская К.А., 1989).

Мы полагаем, что у наших больных, страдающих рецидивирующим

течением хронических заболеваний гастродуоденальной зоны, нейроэндокринная регуляция желудка и двенадцатиперстной кишки не могла оставаться интактной. Следует учитывать, что у детей центральные регуляторные механизмы несовершенны и пищеварительная функция во многом координирована на уровне гуморальной системы, вследствие чего показатели серотонина в крови характеризуют общий нейрогуморальный фон организма (Бадейнова Е.Н. и соавт., 1985).

Как было установлено, у всех обследуемых нами больных с хронической гастродуоденальной патологией в периоде обострения уровень серотонина в крови был повышен и составлял 8.308 ± 0.189 мкг% (при норме 5.045 ± 0.195 мкг%, $p < 0.01$). В процессе лечения и перед выпиской больных из стационара уровень серотонина в крови не имел существенной положительной динамики и оставался повышенным, составляя 7.424 ± 1.12 мкг% ($p < 0.051$). В отдаленные сроки наблюдения (через 1-1.5 года после обострения), в периоде клинической ремиссии уровень серотонина у наших больных снижался, колеблясь в пределах 6.982 ± 0.709 мкг% ($p < 0.05$).

Наиболее высокий уровень серотонина обнаруживался у детей с обострением язвенной болезни - 9.72 ± 0.248 мкг% (при норме 5.045 ± 0.195 мкг%, $p < 0.01$), что почти в два раза превышало исследуемый показатель у здоровых детей. Почти такой же высокий уровень серотонина у этих больных сохранялся в периоде клинической ремиссии в отдаленные сроки наблюдения, составляя 8.693 ± 0.198 мкг%, $p < 0.01$. Полученные данные согласуются с результатами обследования больных язвенной болезнью, приводимыми другими авторами (Френкель И.Д., Комиссарова И.В., 1976; Губский В.И. и соавт., 1976; Домбровская В.А. и соавт., 1976; Амиров Н.Ш., Трубицина 1981).

Показатели серотонина оказались измененными и у больных, страдающих хроническим гастритом. Так, у детей с обострением хронического гастрита уровень серотонина в крови колебался в пределах 7.113 ± 0.170 мкг% (при норме 5.045 ± 0.195 мкг%, $p < 0.01$). В динамике наблюдения, на фоне проводимой терапии и в отдаленные сроки обследования указанный показатель имел тенденцию к нормализации, составляя 6.493 ± 0.215 мкг%, ($p > 0.05$), но так и не достигал нормальных значений.

Исследование содержания серотонина в третьей группе наших больных хроническим гастродуоденитом показало, что и у этих детей

указанный показатель был повышен и составлял 8.035 ± 0.242 мкг% (при норме 5.045 ± 0.195 мкг%, $p < 0.01$). На фоне проводимой терапии он имел положительную динамику в сторону снижения до 7.474 ± 0.186 мкг%, но и в отдаленные сроки наблюдения уровень серотонина крови у этих больных оставался избыточным в пределах 6.872 ± 0.277 мкг% (рис. 19).

На основании приводимых данных мы, как и другие авторы (Френкель И.Д., Комиссарова И.В., 1975; Лозовская Л.И. и соавт., 1980; Лозовская и соавт., 1983; Владимирова И.А. и соавт., 1986; Метелица Т.В., 1989; Леднева И.П., Манухин Б.Н., 1990) заключили, что у обследуемых больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит и гастродуоденит) в периоде обострения болезни и в отдаленные сроки наблюдения отмечалась гиперсеротонинемия.

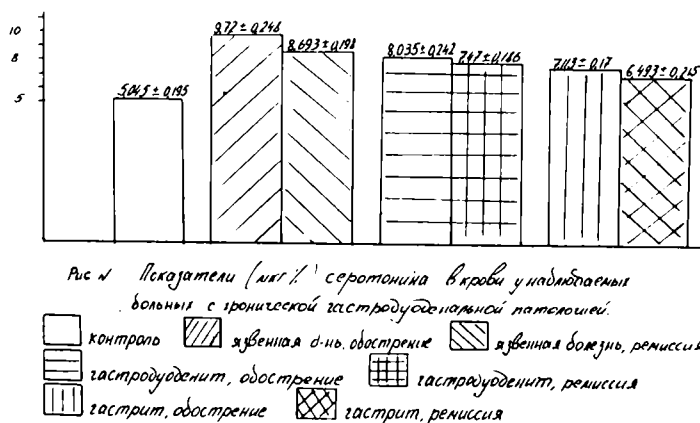


Рис. 19. Показатели серотонина в крови у детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны

Приводим пример (6)

К-ва Лена, 13 лет (история болезни N 484) поступила на стационарное лечение 18/у-1989 г. с жалобами на боли в животе с преимущественной локализацией в эпигастральной области и у пупка. Отмечает ночные боли, усиление боли натощак, через 1-2 часа после еды, тошноту, изредка рвоту с примесью дуоденального содержимого. Болеет давно, более 3-4 лет. Ухудшение общего состояния, усиление боли в животе и диспепсические расстройства наблюдаются после перенесенной острой кишечной инфекции. В анамнезе - пищевая аллергия. При поступлении в стационар состояние девочки средней тяжести, самочувствие неудовлетворительное. При пальпации живота резко выраженная болезненность в пилородуоденальной и эпигастральной области.

Аурикулоскопия: в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки резко выраженный сосудистый рисунок и отек кожи, болезненность при прикосновении к этой зоне (рис. 20).

Копия протокола эндоскопического обследования N 486 от 25/у-1989: слизистая оболочка пищевода не изменена. В желудке небольшое количество желудочного сока. В антральном отделе желудка слизистая оболочка отечная, имеет вид "булыжной мостовой". Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки отечна, утолщена, инъецирована сосудами, множественные эрозии.

Заключение: гастродуоденит, смешанная форма. Гипертрофический гастрит. Эрозивный дуоденит.

Серотонин крови 7.91 мкг% (при норме 5.045 ± 0.195 мкг%).

БЭМРТшной раковины 137% (правое ухо), 135% (левое ухо) (в контроле $106,65 \pm 0,5\%$ и соответственно $106 \pm 0,51$).

В приводимом примере период обострения хронического гастродуоденита сопровождался появлением инъецированности сосудов передней поверхностишной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, гиперсеротонинемией и повышением БЭМРТшной раковины в указанной зоне.

Исследование содержания серотонина в крови нас интересовало не только в аспекте его роли как фактора защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при хроническом течении заболеваний указанной локализации. Как индикатор активности АПУД-системы, серотонин обладает вазоактивностью, механизм которой отличается разнонаправленностью действия на периферические кровеносные сосуды: прессорное действие серотонина непостоянно, зави-



Рис. 20. Аурикулоскопия у больной К-вой Лены, 13 лет.
Диагноз: Хронический гастродуоденит смешанная форма.
Гипертрофический гастрит. Эрозивный дуоденит.

сит от многих факторов и реализуется на уровне больших артерий. В то же время, являясь либератором гистамина, он выступает как сильный вазодилататор терминальных артериальных сосудов. Влияние серотонина на тонус вен - однонаправленный серотонин вызывает констрикцию венозных сосудов (Громова Е.А., 1966; Чернух А.М. с соавт., 1984).

По нашему мнению, именно этот физиологический феномен мы и выявили, проводя аурикулоскопию у больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны. Появление сосудистого рисунка кожи ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, доступного визуальному осмотру, и гиперсеротонинемия являлись показателями активности АПУД-системы, при этом основная масса выделяемых веществ, согласно данным литературы, относится к вазодилататорам (Черных В.М. с соавт., 1984). Период затихания активности воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки характеризовался тенденцией к снижению содержания серотонина в крови. В этот период аурикулоскопически наблюдалось уменьшение интенсивности окраски сосудистого рисунка кожи ушной раковины (см. гл. 2 и 3), т.е. вероятно, имела место нормализация тонуса артериальных сосудов и уменьшение притока артериальной крови. И, наконец, в отдаленные сроки наблюдения аурикулоскопически выявлялся сосудистый рисунок голубого цвета, т.е., предположительно, уменьшение венозной констрикции и возникновение венозной дилатации - "венозная гиперемия".

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. У больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны в периоде обострения было обнаружено повышение БЭМРТ ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки и гиперсеротонинемия. Наиболее высокие цифры исследуемых показателей найдены у детей с язвенной болезнью. В динамике наблюдения за больными отмечена положительная динамика, заключающаяся в снижении БЭМРТ и уровня серотонина только у больных хроническим гастритом и гастродуоденитом.

Представлено вероятное патогенетическое обоснование аурикулоскопическим изменениям, обнаруженным у больных. Феномен визуализации сосудистого рисунка кожи ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки в периоде обострения, клинической и клинико-эндоскопической ремиссии хронических гастродуоденальных заболеваний обосновывается нарушением периферической

микроциркуляции и вазоактивным действием серотонина.

Глава 6. Опыт микроиглотерапии в системе реабилитации наблюдаемых больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны

Хронические заболевания гастродуоденальной зоны характеризуются не только большой распространенностью и циклическим течением с периодами обострения и ремиссии, но и прогностически неблагоприятным течением. Наряду с этим некоторые авторы отмечают тенденцию к увеличению частоты рецидивов и уменьшению длительности межрецидивного периода у больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны (Александрова В.А. и соавт., 1991).

Одной из причин указанного может быть недостаточная эффективность традиционной медикаментозной терапии, проведение которой предусмотрено в системе реабилитации названных больных. Не исключается также отрицательное влияние различных медико-социальных факторов, таких, как нерациональное питание, неудовлетворительная организация режима дня больного школьника, несоблюдение рекомендаций либо некомпетентность участкового врача-педиатра в вопросах реабилитации больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны и др. Учитывая результаты проведенных исследований, установивших роль нейроэндокринного механизма появления аурикулоскопических изменений в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, мы поставили задачу дополнить ранее известную противорецидивную терапию хронических заболеваний гастродуоденальной зоны назначением иглорефлексотерапии, ее разновидности - микроиглотерапии.

Следует помнить, что рефлексотерапия дополняет методы современной терапии больных указанного профиля, но не заменяет их. Исходя из этого, мы учитывали все основные положения, касающиеся проведения противорецидивной терапии больным хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны, и назначали рефлексотерапию только тем больным, у которых был поставлен полный клинический диагноз. В наших наблюдениях микроиглотерапия проводилась как монотерапия на фоне щадящего режима школьников и диетотерапии. При определении показаний к иглоукаливанию мы считали необходимым руководствоваться указаниями в приказе Минздрава СССР № 106 от 10 марта 1959 г. и Методическими рекомендациями по иглорефлексотерапии (Табеева Д.М., 1978, 1982). При проведении микроиглоте-

рапии. используются иглы меньшей, по сравнению с обычными, длины и процедуры проводятся не ежедневно (Хсанг Баотяо, Ла Куанг Ниск, 1988), а один раз в неделю.

Микроиглотерапия у детей осуществлялась с помощью специальных игл, разработанных на кафедре рефлексотерапии ЦОЛИУВ (Гойденко В.С., 1979; Гойденко В.С. с соавт., 1982). Мы, как и указанные авторы, изготавливали микроиглы из нихрома диаметром 0.1-0.3 мм, длиной 3-5 мм. Форма иглы представляла собой ручку в виде 1.5-2 витков спирали со стержнем в центре. Рабочий конец иглы был обточен под углом 5-6°. Как показал наш опыт, следует иметь набор микроигл, разных по длине и диаметру, поскольку дети различного возраста отличаются неодинаковой толщиной кожи. Однако при введении в симметричные точки следует использовать иглы одинакового диаметра и длины.

Лечебная манипуляция проводилась в положении лежа или сидя. Кожа в месте укола тщательно обрабатывалась 76° спиртом. Стерильным пинцетом врач брал иглу за ручку, быстрым движением вводил ее в выбранную точку под углом 3-5°, тем самым создавая подпороговое раздражение нервных образований кожи. В большинстве случаев дети не испытывали никаких болевых ощущений и дальнейшие манипуляции не вызвали у них чувства страха. Фиксация микроигл к коже осуществлялась медицинским пластырем округлой формы размером 1 кв.см. Смена лейкопластыря производилась через 2-3 дня. Иглы в месте укалывания оставляли на 5-7 дней. При таком способе воздействия происходило длительное раздражение точек больного органа, на что указывают и другие авторы (Bossy J, 1975; Heinke W., 1980; Качан А.Г., Богданов Н.Н., 1980; Kraack P.J., 1987; Александров В.И. с соавт., 1989). По истечении этого срока лейкопластырная повязка снималась и пинцетом игла извлекалась. Место укола дважды обрабатывалось 76° спиртом.

Сеансы иглоукалывания проводили в утренние часы. Постановка микроигл составляла по времени 10-15 мин. Осложнений во время сеансов микроиглотерапии мы не наблюдали. Сеансы микроиглотерапии проводили в различные сроки после выписки больных из стационара. Ориентирами для назначения рефлексотерапии в таких наблюдениях были: не убывающая по интенсивности инъецированность сосудов кожи передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, в ряде наблюдений - высокие показатели БЭМРТ и избыточный уровень серотонина в крови, либо

появление ярко-красного сосудистого рисунка кожи передней поверхности ушной раковины в описываемой зоне вместо фиолетового или голубого цвета, регистрируемого при предыдущих осмотрах наших больных. Наблюдаемой динамике сосудистого рисунка также соответствовали изменения БЭМРТ и серотонина в сторону их повышения по сравнению с цифрами, регистрируемыми при предыдущих исследованиях.

Как было установлено, указанная картина изменения сосудистого рисунка кожи, а также усиление БЭМРТ в этой зоне наблюдались за несколько недель до предполагаемого обострения, которое, по данным многих авторов (Гаваа Лувсан, 1986; Гойденко В.С., с соавт., 1982), часто наступает в сентябре-октябре, декабре-январе и апреле-мае месяце.

Рецептура точек для каждого больного подбиралась индивидуально. На необходимость индивидуальной рецептуры для проведения иглорефлексотерапии у больных, указывают и другие авторы (Вогралик В.Г., 1974; Митрофанова Н.И. с соавт., 1977; Табеева Д.М., 1978; Шагинян Н.С., 1988; Афонина Т.А., 1990; Панова И.В., 1991; Вельховер Е.С., Кушнир Г.В., 1991). Если клиническая ремиссия у больных была стойкой, а межрецидивный период течения хронических заболеваний гастродуоденальной зоны продолжительными, очередные курсы иглорефлексотерапии проводились по той же рецептуре. Если, по данным аурикулоскопии, у больного было обострение гастродуоденальной патологии, доклинический период, рецептура микроиглотерапии изменялась. Иглорефлексотерапию назначали как больным язвенной болезнью, так и детям, страдающим хроническим гастритом и гастродуоденитом. Иглорефлексотерапию получили 8 детей из общего числа обследуемых больных язвенной болезнью и 56 больных хроническим гастритом и гастродуоденитом.

Как указывалось ранее, у больных язвенной болезнью период клинической ремиссии характеризовался отсутствием жалоб на боли в животе, однако сохранялись той или иной степени выраженности общевротические расстройства в виде жалоб на периодические недомогания, утомляемость, повышенную раздражительность, плаксивость, нарушение сна, лабильность психоэмоционального тонуса, т.е. в виде симптомов, указывающих на вегетативную дисфункцию. При наличии описываемой клинической картины в первые две процедуры микроиглотерапии включались акупунктурные корпоральные точки общего действия, нормализующие вегетативный статус-UB20, UB21,

УС6, У14, У18. Третья и четвертая процедура включала точки, регулирующие деятельность желудочно-кишечного тракта - Е36, У25, УМС6, F3, УС12, У43, У14-17. Если общевротические расстройства имели медленную положительную динамику, то в рецептуру точек третьей и четвертой процедуры включались аурикулярные точки АР-51 (симпатическая нервная система), АР-55 (точки ЦНС) (рис. 21).

Наряду с общевротическими расстройствами нередкой жалобой у больных в периоде клинической ремиссии были диспепсические расстройства в виде периодической тошноты, отрыжки, изжоги, неустойчивого аппетита, дисфункций кишечника в виде запоров или периодических поносов. У этих больных первые две процедуры включали точки, направленные на регулирование деятельности желудочно-кишечного тракта - Е36, УС12, F3, TR5, У25, дополнительно использовали точку МС6 - при наличии у больных тошноты, УС4, УС8 - при неустойчивом стуле со склонностью к диарее. При третьей и четвертой процедуре указанная рецептура дополнялась аурикулярными точками АР-87 (желудок), АР-88 (двенадцатиперстная кишка), ранее указанными АР-51, АР-55 и корпоральными точками Е36, У43, q1-4.

В ряде наблюдений родители указывали на наличие у детей общевротических и диспепсических расстройств. У этих больных рефлексотерапия включала акупунктурные точки первой и второй рецептуры поочередно. Как правило, наблюдаемым больным мы назначали четыре сеанса иглотерапии, в ряде случаев - 5. Пятая процедура дополнялась корпоральными точками общего действия.

В период более чем 1,5-2-летнего наблюдения за 8 больными язвенной болезнью у 5 из них на фоне повторно проводимой микроиглотерапии рецидива заболевания не было. Улучшению общего состояния больных, уменьшению и в ряде случаев исчезновению общевротических расстройств сопутствовали не только уменьшение инъекцированности сосудистого рисунка кожи ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, но уменьшение показателей БМРТ в исследуемой зоне и снижение уровня серотонина в крови (у больных, которым указанные исследования проводились в динамике). У 3 из 8 больных такого благоприятного течения клинической ремиссии не отмечено: в конце первого года наблюдения при очередном осмотре у них было обнаружено появление аурикулоскопических признаков рецидива болезни, хотя жалоб на боли в животе они не предъявляли и на ухудшение общего состояния родители не указывали, т.е. имел место доклинический этап обострения язвенной болезни.

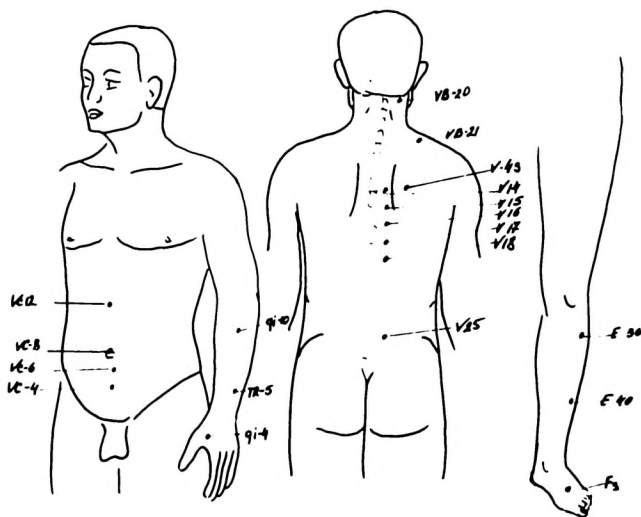


Рис. 21. Корпоральные и аурикулярные точки, используемые при проведении микроиглотерапии

Учитывая невозможность проведения микроиглотерапии этим детям, они были госпитализированы в стационар для проведения медикаментозной терапии.

Более значительную группу детей, получавших микро иглотерапию, составили больные хроническим гастритом и гастродуоденитом. Клиническая симптоматика хронического гастрита и гастродуоденита, как известно, отличается полиморфизмом клинических признаков, более выраженным, чем при язвенной болезни. В то же время и у этих больных можно было выделить общевротические и диспепсические расстройства, указывающие на вегетативные дисфункции. С нашей точки зрения, на их устранение через уравнивание нервных процессов и направлен положительный эффект иглоукалывания, что согласуется с данными других авторов (Claus C. Schnorrenberger, 1984; Гавришев Е.И. с соавт., 1986; Rossmann H., 1986; Brox J., 1987; Портнов Ф.Г., 1989; Ковригин А.Е., Остроухова И.П., 1990; Копейкин В.Н., Беленцова Л.А., 1991; Хорунжий Г.В., Панова И.В., 1991).

Поскольку характер общевротических и диспепсических расстройств у детей с хроническим гастритом и гастродуоденитом, по данным наших клинических наблюдений, не отличался от этого вида вегетативных дисфункций у больных с язвенной болезнью, мы проводили микроиглотерапию по той же методике, что и у названных детей. По нашему мнению, последнее было оправданным, так как наши больные имели такой общий клинико-морфологический признак, как поражение гастродуоденальной зоны. В период длительного наблюдения за 56 больными хроническим гастритом и гастродуоденитом у 42 из них отмечалась стойкая клиническая ремиссия, позволившая не использовать медикаментозную терапию, а на фоне охранительного режима и диетотерапии проводить от 2 до 3 повторных сеансов микроиглотерапии. У 14 больных на втором и третьем году наблюдения была диагностирована доклиническая стадия обострения хронического гастродуоденита в виде появления яркой инъецированности сосудов ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки. Последнее заставило нас проводить микроиглотерапию по полной рецептуре, т.е. назначать 4-5 сеансов микроиглотерапии.

Приводим пример (7).

И-ич Наташа, 14 лет (история болезни № 912) поступила на стационарное лечение 24/х-90 г с жалобами на неустойчивый стул и боли в животе. Боли имеют характер кратковременных или более продолжительных приступов, возникают преимущественно до еды или через некоторый отрезок времени после приема пищи, локализуются в

области пупка и в левой половине живота. Отмечает появление боли вне связи с приемом пищи и при отсутствии нарушения режима питания. Аппетит снижен, особенно в утренние часы. В течение последнего года постоянно недомогает, стала раздражительной, плаксивой, неохотно вступает в контакт. Наряду с болями в животе отмечает нарушения стула: запоры, периодические поносы. Комплексное обследование в стационаре не проводилось. В семье: мать здорова, у отца - язвенная болезнь.

При поступлении самочувствие больной удовлетворительное. Астенического телосложения, пониженного питания (дефицит массы 3 кг). Кожа бледная, избыточно влажная на ладонях, подошвах, в подмышечных впадинах. При пальпации живота отмечается резкая болезненность в эпигастральной и пилородуоденальной областях. Пальпируются отдельные урчащие петли кишечника. Язык обложен густым серого цвета налетом, саливация снижена.

Аурикулоскопия (рис. 22): на коже передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки выявляется ветвистый сосудистый рисунок красного цвета (по цветовой шкале длина волны 610-620 нм).

Копия протокола эндоскопического обследования N 882 от 25/X-90: слизистая оболочка не изменена. В желудке слизь с примесью большого количества дуоденального содержимого. Слизистая оболочка желудка отечна, гиперемирована в антральном отделе. Луковица двенадцатиперстной кишки отечна, на слизистой оболочке луковицы - множественные эрозии. Заключение: поверхностный антральный гастрит. Эрозивный бульбит. Дуодено-гастральный рефлюкс.

БЭМРТ передней поверхности ушной раковины в зоне инъецированных сосудов 138% (правое ухо, при норме $106.65 \pm 0.50\%$), 136% (левое ухо, при норме 106.1 ± 0.50). Показатели серотонина в крови 7.12 мкг% (при норме 5.045 ± 0.195 мкг%).

В стационаре девочка находилась 32 к/д. Проводилась терапия с назначением лечебного питания, препаратов-антацидов, репаративных, комплекса витаминов, симптоматических средств. За время лечения окрепла, улучшился эмоциональный тонус, аппетит, сон. Исчезли боли в животе. Выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями явиться на лечение к иглорефлексотерапевту в январе месяце.

На приеме у иглорефлексотерапевта 15/1-91 г: самочувствие удовлетворительное, но мать беспокоит неустойчивый аппетит, из-



Рис. 22. Аурикулоскопия у больной И-ич Наташи, 14 лет.
Диагноз: Хронический гастродуоденит. Поверхностный антральный гастрит. Эрозивный бульбит. Дуодено-гастральный рефлюкс.

бирательность в еде, периодические поташивания, неустойчивый стул.

Аурикулоскопия: на коже передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки по-прежнему определяется сосудистый рисунок красного цвета. БЭМРТ в указанной области 125% (правое ухо), 123,8% (левое ухо). Серотонин в крови 7.0 мкг%. Назначена микроиглотерапия по следующей рецептуре: E36, U15, U12, UC4; UC8, UB21, UB20, TR5; AP-87, A88, AP-51; E36, UB21, UB20, C7. Предложено придти на осмотр в апреле-мае месяце.

На приеме у иглорефлексотерапевта 3/IV-91 г: самочувствие девочки удовлетворительное. Аппетит заметно улучшился. Улучшился эмоциональный тонус. Отмечает периодические боли в животе неопределенной локализации, связывает появление боли с погрешностями в питании, редким приемом пищи.

Аурикулоскопия: на коже передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки сохраняется инъецированность сосудов, но она менее выражена, чем при предыдущих осмотрах. БЭМРТ 125% (правое ухо), 117% (левое ухо). Серотонин в крови 6.48 мкг%. Назначена микроиглотерапия по следующей рецептуре: AP-88, AP-87, AP-51, AP-55; E36, U15, U12, UC4; UB20, UB21, C7, E25, E36, U15, U13, MC6. Предложено придти на осмотр в октябре месяце.

На приеме иглорефлексотерапевта 4/x-91 г: самочувствие девочки удовлетворительное. Жалоб нет. Сон и аппетит вполне удовлетворительные. Сохраняется вегетативная дисфункция в виде эмоциональной лабильности, тревожности, периодических дисфункций кишечника, кратковременной преходящей боли в животе.

Аурикулоскопия: на коже передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки ветвистый сосудистый рисунок фиолетового цвета (рис.23). БЭМРТ в исследуемой зоне 116% (правое ухо), 120% (левое ухо). Серотонин в крови 6.05 мкг%. Поскольку у больной отмечается положительная динамика и учитывая ее негативную реакцию на предложение эндоскопического обследования, проведение последнего отменено. Назначен третий курс иглорефлексотерапии по следующей рецептуре: E35, F3, TR5, C7; U25, MC6, q1-4; U43, q1-10, UB20; E36, q1-4, UB21, U19. Предложено придти на прием в марте месяце.

На приеме у иглорефлексотерапевта 22/III-92 г: жалоб не предъявляет. Самочувствие стабильно удовлетворительное. С октября ме-

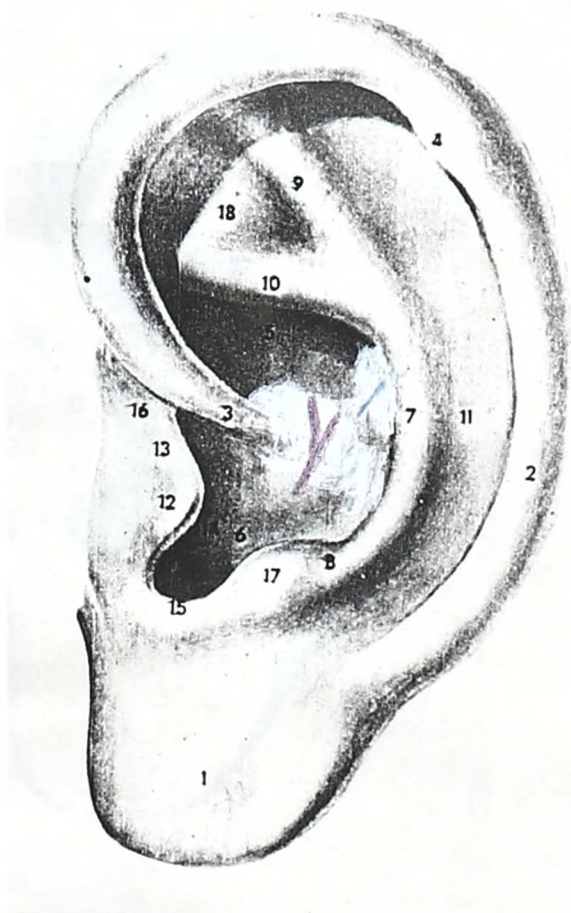


Рис. 23. Аурикулоскопия у больной И-ич Наташи, 14 лет.
Диагноз: хронический гастродуоденит, клини-
ческая ремиссия.

сяца дважды была на приеме у участкового педиатра. Получала отвары трав, витамины, молочно-кислый бифидумбактерин в течение 1.5 мес. Стул стал более регулярным, практически ежедневным. Периодические недомогания, которые особенно девочку не беспокоят. Хорошо учится. Вполне справляется с учебной нагрузкой.



Рис. 24. Аурикулоскопия у больной И-ич Наташи, 14 лет.
Диагноз: хронический гастродуоденит, клини-
ческая ремиссия.

Аурикулоскопия (рис. 24): на коже передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки сохраняется сосудистый рисунок голубого цвета. Показатели БЭМРТ в этой зоне 116% (правое ухо), 118% (левое ухо). Назначен четвертый курс иглорефлексотерапии по следующей рецептуре: E36, F3, TR51,

C7; U25, MС6, qi-4; U43, qi-10, UB20; E36, qi-4, UB21, U19.

В приводимом примере мы наблюдали больную около двух лет. За это время проведено четыре курса иглорефлексотерапии. В течение длительного времени у девочки наблюдалась клиническая ремиссия хронического гастродуоденита. Последнее подтверждалось данными аурикулоскопии, что позволило нам не прибегать к эндоскопическому обследованию, а также тенденция к снижению БЭМРТ в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки и серотонина в крови.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: обобщен опыт применения микроиглотерапии при проведении реабилитации больных с хронической гастродуоденальной патологией. Предложена рецептура процедур, купирующих вегетативные дисфункции и улучшающих деятельность желудочно-кишечного тракта. Показана возможность использования аурикулоскопии в качестве диагностического теста характера течения клинической ремиссии и показателя эффективности микроиглотерапии.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Хронические заболевания гастродуоденальной зоны у детей - гастрит и гастродуоденит - широко распространены, характеризуются полиморфизмом клинических симптомов, в связи с чем дифференциальная диагностика их затруднена. При проведении лечения и реабилитации больных не используется весь комплекс терапевтических мероприятий, что осложняет прогноз заболеваний (Мазурин А.В., Запруднов А.М., 1986; Новик А.В. с соавт., 1991; Переслегина И.А., Жукова Е.А., 1991). Увеличивается распространенность язвенной болезни и в настоящее время у 15-19% больных, имеющих клинко-функциональное и морфологическое обоснование предъязвенного состояния (хронический антральный гастрит, гастродуоденит с повышенной кислотообразующей активностью), последнее трансформируется в язвенную болезнь (Григорьев К.И., 1991; Новик А.В., 1993; Лобанов Ю.Ф., 1993).

В условиях значительной распространенности хронических заболеваний гастродуоденальной зоны, преобладания их у школьников и у лиц молодого возраста ранняя диагностика указанной патологии приобретает остросоциальное значение. Актуальность проблемы состоит не только в своевременном распознавании гастродуоденальной патологии, но и выявлении ее при массовых профилактических осмотрах детей, т.е. на догоспитальном этапе. При проведении указанной работы возникает необходимость использовать скрининг-тесты.

Учитывая актуальность названной проблемы, мы поставили цель показать диагностическую значимость аурикулоскопии при хронических заболеваниях гастродуоденальной зоны у детей школьного возраста и целесообразность применения этого скрининг-теста в детской гастроэнтерологии.

Известно, что ушная раковина имеет богатую иннервацию и васкуляризацию, чутко реагирует изменениями сосудистого рисунка кожи на раздражения, исходящие из патологически измененных висцеральных органов (Балабан Я.М., Гохман А.С., 1976). Однако использование этого известного физиологического явления с диагностической целью в педиатрии, в том числе и в детской гастроэнтерологии, является абсолютно новым направлением.

Мы наблюдали 159 детей в возрасте от 7 до 15 лет, из числа которых 137 больных (86,2%) ранее наблюдались и лечились по поводу хронического гастрита, гастродуоденита и были направлены

в стационар в связи с обострением этих заболеваний. У части из них (у 22 из 159 детей - 13,8%) была диагностирована язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, при этом у 15 детей этот диагноз был поставлен в нашем специализированном отделении.

По специально составленным картам опроса анализировали жалобы детей, давность хронической гастродуоденальной патологии и частоту обострения, факторы, предшествующие обострению, перенесенные интеркуррентные заболевания, характер и особенности питания, семейную предрасположенность к заболеваниям пищеварительной системы. Дополнительно родители заполняли анкету, в которой следовало отметить объем проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий, включающих медикаментозную и немедикаментозную (дието-, фито-, физио-, иглорефлексо- и др.) терапию, продолжительность их эффективности.

Всем больным проводили аурикулоскопию, т.е. визуальный осмотр ушной раковины, отмечая эластичность, цвет, однородность окраски и иктеричность, наличие сосудистого рисунка кожи передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, что соответствовало области ножки завитка и чаши раковины.

Наряду с основной группой больных аурикулоскопия была проведена у 520 детей такого же возраста, посещающих школу и считающих себя здоровыми. Из 520 школьников мы отобрали 86 детей, которые были госпитализированы в стационар, поскольку у них при объективном осмотре были диагностированы хронические заболевания гастродуоденальной зоны.

Наши клинические наблюдения за больными с хронической гастродуоденальной патологией существенно не отличались от описанных в многочисленных исследованиях в детской гастроэнтерологии. Так, большинство больных язвенной болезнью отмечали частые (несколько раз в неделю) боли в животе с локализацией в эпигастральной и пупочной областях. Боли имели характер тупых, ноющих или приступообразных, сильных, продолжительностью несколько минут. Боли возникали (усиливались) до и ослабевали после приема пищи, появлялись (усиливались) после острой раздражающей, жирной и богатой растительной клетчаткой пищи. Боли проходили самостоятельно или после приема медикаментов.

У больных хроническим гастритом и гастродуоденитом локализация и характер боли в животе, по данным опроса, были более разнообразными, по сравнению с предыдущей группой детей. Боли появля-

лись несколько раз в месяц и локализовались в верхней половине живота. Как правило, это были тупые, ноющие боли слабой интенсивности продолжительностью несколько минут. Боли возникали (усиливались) до и исчезали после приема пищи, а также появлялись (усиливались) после острой раздражающей пищи.

В группе детей, которую мы активно выявили в школе при проведении аурикулоскопии, отчетливо обнаруживались клинические признаки гастродуоденальной патологии. Все эти дети жаловались на боли в животе, которые повторялись ежемесячно или несколько раз в месяц. Боли преимущественно локализовались, как и у ранее описываемых групп больных, в верхней половине живота и у пупка. Довольно часто дети не могли четко рассказать о характере своих болевых ощущений либо боли в животе были тупыми, ноющими. Боли были слабыми, продолжительностью несколько минут, возникали (усиливались) до и исчезали после приема пищи либо возникали спонтанно, вне связи с приемом пищи. Наблюдалось усиление боли после приема острой (раздражающей) пищи, а также после жирной, богатой растительной клетчаткой пищи. У всех детей этой группы боли проходили самостоятельно и не требовали применения медикаментозных средств.

Таким образом, сопоставляемые группы больных по субъективной болевой абдоминальной симптоматике были во многом схожи. Однако болевая симптоматика ярче проявлялась у больных язвенной болезнью. Менее выраженной она была у больных, которых мы активно выявили в школе, чем, с нашей точки зрения, и объяснялось отсутствие настоятельности у родителей относительно вероятности наличия у их детей гастродуоденальной патологии и выявление заболеваний этой локализации при проведении аурикулоскопии.

Наряду с болями в животе у обследуемых больных обнаруживались жалобы диспепсического характера и синдром общевегетативных расстройств, что расценивалось нами как проявления вегетативной дисфункции.

Результаты осмотра, полученные при поверхностной и глубокой пальпации живота у обследуемых больных, показали, что у всех детей с язвенной болезнью обнаруживался синдром Менделя (защитное напряжение мышц верхней половины живота), активная мышечная защита по всему животу и болезненность в пилородуоденальной зоне, а также болезненность в зоне Шофара (в холедохопанкреатическом треугольнике) и пупочной области.

Подобная клиническая симптоматика отмечалась и в группе больных хроническим гастритом и гастродуоденитом: у большинства больных наблюдался симптом Менделя, болезненность в пилорoduodenальной зоне, в эпигастральной и в пупочной областях, а также по всему животу без четкой локализации.

И наконец, в третьей группе больных нередко наблюдался симптом Менделя, болезненность в пилорoduodenальной зоне, в пупочной области, по всему животу без четкой локализации, очень часто обнаруживалось сочетание клинических симптомов и зон болезненности.

Анализируемые группы больных объединяло не только наличие определенного вида субъективной и объективной клинической симптоматики, характерной для обострения гастродуodenальной патологии, но и аурикулоскопическая картина: у всех больных на коже передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки обнаруживался сосудистый рисунок красного цвета (по цветовой шкале длина волны 610-620 нм) в виде древовидного расширения, при этом кожа выглядела отечной, напряженной, иногда болезненной при прикосновении.

Поскольку у анализируемых групп больных было обнаружено сходство и в клинической симптоматике, и в аурикулоскопической картине, то при дальнейшем их обследовании мы отказались от выделения группы школьников, считавших себя здоровыми, а описывали и лечили этих детей как больных с гастродуodenальной патологией.

Наиболее стабильно аурикулоскопические признаки наблюдались у больных язвенной болезнью: при затихании субъективной и объективной клинической симптоматики красная окраска сосудистого рисунка и отечность кожи сохранялась после выписки из стационара не менее 6 мес, а в ряде случаев - и больше года.

У большинства больных хроническим гастритом и гастродуоденитом (у 80,4% детей) через 9-12 мес после выписки из стационара сосудистый рисунок приобретал фиолетовую окраску (по цветовой шкале длина волны 420-435 нм). Поскольку самочувствие больных было удовлетворительным, дети не предъявляли жалоб на спонтанные абдоминальные боли в животе, но при пальпации последние сохранялись в пилорoduodenальной или пупочной либо в эпигастральной области, мы расценивали указанную клиническую картину как клиническую ремиссию.

У небольшой части больных (у 19,6% детей) в эти же и почти у всех в более отдаленные сроки наблюдения, например, 1,5-2 года и более, на месте инъецированных сосудов определялся нерезко очерченный сосудистый рисунок голубого цвета (длина волны 490 нм). В эти сроки у наблюдаемых детей не выявлялись ни субъективные, ни объективные признаки, характерные для хронической гастродуоденальной патологии, не обнаруживались они при эндоскопическом обследовании ряда из них, что позволило с определенной долей вероятности диагностировать клинико-эндоскопическую ремиссию.

Следовательно, характер аурикулоскопических изменений отчетливо проецировался на стадийность течения язвенной болезни, хронического гастрита и гастродуоденита у наблюдаемых больных: ярко-красная окраска сосудистого рисунка кожи в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки (обострение), фиолетовая (клиническая) и голубая окраска (клинико-эндоскопическая) ремиссия.

Мы располагаем уникальными данными аурикулоскопии у больных с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны, проводимыми в течение 1,5-2 и более лет, которые позволили установить у ряда больных (у 107 из 245 детей) появление красного цвета инъецированности сосудистого рисунка ушной раковины в интересующей нас зоне при отсутствии клинических симптомов обострения указанных заболеваний либо они обнаруживались на 2-3, а иногда и на 4 недели позже. Назначая больным курс противорецидивной терапии, удавалось предупредить развертывание полного клинического симптомокомплекса рецидива язвенной болезни, хронического гастрита и гастродуоденита. Сосудистый рисунок кожи ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки был настолько доступен визуальному осмотру, что мы обучали родителей наших больных регулярно осматривать указанную зону и проводить с превентивной целью противорецидивную терапию.

С целью объективизации данных аурикулоскопии и клинической симптоматики хронической гастродуоденальной патологии всем нашим больным проводилось эндоскопическое обследование. Как оказалось, у 91,5% больных наличие гастродуоденальной патологии было подтверждено эндоскопически: у 22 из 245 больных (9%) обнаруживалась язва луковицы двенадцатиперстной кишки, у 72 детей (29,4%) выявились различные морфологические формы хронического гастрита - поверхностный, гипертрофический, эрозивный, субатрофический и смешанный. У большинства больных у 130 из 245

53,1%) был диагностирован гастродуоденит - поверхностный, эрозивный и смешанный.

В ряде наблюдений (у 8,5% больных) при наличии клинических симптомов и аурикулоскопической картины, характерной для обострения хронической гастродуоденальной патологии, эндоскопические признаки нарушения структуры слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки не обнаруживались. Этим детям проводилась прицельная биопсия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с последующим гистологическим исследованием препаратов. Оценивалась общая архитектоника слизистой оболочки, а также состояние ее эпителиального покрова и выраженность клеточной инфильтрации. По степени распространенности и глубины дистрофических изменений покровного и ямочного эпителия слизистой оболочки желудка, эпителия ворсинок и крипт слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, по плотности лимфоцитарно-плазмоцитарно-гистиоцитарной инфильтрации, степени капилляро- и лимфостаза мы относили полученные данные к поверхностному диффузному и субатрофическому гастриту, диффузному дуодениту без атрофии и с субатрофией слизистой оболочки.

Таким образом, мы показали диагностическую значимость аурикулоскопии и правомерность использования этого скрининг-метода в педиатрической практике, изучив клинический статус наблюдаемых больных, проведя их эндоскопическое исследование и в ряде случаев - гистологическое обследование слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. С помощью этого скрининг-теста можно проводить первичную диагностику хронических заболеваний гастродуоденальной зоны, особенно в тех случаях, когда они протекают скрытно, малосимптомно. Однако ценность аурикулоскопии этим не исчерпывается: ее можно использовать для скрининг-диагностики стадийности течения язвенной болезни, хронического гастрита и гастродуоденита, т.е. как прогностический тест, облегчающий слежение за характером течения гастродуоденальной патологии, а также для превентивной диагностики указанных заболеваний. Далее мы предприняли поиск критериев, способных объяснить суть обнаруженного нами физиологического явления. В биофизической лаборатории ЦНИЛ УрГМИ был сконструирован специальный датчик-щуп, одним концом которого мы прикасались к интересующей нас зоне ушной раковины, а другим присоединялись к лечебно-диагностическому аппарату "Малахит", регистрирующему биоэлектромагнитную реактивность

тканей (БЭМРТ).

Установлено, что воспалительный процесс вызывает не только структурные повреждения органов и тканей, но и нарушает их функциональное состояние (Торопцев И.В., Таранов С.В., 1982; Баньков В.И., 1992). В этих условиях изменяется коэффициент поглощения тканями импульсного электромагнитного излучения, что влияет на БЭМРТ.

Мы исследовали БЭМРТ в области сосудистого рисунка кожи передней поверхностишной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки и установили, что во всех наблюдениях БЭМРТ была повышенной. Наиболее высокие цифры обнаружались у больных язвенной болезнью, составляя $160,9 \pm 8,49\%$ (правое ухо) и $151,75 \pm 8,25\%$ (левое ухо), в контроле $106,65 \pm 0,510$, $p < 0,05$. В динамике течения язвенной болезни в отдаленные сроки наблюдения исследуемые показатели оставались без существенных изменений, составляя $150,75 \pm 13,17\%$ (правое ухо) и $148,5 \pm 15,2\%$ (левое ухо) – через 3 мес. $161,6 \pm 38,25\%$ (правое ухо) и $155,6 \pm 21,69\%$ (левое ухо) – через 12 мес. Последнее указывало на стабильное повышение БЭМРТ на фоне стойкой визуализации сосудистого рисунка.

У больных с обострением хронического гастрита, как и у больных язвенной болезнью, БЭМРТ в области усиленного сосудистого рисунка были заметно выше, чем у детей контрольной группы и колебались в пределах $132,68 \pm 0,98\%$ (правое ухо) и $129,5 \pm 1,02\%$ (левое ухо), оставаясь повышенными через 3 мес – $122,8 \pm 3,42\%$ (правое ухо) и $123,0 \pm 2,88\%$ (левое ухо), через 12 мес – $119,0 \pm 3,6\%$ и соответственно $116,0 \pm 0,5\%$ и через 18 мес – $127,0 \pm 5,68\%$ (правое ухо) и $118,6 \pm 3,38\%$ (левое ухо).

Подобную закономерность в изменении БЭМРТ мы наблюдали и у больных с обострением хронического гастроудоденита, о чем свидетельствовали приводимые ниже цифры – $135,15 \pm 2,83\%$ (правое ухо) и $135,87 \pm 4,39\%$ (левое ухо), сравнить в контроле $106,65 \pm 0,5\%$ и соответственно $106,0 \pm 0,51\%$, $p < 0,05$. В динамике наблюдения за больными хроническим гастроудоденитом отмечалась тенденция к снижению БЭМРТ, при этом указанные показатели через 3 мес составляли $120,41 \pm 2,36\%$ (правое ухо) и $125,75 \pm 4,36\%$ (левое ухо), через 9 мес – $125,62 \pm 2,76\%$ (правое ухо) и $127,62 \pm 2,99$ (левое ухо), а через 18 мес – $115,5 \pm 0,95\%$ и соответственно $117,16 \pm 0,54\%$.

Повышение БЭМРТ в области сосудистого рисунка кожишной раковины указывало на усиленное излучение и поглощение энергии

электромагнитного поля, за счет увеличения периферической микроциркуляции (Баньков В.И., 1992). Последнее было связано с вазодилатационным эффектом повышенной БЭМРТ на уровне микрососудистого русла (Саллес Кунья С.Ш. с соавт., 1980; Баньков В.И. с соавт., 1992), чем и объяснялось, по нашему мнению, появление сосудистого рисунка, доступного визуальному осмотру. В наших наблюдениях нарушения микроциркуляции наиболее выраженными были у больных язвенной болезнью: у них показатели БЭМРТ оказались не только самыми высокими, по сравнению с другими группами детей, но и малодинамичными, что соответствовало стабильности визуальных изменений сосудистого рисунка кожи ушной раковины. Таким образом, состояние БЭМРТ ушной раковины дает очень важную информацию: с помощью найденных показателей также, как и по аурикулоскопической картине, можно судить об активности воспалительного процесса в гастродуоденальной зоне, т.е. о стадийности течения язвенной болезни, хронического гастрита и гастродуоденита. Методика определения БЭМРТ проста и доступна, производство лечебно-диагностических комплексов "Малахит" достигло коммерческого уровня, поэтому этот диагностический прием может быть рекомендован для внедрения в работу реабилитационных отделений детских больниц. Приводимые данные по изучению локальной микроциркуляции с помощью исследования БЭМРТ в педиатрической практике не описаны и относятся к числу приоритетных направлений.

Исследуя содержание серотонина в крови у наблюдаемых больных, мы установили его однонаправленные изменения: у обследуемых групп детей отмечалась гиперсеротонинемия, при этом уровень серотонина значительно превышал нормальные показатели, составляя $8,308 \pm 0,189$ мкг% (при норме $5,045 \pm 0,195$ мкг%, $p < 0,05$). На фоне проводимой терапии и в отдаленные сроки наблюдения (через 1-1,5 года и более после обострения) исследуемый показатель оставался повышенным, хотя и отмечалась тенденция к снижению (сравнить показатели $7,424 \pm 1,12$ мкг% на фоне лечения и $6,982 \pm 0,709$ мкг% в отдаленные сроки диспансерного наблюдения, $p > 0,05$).

Наиболее высокий уровень серотонина был у больных язвенной болезнью, составляя $9,72 \pm 0,248$ мкг%. Избыточное содержание его отмечалось не только при обострении, но и в периоде клинической ремиссии, в отдаленные сроки наблюдения, что видно из приводимых результатов исследования - $8,693 \pm 0,198$ мкг%. Как указывалось ранее, именно у больных язвенной болезнью были наиболее ярковыра-

женными и стабильными аурикулоскопические симптомы в виде интенсивной визуализации сосудистого рисунка кожи ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки.

В группе больных хроническим гастритом уровень серотонина составлял $7,113 \pm 0,170$ мкг%, имел тенденцию к нормализации в отдаленные сроки наблюдения, но не достигал нормальной величины (сравнить этот показатель и $6,493 \pm 0,215$ мкг% в отдаленные сроки наблюдения, $p > 0,05$).

И, наконец, в третьей группе больных хроническим гастродуоденитом содержание серотонина было $8,035 \pm 0,242$ мкг%, на фоне проводимой терапии $7,474 \pm 0,186$ мкг% и в отдаленные сроки наблюдения через 1-1,5 года - $6,872 \pm 0,277$ мкг%, что также указывало на длительную и стабильную гиперсеротонинемию.

Данные о повышении содержания серотонина крови у больных хроническим гастритом и гастродуоденитом соответствовали и показателям аурикулоскопии: у описываемых больных определялась четкая визуализация сосудистого рисунка кожи в осматриваемой зоне, которая исчезала у ряда больных только в отдаленные сроки наблюдения. Обоснование исследования серотонина в крови мы видели в той роли, которую выполняет этот высокоактивный биогенный амин в физиологических процессах, проходящих в организме. Известно, что основная масса энтерохромафинных (ЕС) клеток обнаруживается в желудочно-кишечном тракте, а именно желудку и верхним отделам тонкой кишки принадлежит решающая роль в синтезе серотонина. Этим физиологическим явлением многие авторы объясняют гиперсеротонинемию у больных язвенной болезнью, хроническим гастритом и гастродуоденитом (Курский М.Д., Бакшеев Н.С., 1974; Лозовская Л.И. и соавт., 1980; Леднева И.П., Манухин Б.Н., 1990; Тихонова Е.П., 1990) и указывает на значимость серотонина как фактора "защиты" при этих заболеваниях в отличие от гистамина - фактора "агрессии".

Наряду с этим серотонин, являясь показателем функциональной активности АПЧД-системы, осуществляет нейроэндокринную регуляцию деятельности желудочно-кишечного тракта и как либератор гистамина вызывает вазодилатацию терминальных артериальных сосудов и констрикцию вен (Чернух В.М. с соавт., 1984).

По мере снижения уровня серотонина, что соответствовало уменьшению клинических проявлений хронических заболеваний гастродуоденальной зоны и, повидимому, затиханию воспалительного про-

цесса в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, уменьшалось и его вазоактивное действие. Динамичность аурикуло-скопической картины указывала на это: изменялась интенсивность окраски сосудистого рисунка и вместо "артериальной гиперемии" (красный и фиолетовый сосудистый рисунок кожи ушной раковины в осматриваемой зоне) появлялась "венозная гиперемия" (голубая окраска сосудистого рисунка кожи ушной раковины).

Таким образом, была установлена схожесть механизма действия повышенной БЭМРТ и гиперсеротонинемии: она заключалась в вазодилатационном эффекте, физиологический смысл которого - увеличение микроциркуляции. Терминальная сосудистая сеть кожи ушной раковины - одного из "окон тела", (Е.С.Вельховер, Г.В.Кушнир, 1991), в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки проецировала целесообразность указанного процесса для больных в условиях рецидивирующего хронического воспалительного процесса в этих органах в силу необходимости компенсации утраченных функций.

Известно, что на трофические свойства органов и тканей, на реактивность организма положительное действие оказывает иглорефлексотерапия (Табеева Д.М., 1980; Гаваа Лувсан, 1986). В последние годы в педиатрической печати появились научные публикации об использовании иглорефлексотерапии в системе реабилитации больных с гастродуоденальной патологией (Хорунжий Г.В., Панова И.В., 1991). Мы располагаем опытом применения у больных микроиглотерапии как монотерапии. Своеобразие этого метода иглоукалывания заключается в том, что использовались иглы меньшей, чем обычно длины ("кнопки") и не ежедневно, а один раз в неделю. В рецептуру включались акупунктурные корпоральные точки общего действия, нормализующие неврологический статус и регулирующие деятельность желудочно-кишечного тракта. Если симптомы общевротических расстройств имели малую положительную динамику, то в рецептуру включались и аурикулярные точки.

Как правило, больным назначалось 4 курса микроиглотерапии. Эффективность проводимой реабилитационной терапии оценивалась не только по клинической картине, но и по результатам аурикулоскопии: у 5 из 8 больных язвенной болезнью и у 42 из 56 детей с хроническим гастритом и гастродуоденитом в течение нашего более, чем двухлетнего наблюдения рецидивов заболевания не регистрировалось. Небольшая часть больных язвенной болезнью (3 детей) были госпитализированы в стационар для проведения противорецидивной

медикаментозной терапии, у части больных хроническим гастритом и гастродуоденитом (14 детей) аурикулоскопически была диагностирована доклиническая стадия обострения и продолжена микроиглотерапия с положительным эффектом.

На основании проведения аурикулоскопии, клинического и эндоскопического обследования больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны у нас сложилась собственная точка зрения, касающаяся скрининг-диагностики указанных заболеваний. В качестве последней целесообразно использовать патофизиологический феномен появления инъецированности сосудов кожи передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения язвенной болезни, хронического гастрита и гастродуоденита и уменьшение активности визуализации сосудов в период ремиссии. Объективность предложенного метода скрининг-диагностики подтверждена исследованием содержания серотонина крови и показателей БЭМРТ в зоне визуализации сосудистого рисунка. Использование скрининг-диагностики весьма перспективно: своевременное выявление больных с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны, слежение за эффективностью реабилитации – реальный путь профилактики прогрессирования морфологических изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и инвалидизации детей.

1. Хронические заболевания гастродуоденальной зоны - язвенная болезнь, гастрит и гастродуоденит, их рецидивирующее течение имеют не только манифестные клинические признаки, но могут протекать атипично, малосимптомно в силу чего диагностика этих заболеваний затруднена
2. Аудикулоскопия как скрининг-тест достаточно информативна для первичной диагностики, стадийности течения (обострение, ремиссия) и превентивной диагностики рецидивов хронических заболеваний гастродуоденальной локализации
3. Диагностически значимым симптомом при аудикулоскопии у больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны является состояние сосудов кожи передней поверхности ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки: при обострении язвенной болезни, хронического гастрита и гастродуоденита наблюдается древовидное расширение сосудов в этой зоне, их ярко-красная окраска, доступная визуализации (длина волны 610-620 нм по цветовой шкале); при затихании активности болезни сосудистый рисунок приобретает фиолетовый оттенок (длина волны 420-435 нм) и в отдаленные сроки наблюдения, при отсутствии обострения сосудистая сеть приобретает вид голубых теней (длина волны 490 нм)
4. Диагностическая информативность аудикулоскопии подтверждена эндоскопическим обследованием больных (у 91,5% детей) и гистологическим исследованием слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (у 8,5% больных)
5. Аудикулоскопическая картина у больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны сочетается с повышенной БЭМРТ ушной раковины в исследуемой зоне и гиперсеротонинемией, что отражает усиление локальной периферической микроциркуляции в связи с вазоактивным эффектом БЭМРТ и серотонина
6. Полученные данные являются обоснованием для проведения игло-рефлексотерапии и ее разновидности - микроиглотерапии в системе реабилитации больных с хронической гастродуоденальной

патологией. Использование ее в качестве монотерапии уменьшает лекарственную нагрузку на больных и способствует стабильному течению клинической ремиссии, а аурикулоскопия позволяет осуществлять контроль за эффективностью микроиглотерапии

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Широкая распространенность хронических заболеваний гастродуоденальной зоны и необходимость слежения за их течением требует использования методов скрининг-диагностики, в качестве которого предложена аурикулоскопия
2. Аурикулоскопия с ее визуальной оценкой сосудистого рисунка ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки доступна не только врачу-гастроэнтерологу, но и практикующему врачу-педиатру и среднему медицинскому работнику
3. Методике аурикулоскопии следует обучить родителей детей, больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны с целью доклинической диагностики рецидивов язвенной болезни, хронического гастрита и гастродуоденита и назначения превентивного лечения
4. Использование аурикулоскопии на всех уровнях, особенно при массовом эпидемиологическом обследовании детей является реальной мерой ранней диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной зоны, а также профилактики их прогрессирования и развития необратимых изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.
5. При проведении реабилитации больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной локализации показано использование разновидности иглорефлексотерапии – микроиглотерапии: она не вызывает негативных эмоций у больных детей поскольку проводится иглами меньшей длины ("кнопки") и не ежедневно, а один раз в неделю, не нарушая режим дня школьника
6. Реабилитационные отделения детских больниц целесообразно оснастить лечебно-диагностическим комплексом "Малахит". Его можно использовать для определения БЭМРТ ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки и диагностировать степень активности гастродуоденальной патологии

УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адо А.А. Общая аллергология: Руководство для врачей.-М.: Медицина, 1970 - 542 с.

2. Александрова В.А., Приворотский В.Ф. Эндоскопические и морфологические сопоставления при гастродуоденитах у детей // Тез. докл. науч.-практ. конф. "Актуальные вопросы эндоскопии в педиатрии". - Горький, 1990. - с.140.

3. Александрова Н.И., Королева А.С. Эволюция хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей в процессе динамического эндоскопического наблюдения // Тез. докл. науч.-практ. конф. "Актуальные вопросы эндоскопии в педиатрии." - Горький, 1990. - с. 139-140.

4. Алексеев В.Ф. Современные представления об иридологии и ее возможностях в гастроэнтерологии. - В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии: Сб.научн.тр. - М., 1981 - №13 - с.15-17.

5. Александров В.И., Гаврюшов В.В., Гойденко В.С. и др. - Некоторые аспекты проблемы электроаномальных зон ушной раковины новорожденных // Значение для практической медицины традиционной, рефлексодиагностики: Респ. сб. научн. тр. - Горький, 1989. - с.43-45.

6. Альтман Н.С., Чередниченко А.М., Туринский В.Ф. Аурикулодиагностика хронических заболеваний гастродуоденальной зоны у детей // Тез. докл. 2 науч.-практ. конф. - Москва, 1992.- с.63.

7. Альтман Н.С., Чередниченко А.М. Скрининг-тест диагностики заболеваний гастродуоденальной зоны у детей, - В кн.: Медико-социальные аспекты перинатологии и современные технологии родоразрешения // Тез. докл.- Челябинск, 1992.- с.288.

8. Амиров Н.Ш., Трубицын И.Е. Роль серотонина в патогенезе язвообразования // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.- 1981.- т.92,- №7.- с.23-26.

9. Апостолов Б.Г., Соколова М.И., Пайков В.Д., Михеева Е.А. Функциональное состояние двенадцатиперстной кишки у детей с патологией гастродуоденальной зоны // Вопр. охраны материнства и детства.- 1980.- т.25,- №5.- с.6-9.

10. Аруин Л.И., Шаталова О.Л. Иммуноморфология желудка // Клинич. медицина.- 1981.- №7.- с.8-14.

11. Аруин Л.И., Шаталова О.Л. Межэпителиальные лимфоциты в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки человека // Арх. анатомии, гистологии и эмбриологии.- 1982.- №4.- с.58-61.

12. Архипова Г.В., Лукаш Г.В., Корнилов Ю.М., Овсянникова И.А. Эзофагогастродуоденоскопия в диагностике эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у детей // Всесоюзн. науч.-практ. конференция - "Актуальные вопросы эндоскопии в педиатрии" // Тез.докл.- Горький, 1990. - с.142-143.

13. Бадейнова Е.Н., Кокоташвили Л.В., Мельгунова И.А. Содержание серотонина и гестамина при заболеваниях гастродуоденальной зоны у детей // Вопр. охраны материнства и детства.- 1985.- №7.- с.56-59.

14. Балаболкин М.И. Заболевания, обусловленные нарушением секреции желудочно-кишечных гормонов (гормонов АПУД-системы).- В кн.: диагностика и лечение внутр. болезней.- М., 1991.- т.2, - с.440-445.

15. Балабан Я.М., Гохман А.С. Рефлексотерапия методом иглоукалывания в ушную раковину.- Киев.: Здоровья, 1976. - 30 с.

16. Баньков В.И. Использование свойств импульсного сложно-модулированного электромагнитного поля для физиологических исследований центральной нервной системы: Автореф. дисс. ... д-ра биол. наук.- Москва, 1988.- 23 с.

17. Баньков В.И. Использование слабых импульсных сложно-модулированных электромагнитных полей в диагностике и лечении заболеваний сосудов // Ангиохирургическая помощь в условиях крупного индустриального региона.- Свердловск, 1990.- с.139-144.

18. Баньков В.И., Макарова Н.П., Николаев Э.К. Низкочастотные импульсные сложно-модулированные электромагнитные поля в медицине и биологии // Экспериментальные исследования.- Екатеринбург, 1992.- 99 с.

19. Батенькова Ю.В. Клинико-рентгенологическая диагностика заболеваний 12-перстной кишки у детей (язвенной болезни, хронического дуоденита, аномалий развития), - Дисс. ... канд. мед. наук.- Горький, 1977.- 241 с.

20. Беллер Н.Н. Роль лимбической коры в регуляции моторной функции желудочно-кишечного тракта.- Киев, 1965.- с. 3-11.

21. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов

у детей: Руководство для врачей.- М.: Медицина, 1987.- т1.- с. 303-338.

22. Белоусов А.С. Дифференциальная диагностика болезней органов пищеварения.- М.: Медицина, 1984.- 288 с.

23. Блжгер А.Ф., Райцис А.Б. Содержание серотонина в крови при острых и хронических заболеваниях печени // Клинич. медицина.- 1972.- №2.- с. 95-101.

24. Богданов Н.Н. Теория и практика рефлексотерапии // Тез. докл. IV Всесоюз. конф. по рефлексотерапии.- Ленинград, 1984.- с. 34-37.

25. Борисенко М.И., Марченко Т.В., Чайковский Ю.Б. Клинико-эндоскопические и морфологические сопоставления при заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей // Всесоюзн. науч.-практ. конф.- "Актуальные вопросы эндоскопии в педиатрии" // Тез. докл.- Горький, 1990.- с. 154-154.

26. Бортфельд С.А. с соавт. Точечный массаж при детских церебральных параличах.- М., 1979.- 186 с.

27. Бурлева Е.П. Роль комплексной оценки периферической гемодинамики и некоторых показателей тканевого обмена в выборе хирургической тактики при терминальных стадиях облитерирующих заболеваний: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук.- Свердловск, 1986.- 18 с.

28. Васадзе Р.Г. Динамика секреторной функции желудка под влиянием рефлексотерапии и медикаментозных препаратов у детей с хроническим гастродуоденитом // Педиатрия.- 1991.- п/с 25-27.

29. Василенко А.М., Филина Т.Ф., Дуринян Р.А. Влияние рефлексотерапии на церебральную гемодинамику // Вестник АМН СССР.- 1986.- т.12.- №6.- 940 с.

30. Васильев В.И. Резорбция глюкозы и активности ферментов щеточной каймы энтероцитов у крыс в зависимости от уровня эндогенного серотонина // Физиол. журн. СССР им.Сеченова.- 1986.- т.70.- №5.- с.664-667.

31. Вейн А.М., Соловьева А.Д. Лимбико-ретикулярный комплекс и вегетативная регуляция.- М.: Наука, 1973.- 286 с.

32. Вельховер Е.С. Экстерорецепторы лица и некоторые аспекты локальной диагностики и терапии: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1973.- 32 с.

33. Вельховер Е.С., Ромашов Ф.Н., Алексеева А.Н. Иридо-диагностика.- М., 1981.- 80 с.

34. Вельховер Е.С., Кушнир Г.В. Экстерорецепторы кожи.- Кишинев.: Штиинца, 1991.- 112 с.

35. Владимирова И.А., Вовк Э.В., Черпак Б.Д., Шуба М.Ф. Действие серотонина на изолированные гладкие мышцы желудочно-кишечного тракта человека и возможность его применения в клинике // Физиол. журн. СССР им. Сеченова. 1986.-т.32.-№6.- с. 671-680.

36. Вогралик В.Г. Основы китайского лечебного метода чжэнь-цзю.- Горький, 1961.- 221 с.

37. Вогралик В.Г. Иглорефлексотерапия.- Горький, 1974.- 151 с.

38. Волков А.И. Клинико-морфологические варианты хронических гастродуоденитов и язвенной болезни у детей: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук.- М., 1986.- 40 с.

39. Воробьев Л.П., Скачкова Н.П. Клинико-эндоскопическая картина хронического дуоденита // Тер. арх.- 1977.- №2.- с. 128-131.

40. Веселов В.В. Диагностическая складка на мочке уха у больных ишемической болезнью сердца: Автореф. канд. дисс. ... мед. наук.- Свердловск, 1987.- 11 с.

41. Гаава Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии.- М.: "Наука", 1986.- 398 с.

42. Гаава Лувсан. очерки методов Восточной рефлексотерапии.- Новосибирск.: "Наука", 1991.- 415 с.

43. Гаврюшев Е.И., Исаханова З.П., Абахарова Н.Г. Аурикулярная М.И.Т. в комплексном санаторно-курортном лечении больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с "нишевым" синдромом // Применение рефлексотерапии в курортной медицине: Сб. научн. тр.- Пятигорск, 1986.- с. 34-36.

44. Геллер Л.Н. Хронический дуоденит и гастродуоденит.- Хабаровск, 1982.- 108 с.

45. Гершман Г.Б., Боксер В.О. Эндоскопическое исследование в оценке типов течения дуоденальных язв у детей // Педиатрия.- 1986.- №3.- с. 43-46.

46. Гойденко В.С. Микроиглотерапия. (Методические рекомендации МЗ. СССР)- М., 1979.- 16 с.

47. Гойденко В.С., Галанов В.П. Рефлексотерапия в педиатрии.- М., 1980.- 96 с.

48. Гойденко В.С., Котенева В.М., Ситель А.Б. Микроигло-

терапия.- М., 1982.- 117 с.

49. Гойденко В.С., Котенева В.М., Ситель А.А. Нейрофизиологические основы рефлексотерапии.- М., 1982.- 22 с.

50. Голофеевский В.Ю. Эндокринный аппарат слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в норме и некоторых формах гастродуоденальной патологии (клинико-эксперим. исслед.): Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Л., 1982.- 25 с.

51. Горкин В.З. Современные достижения в изучении проблем регуляции моноаминов на клеточном и молекулярном уровне: труды I МОЛГМИ, 1972.- т.78.- с. 209-214.

52. Горошинская И.А. Роль изменения каталитических свойств моноаминоксидазы мозга в ответной реакции организма на экстремальные воздействия. (Научный обзор) // Вопросы медицинской химии.- М.: Медицина,- 1989.- №2.- с. 3-8.

53. Григорьев К.И. Особенности адаптации детей с хроническим гастродуоденитом // Патология системы пищеварения у детей / Под. ред. Л.А.Савельевой.- М.: Изд-во МОНКИ, 1988.- с. 136-139.

54. Григорьев К.И. Немедикаментозное лечение хронических заболеваний органов пищеварения у детей // Педиатрия.- 1991.- №9.- с. 85-92.

55. Гринберг В.Я., Лившиц Е.Г. Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта при гастродуоденальной патологии при динамическом наблюдении от детского до подросткового возраста // Тез. докл. Всесоюз. науч.-практ. конф. "Актуальные вопросы эндоскопии в педиатрии."- Горький, 1990.- с. 164-165.

56. Гроховский Л.П. Биогенные амины (серотонин, катехоламины) и их роль в патогенезе язвенной болезни и хронического гастрита: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.- Л., 1972.- 40 с.

57. Громова Е.А. Серотонин и его роль в организме.- М.: Медицина,- 1966.- 180 с.

58. Губский В.И., Дапавурак В.П., Епоев В.А., Кухаренко Е.И. Обмен серотонина при язвенной болезни // Врачебное дело.- 1976.- №3.- с. 78-81.

59. Гудзенко Ж.П. Панкреатит у детей.- М.: Медицина,- 1980.- 240 с.

60. Дехканов Т.Б., Блинова С.А. Сравнительный анализ продуцентов моноаминов в ампуле большого сосочка двенадцатиперстной кишки и легких у кроликов // Архив анатом., гистол. и эмбриол.- 1991.- т.100- №2.- с. 58-61.

61. Долецкий С.Я., Стрекаловский В.П., Климанская Е.В., Сурикова О.А. Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей.- М.: Медицина, -1984.- 710 с.

62. Домбровская В.А., Антипина К.В., Комарова Л.Г., Кошкина Т.А. Некоторые показатели обмена серотонина при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.- Горький, 1976.- с. 84-88.

63. Дорофеев Г.И., Успенский В.М. Гастродуоденальные заболевания в молодом возрасте.- М.: Медицина, 1984.- 160 с.

64. Заводская В.С., Бульон В.В. Серотонический компонент в механизме развития нейрогенного повреждения желудка // Фармакология и токсикология.- 1987.- т.50.- №1.- с. 77-80.

65. Запруднов А.М. Гастродуоденит у детей (патогенез, клиника, диагностика, лечение).: Дис. ... д-ра мед. наук.- М., 1985.- 34 с.

66. Зернов Н.Г., Червяков П.А., Фокин Е.И. Эндоскопические и морфологические критерии хронизации гастродуоденита у детей // Тез. докл. обл. науч. конф. "Эндоскопические приборы и методы исследования в педиатрии", 24-25 сентября 1984.- Иваново, 1984.- с. 71-73.

67. Иванов-Муромский К.А. Электромагнитная биология.- Киев.: Наукова думка, 1977.- с. 23-45.

68. Иванов В.А. Связность и кластеризация анатомических зон ушной раковины человека в механизме аурикулодиагностики и терапии // Органнне особенности морфогенеза и реактивности тканевых структур в норме и патологии.- Симферополь, 1989.- с. 43-47.

69. Ипатов Ю.П., Обрядов В.П. Рентгено-эндоскопические параллели в диагностике хронического гастробульбита у детей // Тез. докл. науч.-практ. конф "Актуальные вопросы эндоскопии в педиатрии".- Горький, 1990.- с. 189.

70. Исаева Л.А., Климанская Е.В. Эндоскопия в педиатрии // Педиатрия.- 1987.- №3.- с. 20-24.

71. Исаков Ю.Ф., Степанов З.А., Гераськин В.И., Мостовая С.С. Фиброэндоскопия при хирургических заболеваниях верхних отделов жел.-кишечного тракта у детей // Хирургия.- 1980.- №4.- с. 42-47.

72. Ищенко А.Н., Зубков П.И., Корнев В.А., Шевьев П.П. Прибор на базе однокристалльной микро-ЭВМ для аурикулярной диагностики и терапии // Мед. техника.- 1990.- №2.- с. 25-27.

73. Качан А.Г., Богданов Н.Н. Электрофизиологические осо-

бенности точек акупунктуры // Оптимизация воздействия в физиотерапии.- Минск, 1980.- с. 112-119.

74. Квирчишвили В.И. О проекции разных участков тела на поверхности ушной раковины человека и животных // Теоритическое обоснование и клиническое применение метода иглоукальвания.- Л., 1972.- с. 47-48.

75. Киричинский А.Р. Рефлекторная физиотерапия.- Киев, 1959.- 157 с.

76. Князев Ю.А., Бушуев С.Л., Голованова В.Б. Гормональная система желудочно-кишечного тракта // Педиатрия.- 1982.- №10.- с. 15-19.

77. Коваль Л.А., Лященко П.С. Влияние серотонина на моторную функцию печени // Физиол. журнал СССР.- 1982.- т.68.- №9.- с. 1234-1239.

78. Коваль Л.А. Влияние серотонина на рефлекторные двигательные реакции желудка и тонкого кишечника // Физиол. журнал СССР.- 1983.- т.29.- №5.- с. 549-554.

79. Ковригин А.Е., Остроухова И.П. Иглорефлексотерапия в комплексном лечении эзофагитов у детей // Тез. докл. науч.-практ. конф. "Актуальные вопросы эндоскопии в педиатрии".- Горький, 1990.- с. 279-280.

80. Колосова О.А. Вегетативная регуляция в норме и патологии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.- М., 1983.- 24 с.

81. Комаров Ф.И., Заводская И.С., Морева Е.В. и др. Нейрогенные механизмы гастродуоденальной патологии.- М., 1984.- с. 80-84.

82. Комаров Ф.И. Проблемы хрономедицины на современном этапе // Клин. мед.- 1988.- №12.- с. 3-7.

83. Копекин В.Н., Беленцова Л.А. Акупунктура в лечении гастроэнтерологических заболеваний у детей // Вопр. курортологии, физиотерапии и леч. физкультуры.- 1991.- №3.- с. 43-457.

84. Корякина Л.А., Серова Л.И. Центральное введение серотонина постстрессорные повреждения слизистой оболочки желудка мышей инбредных линий в разные сезоны // Патологическая физиол. и эксперимент. терапия.-1989.- №1.- с. 28-31.

85. Кравченко Л.И., Иванов А.И. Состояние желчевыводящих путей при гастродуоденальной патологии у детей // Вопр. охраны материнства и детства.- 1978.- т.23.- №11.- с. 7-10.

86. Кривцун В.П. Содержание ацетилхолина и серотонина в кро-

ви у практически здоровых детей // Вопр. охраны материнства и детства.- 1970.- т.15.- №6.- с. 91-92.

87. Крышень П.Ф., Пругло Ю.В. Морфологическая диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.- Киев.: Здоровья, 1978.- 182 с.

88. Кубергер М.Б., Зарочинцев А.В., Капустин А.В., Соболева Е.А. и др. Состояние вегетативной нервной системы у детей с неинфекционной желудочно-кишечной патологией // Вопр. охраны материнства и детства.- 1990.- т.35.- №4.- с. 13-16.

89. Кубергер М.Б., Босин В.Ю., Капустин А.В., Хавкин А.И. и др. Рентгенологическая диагностика хронического гастрита у детей // Педиатрия. 1991.- №6.- с. 45-48.

90. Кулик Н.Н., Закомерный А.Г., Жукова Е.А. Динамика клинико-эндоскопических данных у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки под влиянием терапии // Тез. докл. науч.-практ. конф. "Актуальные вопросы эндоскопии в педиатрии".- Горький, 1990.- с. 200-201.

91. Курский М.Д., Бакшеев Н.С. Биохимические основы механизма действия серотонина.- Киев.: Наукова Думка, 1974.- 261 с.

92. Куршин М.А., Фастыковская Е.Д., Минеев С.С. и др. Рентгенологическая оценка состояния 12-перстной кишки у детей с различным характером абдоминальных болей // Вопр. охраны материнства и детства.- 1979.- т.24.- №11.- с. 15-18.

93. Леднева И.П., Манухин Б.Н. Влияние ацетилхолина и серотонина на адренергическую реакцию тонкой кишки крысы // Физиол. журн. им.Сеченова.- 1990.- т.76.- №2.- с. 233-238.

94. Лившиц Е.Г., Бойцова Л.Ф., Платкая Э.К., Гринберг В.Е. О возможной роли наследственных факторов в патогенезе хронического дуоденита // Вопр. охраны материнства и детства.- 1976.- т.21.- №9.- с. 31-33.

95. Лившиц Е.Г., Терентьева Л.А., Новикова А.В. и др. Гистологическое, электронномикроскопическое и иммунологическое исследование 12-перстной кишки при хроническом дуодените у детей // Вопр. охраны материнства и детства.- 1977.- т.22.- №8.- с. 33-40.

96. Липшиц Р.У., Клименко Н.А. Тучные клетки, гистамин и серотонин в сенсibilизированном организме // Физиол. журн. им. Сеченова.- т.28.- №5.- с. 616-619.

97. Лобанов Ю.Ф., Филин В.А., Новикова А.В. и др. Местная

иммунная реакция слизистой оболочки желудка при пилорическом геликобактериозе // Педиатрия.- 1993.- №1.- с. 25-27.

98. Лозовская Л.И., Римарчук Г.В., Мясникова И.И., Антипина К.В. Обмен серотонина при заболеваниях поджелудочной железы у детей // Вопр. охраны материнства и детства.- 1980.- т.25.- №10.- с. 32-34.

99. Лозовская Л.И., Богданович И.Е., Прошагина В.С., Римарчук Г.В. и др. Показатели серотонинового обмена при хроническом колите у детей // Педиатрия.- 1983.- №4.- с. 45-46.

100. Лукьянова Е.М. Детская гастроэнтерология.- Киев.: Здоров'я, 1978.- 40 с.

101. Лян Р.И. Медицинская и социальная реабилитация больных церебральным параличом // Тез. докл. 2 Всероссийской конференции.- М., 1978.- с. 178-181.

102. Мазурин А.В. Гастродуоденальная патология у детей // Педиатрия.- 1973.- №3.- с. 7-12.

103. Мазурин А.В., Барчунова Б.Н., Запруднов А.М. и др. Актуальные вопросы язвенной болезни у детей // Вопр. охраны материнства и детства.- 1973.- №6.- с. 12-15.

104. Мазурин А.В., Запруднов А.М., Филин В.А. и др. Клинико-эндоскопические и морфологические сопоставления при хронических гастродуоденитах у детей // Педиатрия.- 1979.- №3.- с. 20-24.

105. Мазурин А.В., Григорьев К.И., Запруднов А.М. Метеотропные реакции при хронических заболеваниях органов пищеварения у детей // Казан. мед. журн.- 1983.- №3.- с. 191-194.

106. Мазурин А.В., Запруднов А.М. Болезни органов пищеварения у детей.- М., 1984.- 349 с.

107. Мазурин А.В., Запруднов А.М. Морфогенез хронического гастродуоденита у детей (эндоскопические и патогистологические сопоставления) // Педиатрия.- 1986.- №3.- с. 38-43.

108. Мазурин А.В., Григорьев К.И. Метеопатология у детей.- М.: Медицина, 1990.- 142 с.

109. Мазурин А.В., Запруднов А.М., Григорьев К.И., Филин В.А. и др. Восстановительное лечение у детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения. Методические рекомендации.- М., 1990.- 25 с.

110. Мазурин А.В., Файзуллина Р.А., Цветкова Л.Н., Филин В.А. и др. Состояние инкреторной функции поджелудочной железы

при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей // Вопр. охраны материнства и детства.- 1991.- №1.- с.12-15.

111. Маркелова В.Ф., Осипова П.И., Бслицкая Р.А. Влияние рефлексотерапии на функциональное состояние симпатикоадреналовой системы // Вопросы медицинской химии.- М.: Медицина, 1983.- №4.- с. 106-108.

112. Мельгунова И.А., Комарова Л.Г. Биогенные амины при гастродуоденальной патологии у детей // Педиатрия.- 1985.- №6.- с. 15-17.

113. Мельников В.В. Лабораторные методы исследования в клинике // Справочник.- М.: Медицина, 1987.- 286 с.

114. Метелица Т.В. Серотонин, его физиологическая и патофизиологическая роль. Кетансерин // Кардиология.- 1989.- т.29.- №9.- с. 120-124.

115. Минковская Ц.Б. Некоторые параметры среды желудочно-кишечного тракта у детей при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и особенности антацидной терапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- М., 1984.- 18 с.

116. Мирошниченко В.А. Клинические и эндоскопические сопоставления при гастритах и гастродуоденитах у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- М., 1975.- 32 с.

117. Митрофанова Н.И., Загрядский В.И., Дуринян Р.А. Опыт применения аурикулотерапии при лечении бронхиальной астмы // Терапевт. архив.- 1977.- №3.- с. 127-129.

118. Могендович М.Р., Темкин И.Б. Анализаторы и внутренние органы.- М.: Высшая школа, 1971.- 224 с.

119. Мусящикова С.С., Черниговский В.Н. Картикальное и субкартикальное представительство висцеральных систем.- Л.: Наука, 1973.- 286 с.

120. Новик А.В. Предъязвенные состояния у детей (некоторые вопросы патогенеза, критерии диагностики, тактика лечения и диспансерное наблюдение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.- Л., 1985.- 40 с.

121. Новик А.В., Середа Ю.В. Особенности интрагастральной протеолитической активности у детей с отягащенной наследственностью по язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Вопр. охраны материнства и детства.- 1990.- №4.- с. 9-12.

122. Новик А.В., Мельникова И.Ю., Приворотский В.Ф., Середа Ю.В. и др. Клинико-генетические проблемы язвенной болезни у де-

тей // Педиатрия.- 1991.- №9.- с. 20-24.

123. Новик А.В. Актуальные вопросы формирования пептических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей // Педиатрия.- 1993.- №1.- с. 22-25.

124. Новикова А.В. Иммуноморфология слизистой оболочки кишечника при его острых и хронических заболеваниях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.- М., 1984.- 42 с.

125. Пайков В.Л., Соколова М.Н. Функционально-морфологическое состояние 12-перстной кишки при лямблиозе у детей // Материалы к X Всесоюзному съезду детских врачей 22-26 октября 1974.- М., 1974.- с. 451-452.

126. Панова И.В., Афонина Т.А. Клинико-эндоскопические аспекты рефлексотерапии эрозивного гастродуоденита у детей // Тез. докл. науч.-практ. конф. "Актуальные вопросы эндоскопии в педиатрии" 3-4 апреля 1990 г.- Горький, 1990.- с. 220.

127. Панфилов Н.Д., Фомин А.А. Краткий справочник фотолюбителя.- М.: Искусство, 1985.- 367 с.

128. Парамонов А.А., Волков А.И., Кулик Н.Н. и др. Особенности течения и лечения тяжелых форм гастродуоденитов у детей // Вопр. охраны материнства и детства.- 1982.- т.27.- №9.- с. 8-40.

129. Пастухов В.А., Болодинский В.К. Участие серотонинергических механизмов в регуляции висцеральных функций условнорефлекторной деятельности // Физиологический журнал СССР им Сеченова.- 1985.- т.71.- №6.- с. 688-693.

130. Переслегина И.А., Жукова Е.А. Клинико-патогенетические аспекты язвенной болезни у детей // Педиатрия.- 1991.- №9.- с. 24-29.

131. Песиков Я.С. Новый вариант схемы точек акупунктуры и анатомические разновидности основных зон ушной раковины // Актуальные вопросы аурикулярной рефлексотерапии. Теория и практика.- Краснодар, 1982.- с. 26-28.

132. Песиков Я.С., Рыбалко С.Я. Атлас клинической аурикулотерапии.- М.: Медицина, 1990.- 255 с.

133. Портнов Ф.Г. Электро-пунктурная рефлексотерапия.- Рига.: Зинатне, 1982.- 222 с.

134. Портнов Ф.Г. Современные возможности акупунктурной рефлексодиагностики и рефлексотерапии // Значение для практической медицины традиционной и современной рефлексодиагностики.- Горький, 1989.- с. 40-43.

135. Радбиль О.С. Язвенная болезнь // ВНИИМИ. Серия терапия.- 1984.- №1.- 69 с.

136. Райхлин Н.Т., Кветный И.М., Соломатина Т.Н. АПУД-система и гормональные основы деятельности желудочно-кишечного тракта // Сов. медицины.- 1983.- №6.- с. 53-56.

137. Рапопорт С.И., Расупов М.И. Сезонные особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки по данным эндоскопических исследований // Клин. мед.- 1988.- №6.- с. 84-86.

138. Резник Б.Я., Коваль Н.И. Клиническая характеристика хронических дуоденитов у детей // Педиатрия.- 1971.- №5.- с. 26-29.

139. Ромашов Ф.Н., Вельховер Е.С., Пичхадзе Р.С. Ирриодиагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.- М., 1986.- 80 с.

140. Саллес-Кунья С.Ш., Баттокетти Д.Л., Сасес Э. Применение постоянных магнитных полей в неинвазивных электромагнитных методах измерения кровотока // Труды ин-та инженеров по электронике и радиотехнике.- 1980.- т.68.- №1.- с. 178-185.

141. Синявская О.А., Чередниченко А.М., Соломина С.Н., Кокорева Л.В. Дуоденит и патология органов пищеварения у детей // Учебно-методическое пособие.- Свердловск, 1983.- 45 с.

142. Синявская О.А., Чередниченко А.М., Градинаров А.М., Торопова Н.П. Иммунологическая реактивность, особенности клинических проявлений патологии органов пищеварения у гастроэнтерологических больных и больных аллергодерматозами // Вопросы детской гастроэнтерологии. Иммунологический и микробиологический аспекты.- Горький, 1984.- с. 22-27.

143. Соколова Г.Н., Городинская В.С. Слизистая оболочка 12-перстной кишки по данным дуоденоскопии с прицельной биопсией // I Всесоюзный симпозиум по гастроинтестинальной эндоскопии 24-26 ноября 1980. Тез.докл.- Рига, 1980.- с. 172-173.

144. Соловьева И.А. Эндокринные клетки желудка источники полипептидных гормонов. Современное состояние проблемы: Обзор // архив анатомии, гистологии и эмбриологии.- 1981.- т.80.- №6.- с. 88-101.

145. Сорокоумова А.Ф. Нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения при гастродуоденитах и язвенной болезни у детей и обоснование тактики лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- М., 1992.- 25 с.

146. Староверов А.Т., Барашков Г.Н. Иглотерапия в анестезиологии и реаниматологии.- Саратов.: изд-во Саратовский университет, 1985.- 217 с.

147. Степанов Э.А., Мостовая С.С., Криворак С.М. Диагностическая и лечебная фибриозндоскопия при острых желудочно-кишечных кровотечениях у детей // Тез. докл. 1-го Всесоюзного симпозиума по гастроинтестинальной эндоскопии.- Рига, 1980.- с. 180-182.

148. Струков А.И., Кактурский Л.В. Диалектика взаимоотношений структуры и функции в биологии и медицине // Арх. патологии.- 1977.- №4.- с. 3-11.

149. Судаков К.В. Общая теория функциональных систем.- М.: Медицина, 1984.- 225 с.

150. Табеева Д.М., Клименко Л.М. Ухоиглотерапия.- Казань.: Татар. кн. изд-во, 1976.- 95 с.

151. Табеева Д.М. Методические рекомендации по иглорефлексотерапии.- Казань, 1978.- 24 с.

152. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии.- М., 1980.- 560 с.

153. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии.- М., 1982.- с. 162-174.

154. Тагер И.Л., Филиппкин М.А. Рентгенодиагностика заболеваний органов пищеварения у детей.- М.: Медицина, 1974.- с. 73-144.

155. Тихонова Е.П. Изменение индолалкиламинов при хроническом гепатите "В" у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Свердловск.- 1990.- 19 с.

156. Торопоцев И.В., Таранов С.В. Морфологические особенности и некоторые представления о механизме биологического действия магнитных полей // Архив патологии.- 1982.- №12.- с. 3-11.

157. Чсова М.К., Морохова С.А. Краткое руководство по иглоукалыванию и прижиганию.- М., 1974.- 168 с

158. Успенский В.М. Тучные клетки и физиологические воспаления слизистой оболочки желудка // Тер. архив.- 1977.- т.49.- с. 21-24.

159. Успенский В.М., Фокина Л.А., Голофеевский В.Ю. Влияние серотонина на функционально-морфологическое состояние желудка и двенадцатиперстной кишки // Физиологический журнал СССР им.Сеченгова.- 1978.- т.64.- №4.- с. 550-554.

160. Филимонов Р.М. Подростковая гастроэнтерология // Руководство для врачей.- М., Медицина, 1990.- 282 с.

161. Френкель И.Д., Комиссарова И.В. Серотонин при язвенной болезни // Тер. архив.- 1975.- т.47.- N2.- с. 142-146.

162. Фын Ли-да, Парменков Д.М. Иглотерапия и прижигание (Чжен цзю-терапия).- Л., 1960.- 87 с.

163. Хавкин А.И. Клинико-инструментальная характеристика гастроэзофагального и дуоденогастрального рефлюксов у детей // Педиатрия.- 1991.- N8.- с. 93-95.

164. Харитоновна Л.А. Клинико-термографические параллели при холецистохолангитах и дискинезиях желчевыводящей системы у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- М., 1988.- 20 с.

165. Харкевич Н.Г., Шиленок В.И., Зельдин Э.Я. Биогенные амины и иммунные комплексы желудка при язвенной болезни // Актуальные вопросы гастроэнтерологии.- Л., 1987.- с. 82-87.

166. Хоанг Бао Тяу, Ла Куанг Ниеп. Иглоукальвание: перевод с вьетнамского.- М., 1988.- с. 424-454.

167. Хорунжий Г.В., Панова И.В. Иглорефлексотерапия эрозивных гастритов и гастродуоденитов у детей // Вопр. охраны материнства и детства.- 1991.- N2.- с. 70-71.

168. Хорунжий Г.В., Панова И.В. Влияние исходного вегетативного тонуса на результаты рефлексотерапии хронического гастрита у детей // Педиатрия.- 1991.- N5.- с. 111-112.

169. Хибин Л.С. Клиническое значение биогенных аминов при гастродуоденальных заболеваниях // Клинич. медицина.- 1986.- т.64.- N5.- с. 43-47.

170. Цветкова Л.Н., Филин В.А. Проблемы лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей // Педиатрия - 1991 - N9 - с. 93-99.

171. Чередниченко А.М., Синявская О.А., Комарова К.С., Кокорева Л.В. Течение, диагностика и лечение хронического дуоденита у детей // Метод. рекомендации МЗ РСФСР.- Свердловск, 1983.- 16 с.

172. Чередниченко А.М. Клинико-иммунологические особенности хронического дуоденита при сочетанной патологии органов пищеварения у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.- М., 1984.- 40 с.

173. Чернух А.М., Александров П.Н., Алексеев О.В. Микроциркуляция.- М.: Медицина, 1984.- 429 с.

174. Шагинян Н.С. Влияние фоноструктуры на моторную функцию

желудка больных язвенной болезнью 12-перстной кишки // *Вопр. курортологии.* - 1988. - №1. - с. 28-30.

175. Шадрин С.А., Харитонов Л.А. Термографический метод диагностики желудочно-кишечной патологии у детей. (Методические рекомендации). - Краснодар, 1989. - 16 с.

176. Шадрин С.А. Дистанционная термография в диагностике желудочно-кишечной патологии у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1990. - 32 с.

177. Шадрин С.А., Харитонов Л.А. Дистанционная термография в диагностике заболеваний органов пищеварения у детей // *Педиатрия.* - 1991. - №9. - с. 45-52.

178. Шакаров М. Сравнительная эффективность различных методов лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1988. - 19 с.

179. Шахламов В.А., Макарь В.И. Энтероэндокринные клетки, их структура и функция // *Арх. анатомии, гистологии и эмбриологии.* - 1985. - т.LXXXIX. - №9. - с. 7-17.

180. Шемеровский К.А. Миоэлектрическая активность гастродуоденальной зоны при язвообразовании, вызванном серотонином // *Бюллетень экон. биологии и медицины.* - 1989. - т.108. - №9. - с. 285-287.

181. Шмидт Р., Тевс Г. Физиология человека. - Москва.: Мир, 1985. - т.1. - с. 170-219.

182. Шмидт Р., Тевс Г. Физиология человека. - М.: Мир, 1986. - т.4. - с. 221-265.

183. Шульга Н.И. Значение биогенных аминов в патогенезе предвзвешенных состояний у детей // *Вопр. охраны материнства и детства.* - 1986. - т.31. - №8. - с. 17-21.

184. Щербаков П.Л., Лобанов Ю.Ф., Лыкова О.Б. Результаты лечения пилорического геликобактериоза у детей с гастродуоденальной патологией // *Педиатрия.* - 1991. - №9. - с. 57-59.

185. Ялышева Г.А. Диагностика и лечение хронического гастродуоденита у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Омск, 1984. - 18 с.

186. Adey W.R. Frequency and power windowird in tissue interactions with weak electromagnetic fields (W) /Proc. of the JEEE. - 1980. - vol.68 -№1.-p.119-125.

187. Amaral D.G., Sinnamon H.M. The locus cocruleus: neurobiology.-noradrenergic nucleus. Pzoqr. in neurobiology.-1977.

-N9.-p.147-196.

188. Arber S. A model of cell electromagnetic susceptibility associated with the membrane electric fields // *Physiol. Chem. and Phys. and Med. MMR.*- 1986.- v.18.-p.49-51.

189. Asai D. And organic germanium.- *Iridologists International*, 1980.- v.1 -Iss.3.- p.8-11.

190. Berry L.H. *Gastrointestinal pan-endoscopy* Springfield: Thomas.- 1974.- 632p.

191. Bischko G. *Einführung in die Akupunktur.*- Heidelberg: Haug, 1976.- 124p.

192. Bogoch A., Wilson K., Fishman S. Gastric erosions - In: *Gastroenterology* /Ed.A.Bogoch.- N.U.: Mc Iran-Hill Book company, 1973.- p.3535-355.

193. Bossy I. *Bases neurobiologiques des reflexotherapies.* -Paris, 1975. -p.79-83.

194. Bourdiol K.S. *Jraite d'irido-diagnostic.*-Maisonneuve, 1975.- 271p.

195. Brox J. *Behandlungs bespiele in der Ohrakupunktur für Anfänger und mapig Fortgeschrittene Akupunkturarzt.*-1987.-N5-6. - p.100-106.

196. Burdelski M., Huchzezmeyer H. Origin and endoscopic features of peptic lesions in different age groups.- *Acta paediat.lelg.*- 1979.- v.32.- N2 -p.154-158.

197. Cadranel S., Rodesch R. Cremer N1. Diagnostic and operative fiberendoscopy of the upper gastrointestinal tract in paediatrics.- *Z.Kinderchiz*, 1979.- BD27.- p.63-66.

198. Cadranel S., Rodesch R., Peters J. *Fiberendoscopy of gastrointestinal tract in children* // *Amer.j.Dis.child*, 1977.- v.131.-N1.- p.41-45.

199. Cans S.L., Johnson J. *Pediatric esophagoscopy.*- In: *Endoscopy* / Ed.g.Bersi- New York, 1976.- p.341-350.

200. Cooper J.R., Bloom F.E., Roth R.H. *The Biochemical Basis of Neuropharmacology*, 3rd / Ed.,- Oxford University, Press, 1978. - 286p.

201. Desk J. *Illustreizte Geichenlehre. Anhaug Zum Lehrbuch: Granlasen der Iridiagnostik*, -1975.- p.176-189.

202. Domaschke W., Domaschke S., Hagel S. etal. Gastric epithelial cell turnover: mucus production and healing of gastric ulcers with carbenxolone // *Cut.*- 1977.- v.18.- p.817-820.

203. Frenkle H. Klima and Gesundheit // Erfahrungs-Heilkunde.- 1987.- BD36.-H.1.- s.50-54.

204. Furness J.B., Costa M. The adrenergic innervation of the gastrointestinal tract // Ergeb. Physiol.- 1979.- N69.- p.1-51.

205. Gilman A.G., Goodman L.S. Pharmacological Basis of Therapeutics, 6th Ed., New York. Macmillan, 1980.- 294p.

206. Cleditsen J. Das Punkt-Phänomen in der Akupunktur // Akupunktur,- 1986.- v.14.-N1.- p.10-19.

207. Haight J.R. The general organization of somatotopic projection to sel cerebral neocortex // in the cat.- Brain Rez., 1972.- v.44.- p.483.

208. Heinke W. Die Behandlung der Enterokolitis durch Akupunkte // Akupunkte,- 1980.- N8-14.- p.135-138.

209. Kawamura S., Fujj T., Sakaki N., Jida U. The stude of peptic ulcer in the ageol group 114 World Corngress of digest. endoscopy.- Madrid, 1978.- 220p.

210. Kraack P.J. Über ein Sekundenphänomen in Akupunktur und Aurikulotherapie und der Versucheiner Erklärung mittels des Grundsystema nach Pischinger // Akupunkturarzt, 1987.- (33/4).- s.58-60.

211. Kulonen E., Potila M. Macrophages and the synthesis of connective tissue components.- Acta Path. microbiol. Scand. Sect. // I. Immunology, 1980.v.88-N1.- p.7-13.

212. Larsson I.I. On the possible existense of multiple endocrine, paracrine and neurocrine messengers in secretory cell systems // Invest. cell Pathol.- 1985.- v.3.- N1.- p.73-85.

213. Launay J.M., Tabuteau F., Haimart M., etal. The cliffuse neuroendocrine (APUD) system // Biomed, Pharmacotherapy.- 1983.- v.37.- N.5 - p.322-328.

214. Liebman W.M. Feberoptic endoscopy of the gastrointestinal tract in infants and children.- J upper endoscopy in 53 children // Amer.j.Gastroent., 1977.- v.68.- N4 -p.362-366.

215. Lloret S.F., Gonsales C., Marel Lisana J.M., etal. Criterios Endoscopicos de gastritis cronica. Correlation histoendoscopica. Estuldo de 323 casos.- Rev. Esp. Enferm. Apar. Digest., 1980.- v.57.- N111 - p.9-14.

216. Lloret S.F., Melgarejo A.M., Garcia Leon A. Preparacion para fibroendoscopia oral diagnosticf. Ualoracion de 4.175 casos.

- Rew. Esp. Enferm. Apar. Digest., 1981.- v.59.-N3.- p.351-358.
217. Moore R.U., Bloom F.E. Central Catecholamine neuron systems: anatomy and physiology of the dopamine systems // Ann. Rew. Neurosci., 1978.- N1 -p.129-169.
218. Mougnot J.E., Lemos A.T., Jablonski J.P. Apport de L'oerogastrofibroscopie dans les hernica digestives // Pediatr., Paris.- 1978.- v.19.- p.163-167.
219. Moxey P.C., Frier I.S. Endocrine cells in the human fetal small intestine // Cell. Tiss. Res.- 1977.- v.183.- N1. - p.33-50.
220. Nagamachi U. Site of gastric stress ullerations, etiological factors // Amtr. j. Proctol.- 1983.- v.34.- N10.- p. 12-23.
221. Oleson T.D., Kroening R,J., Bresler D.E. An Experimental Evaluation of Aurical Dianosis: The Somatotopic Mapping of Musculoskeletal Pain at Ear Acupuncture points. Pain, 1980.- N8. - p. 217-229.
222. Pearse A.G.E. Common Cytochemical and ultrastructural characteristics of cells producing polypeptide hormones (the APUD G series) and ultimobranehial C-cells and calcitonin. Proc. Rov. soc. biol.- 1968.- v.170.- p. 71-80.
223. Pearse A.G.E. a. Polac J.M. The diffuse neuroendocrine system and the APUD-concept // Jn: lut.hormones.- Edinburh London, New Jork, churchill Livingstone,- 1978.- p. 33-39.
224. Pflucke F. Effekt von Metoklopramid (cerucal) auf den gastroosophagealen Reflux nach Nahrungsanfahme.- Dtsch L. Verdand.- stoffwechselkr., 1981.- BD. 41.- N1.- s. 13-17.
225. Rosenbach J. L'uropepsine inter de son dosage en patologie digestive.- Paris, 1960.- s. 211-216.
226. Rossmann H. Lasst sich die Ebktroakupunktur nach. Dr. voll statistisch beweisen - Akupunktur, 1986.- BD.14.- N4.- s. 254-256.
227. Schnorrenberger C.C. Therapie mit Akupunktur.- Hippokrates verlag stuttgart, 1989.- 274 p.
228. Scott B.N., Losowsky M.S. Patchiness and duodenal - jejunal variation of the mucosal abnormality in coeliac disease and dermatitis herpetiformis.- Gut, 1976.- v.17.- N12.- p. 984-992.
229. Spiro H. Mojnihan disease The dignosis duodenal ul-

cer // new Engl. j. Med.- 1974.- v.291.- p. 567-569

230. Namikoshi T. The complete Book of shiatsu therapy.-
Japan. Pudlications. inc. 1981.- 255 p.

УТВЕРЖДАЮ
Гл. врач ДМБ № 9
В.Ф. Туринский

"18" января 1993 г.

Типовая форма Р-10
УТВЕРЖДАЮ
Проректор по НИР
проф. В.В. Фомин

"17" января 1993 г.

А К Т

внедрения практических рекомендаций по результатам научно-исследовательской работы зав. физио-терапевтическим отделением заочного аспиранта кафедры педиатрии ФУВ Альтмана Н.С.

"Аурикулоскопия как скрининг диагностика хронической гастродуоденальной патологии у детей".

Шифр темы 616.3-01;612.654

№ гос. регистрации

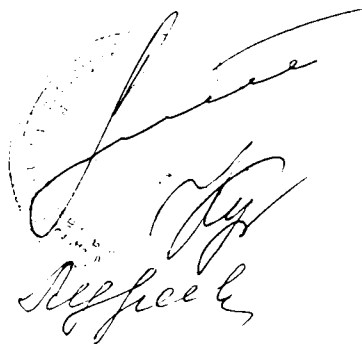
1. Наименование объекта, на котором внедрены мероприятия – городской детский гастроэнтерологический центр, гастроэнтерологическое отделение детской многопрофильной больницы № 9, г.Екатеринбурга
2. Краткое описание и преимущества внедренных мероприятий
Разработан скрининг-тест диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной зоны – аурикулоскопия, заключающаяся в визуальной оценке сосудистого рисунка кожи ушной раковины в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки. Аурикулоскопия позволяет осуществить первичную диагностику, стадийность течения (обострение, ремиссия) и превентивную диагностику хронических заболеваний гастродуоденальной зоны.
3. Дата внедрения – сентябрь 1990 г.
4. Основные показатели, характеризующие результаты внедрения
Повышение эффективности диспансерного наблюдения за детьми с хроническими заболеваниями в связи с возможностью слежения за их течением и своевременным назначением противорецидивной терапии.
5. Эффект от внедрения медико-социальный, заключающийся в том, что аурикулоскопия не требует материальных затрат, ее могут

проводить медицинские работники всех уровней (врач-педиатр, педиатр-гастроэнтеролог, медицинская сестра) и родители. Использование аурикулоскопии перспективно для профилактики прогрессирования гастроэнтерологических заболеваний.

Главный врач ДМБ № 9

Зам.гл.врача по
лечебной работе

Зав.отделением

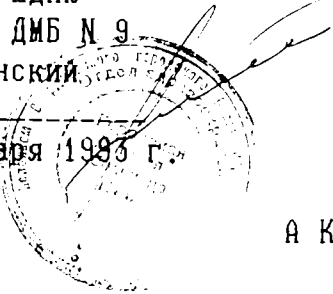


В.Ф.Туринский

Г.И.Кузнецова

Л.В.Редреева

УТВЕРЖДАЮ
Гл. врач ДМБ № 9
В.Ф. Туринский



"18" января 1993 г.

Типовая форма Р-10
УТВЕРЖДАЮ
Проректор по НИР
проф. В.В. Фомин

"9" января 1993 г.

А К Т

внедрения практических рекомендаций по результатам научно-исследовательской работы зав. физио-терапевтическим отделением заочного аспиранта кафедры педиатрии ФУВ Альтмана Н.С.

"Аурикулоскопия как скрининг диагностика хронической гастродуоденальной патологии у детей".

Шифр темы 616.3-01;612.654

№ гос. регистрации

1. Наименование объекта, на котором внедрены мероприятия - городской детский гастроэнтерологический центр, гастроэнтерологическое отделение детской многопрофильной больницы № 9, г.Екатеринбурга
2. Краткое описание и преимущества внедренных мероприятий
Разработан и внедрен в практику метод микроиглотерапии - разновидность иглорефлексотерапии - у больных с хронической гастродуоденальной патологией. Метод заключается в использовании игл меньшей длины ("кнопки"), вводимых не ежедневно, а один раз в неделю. Использование микроиглотерапии перспективно: метод не травматичен, не вызывает негативных эмоций у больных и не требует изменения режима дня школьника, так как процедура проводится один раз в неделю.
Эффективность проведения микроиглотерапии возможно контролировать аурикулоскопией.
3. Дата внедрения - январь 1991 г.
4. Основные показатели, характеризующие результаты внедрения
Микроиглотерапия позволяет расширить объем оказания помощи детям с хроническими заболеваниями органов пищеварения в периоде реабилитации и может назначаться как метод превентивного лечения с целью профилактики рецидивов язвенной болезни,

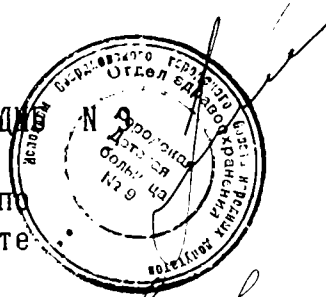
хронического гастрита и гастродуоденита.

5. Эффект от внедрения медико-социальный, заключающийся в том, что позволяет продлить клинико-эндоскопическую ремиссию хронических заболеваний гастродуоденальной зоны и тем самым предупредить прогрессирование этих заболеваний и появление осложнений.

Главный врач ДИ

Зам.гл.врача по
лечебной работе

Зав.отделением



В.Ф.Туринский

Г.И.Кузнецова

Л.В.Редреева