

7. Нечаев В.В., Шляхтенко Л.И. Хронический гепатит и циррозы печени. — Л., 1998.
8. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. — М., 1974.
9. Парнес Е.Я. // Рос. мед. журн. — 1999. — № 1. — С. 45—52.
10. Подымова С.Д. Болезни печени (руководство для врачей). — 2-е изд. — М., 1993.
11. Подымова С.Д. // Рос. мед. журн. — 1996. — № 2. — С. 4—8.
12. Ратников В.А., Жданов К.В. Сборник тезисов докладов "Радиология - 2000". — М., 2000. — С. 493—494.
13. Шерлок Ш., Дж. Дули. Заболевания печени и желчных путей. — М., 1999.

Поступила 12.07.01.

УДК 616.5 - 002 - 085.82 - 053.2

POSSIBILITIES OF ECHOGRAPHY IN CHRONIC LIVER DISEASES AND PORTAL HYPERTENSION

R.F. Raimova, D.K. Bashirova, M.G. Tukhbatullin

Summary

The possibilities of the complex echography in studies of the state of patients with chronic liver diseases are estimated. It is concluded that in definite situations the complex echography has undeniable advantages because it makes it possible to reveal early signs of portal hypertension and to predict its course. This will make it possible to choose more adequate therapy and to perform timely surgical correction and to improve the life quality of patients.

ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ МАССАЖ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Б.А. Шапов, А.Г. Шамова, И.Ю. Фигурова

*Кафедра дерматовенерологии (зав. — проф. Р.З. Закиев),
кафедра детских болезней лечебного факультета (зав. — проф. В.В. Софронов)
Казанского государственного медицинского университета*

В клинической структуре аллергических болезней у детей поражения кожи составляют основную группу, причем атопический дерматит (АтД) занимает первое место. Установлена взаимосвязь поражений органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), гепатобилиарной системы и поджелудочной железы с кожными проявлениями у детей, страдающих АтД. Системная эндотоксинемия (СЭ), развивающаяся при гибели кишечной микрофлоры при заболеваниях органов ЖКТ, дисбактериозах в результате пероральной антибактериальной терапии, проявляется антителами (АТ) к гликолипиду (ГЛП) — структурной единице липополисахарида (ЛПС), который является, в свою очередь, биологически активной составной эндотоксина (ЭТ).

В арсенале терапевтических мероприятий при АтД применяют гипоаллергенную диету, широкий спектр медикаментов, наружное лечение, иглорефлексо-терапию (ИРТ). На фоне разнообразной висцеральной, эндокринной, иммунологической патологии патогенетически обоснованное лечение нередко приводит к полипрагмазии, что усиливает

поливалентную гиперсенситизацию. Отсюда актуально применение немедикаментозных способов воздействия на организм больного, в частности массажа.

Цель исследования — разработка методики применения висцерального массажа (ВМ), оценка его влияния на иммунный статус и маркеры системной эндотоксинемии при АтД у детей.

Под наблюдением находились 53 ребенка, 23 из них были больны АтД. Возраст больных колебался от 5 до 15 лет, из них мальчиков было 39%, девочек — 61%. 30 здоровых детей (мальчиков — 40%, девочек — 60%) были обследованы для контроля маркеров системной эндотоксинемии и иммунного статуса. Кроме того, мы курировали 15 детей с АтД, получавших ИРТ (мальчиков — 46%, девочек — 54%). Выборка детей была репрезентативной и сопоставимой.

Всем детям было назначено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование. Лабораторные исследования включали определение в динамике уровня АТ к распространенным в кишечнике грамотрицательным бактериям — гликолипиду A Re 595 (Re-mutant) *Salmonella minnesota*

(ГЛП), ЛПС *Escherichia coli* O14 (*E.coli*), *Proteus mirabilis* (*Pr. mirabilis*) и *Bacteroid fragilis* (*B. fragilis*). Кроме того, изучали показатели клеточного, гуморального и неспецифического иммунитета, биохимические показатели крови (α -амилаза, фибриноген, общий белок, протеинограмма, глюкоза, свертываемость крови), общие анализы крови и мочи в динамике.

Динамику содержания АТ к ГЛП, *E.coli*, *Pr.mirabilis* и *B. fragilis* определяли методом иммуноферментного анализа (результаты выражали в мкг белка АТ на мл сыворотки крови). Клеточное звено иммунитета оценивали с использованием моноклональных антител (СД). Уровень иммуноглобулинов А, М, G устанавливали на биохимическом анализаторе, общий IgE и аллергенспецифические IgE-антитела — в иммуноферментной тест-системе коммерческими диагностическими наборами (г. Ставрополь). Фагоцитарную активность нейтрофилов изучали в реакциях с латексом и стафилококком с определением фагоцитарного индекса (ФИ) и числа (ФЧ) из расчета на один нейтрофил. Реакции восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест), спонтанную и стимулированную стандартным стимулятором, изучали по методу М.Е. Виксмана, А.Н. Маянского, циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) — по ПЭГ-преципитации (Гашкова В.С. и соавт., 1978), активность комплемента (СН50) — по 50% гемолизу (Федосеева В.Н. и соавт., 1993).

Длительность АтД у детей составила 5 — 15 лет, трое из них имели инвалидность. Диссеминированная локализация кожного процесса была диагностирована у 87% детей, локальный процесс — у 13%. Максимальная степень активности определялась у 56% больных, высокая и умеренная — соответственно по 22%. Лихеноидная форма констатирована у 52% детей, эритематозно-сквамозная с лихенификацией — у 48%. Среднетяжелое течение было у 56% больных, тяжелое — у 44%. Поливалентная или пищевая аллергия установлена у всех больных.

Среднетяжелое течение диагностировано при частоте рецидивов по 3-4 раза в год продолжительностью 1-2 месяца; длительность ремиссии составляла 2-3 месяца, имели место распространенные множественные очаги (площадь — от 5 до 15%). Тяжелое течение характеризовалось частыми рецидивами (более 4 раз в год), их продолжительность превышала 2 месяца. Длительность ремиссии сокращалась до 1,0-1,5 месяца или отсутствовала; распространенные множественные очаги занимали более 15% площади кожного покрова с переходом в эритродермию.

В результате клинического и инструментального обследования (УЗИ, ФГДС, дуоденальное зондирование) у 80% детей были выявлены следующие сопутствующие заболевания ЖКТ: хронический гастродуоденит, хронический холецистит, холецистохолангит, дискинезия желчевыводящих путей, деформация желчного пузыря, реактивный панкреатит, лямблиоз, дуоденально-гастральный рефлюкс, дисбактериоз.

Таким образом, течение АтД у детей этой группы имело непрерывно-рецидивирующий характер с преобладанием диссеминированной и лихеноидной форм максимальной активности.

Все дети получали базисную терапию по одним и тем же принципам с учетом их исходного состояния. Лечение включало гипоаллергенную диету, энтеросорбенты, метаболиты, антигистаминные и ферментативные препараты, наружное лечение. Наличие у 80% детей патологических поражений ЖКТ послужило показанием к применению висцерального массажа в терапии АтД по методу А.Т. Огулова. Этот лечебный метод отличается от общеизвестных приемов, а применяемая при этом техника не описывается ни в одном из современных руководств по лечебному массажу.

Манипуляции ВМ проводят в определенной последовательности. Техника выполнения состоит в давлении на переднюю брюшную стенку в области проекции внутренних органов. Через несколько процедур количество болезненных мест и время проведения сеансов

уменьшаются. В конце курса лечения живот должен быть при давлении мягким и безболезненным. Давление не следует путать с надавливанием, которое описывается в руководствах по лечебному массажу. Техника надавливания изложена в них в разделе разминания и представляет собой прерывистые ритмичные надавливания подушечками ногтевых фаланг, ладонной и тыльной поверхностями пальцев, всей ладонью или опорной частью кисти с частотой от 25 до 60 раз в 1 минуту.

Сеансы ВМ проводили в процедурном или физиотерапевтическом кабинете. Пациент располагался на кушетке в положении лежа на спине, согнув ноги в коленях. Воздействие осуществляли в сочетании с дыханием. В начальной фазе давления больной делал выдох, в процессе давления дыхание было свободное, а когда давление заканчивалась, больной делал вдох. Манипуляции последовательно производили 1-2 раза в зоне локализации желчного пузыря, печени, желудка, поджелудочной железы, селезенки и по ходу кишечника.

Первые процедуры висцерального массажа длились 10—15 минут, постепенно время сеанса уменьшили до 3—5 минут за счет сокращения количества болезненных точек и снижения интенсивности болевых ощущений во время манипуляций. Количество процедур было индивидуальным у каждого ребенка (в среднем 10-20 сеансов). После процедур ВМ большинство детей в течение нескольких часов чувствовали “необыкновенную бодрость”, улучшения настроения, эмоциональный подъем, “желание побегать, попрыгать”.

В группе детей, получавших ИРТ, экспозиция игл составила 10—15 минут (курс лечения — в среднем 10—12 сеансов). Субъективных жалоб в процессе лечения на ухудшение кожного процесса и общего состояния в обеих группах детей не было.

Результаты лечения оценивали как клиническое выздоровление, значительное улучшение. Клиническое выздоровление определяли при полном разрешении воспалительных явлений и морфо-

логических элементов, отсутствии зуда и расчесов, значительное улучшение — при существенном уменьшении зуда, воспалительных явлений, побледнении очагов, рассасывании инфильтрации и лихенификации, эпителизации трещин. В результате терапии методом ВМ у 65% детей, больных АтД, полностью исчезли элементы сыпи, у 30% — отмечалось значительное улучшение, у 5% — динамики кожного процесса не было.

Отдаленные результаты оценивали в течение 6 месяцев. Ремиссия составила в среднем 4,5 месяца (в то время как при среднетяжелом течении ремиссия длится обычно 2-3 месяца, а при тяжелом — по 1-1,5 месяца или ее нет вообще). У одного ребенка элементы сыпи отсутствовали в течение всего периода наблюдения.

Обострение, отмечаемое после лечения, характеризовалось более низкой интенсивностью клинических проявлений (меньшее количество и площадь высыпаний, более слабые проявления зуда и воспалительных явлений), сокращением времени рецидива, отсутствием осложнений во время лечения.

Повторный курс ВМ при обострении был проведен 15 детям. У всех детей после процедур ВМ исчезли кожные проявления или улучшился кожный процесс.

В группе детей с АтД, получавших ИРТ, морфологические элементы сыпи исчезли у 47% детей, значительное улучшение имело место у 27%, улучшение кожного процесса — у 26%.

Результаты исследования маркеров системной эндотоксинемии и иммунного статуса у больных до лечения методом ВМ и после него представлены в табл. 1, 2. До лечения уровень ГЛП превышал контрольные показатели в 12 раз, *Pr. mirabilis* — в 2 раза, *B. fragilis* — в 4,3 раза, *E. coli* — в 4,8 раза. При анализе индивидуальных показателей было установлено наличие полииммунизации к 4 антигенам у 91% детей с АтД, к 3 антигенам — у 9%. После лечения АтД концентрация антител к 3 антигенам (*B. fragilis*, ГЛП, *Pr. mirabilis*) имела тенденцию к снижению, но ни один из

показателей не достиг контрольных. Так, уровень *B. fragilis* снизился в 2,5 раза, ГЛП — в 2,3 раза, *Pr. mirabilis* — в 1,9 раза, в то же время уровень АТ к *E. coli* увеличился. Однако анализ индивидуальных данных у детей после лечения АТД выявил снижение до контрольных показателей уровня АТ к *B. fragilis* у 70% детей, к *Pr. mirabilis* — у 44%, к ГЛП — у 39%. Показатели АТ, сопоставимые с контрольными к 3 антигенам (ГЛП, *B. fragilis*, *Pr. mirabilis*), имели место у 13% детей, к 2 антигенам — у 30,5%, из них к ГЛП и *B. fragilis* — у 17,4%, к *Pr. mirabilis* и *B. fragilis* — у 8,7%, к ГЛП и *Pr. mirabilis* — у 4,4%.

Таблица 1

Динамика концентрации АТ в сыворотке крови у детей с АТД (мкг/мл)

Показатели	До лечения (n=23)	После лечения (n=23)	Контроль (n=30)
ГЛП	129,6±50,2**	56,6±26,0**	11,0±3,6
<i>Pr. mirabilis</i>	34,3±12,0**	18,3±5,2**	16,7±8,1
<i>B. fragilis</i>	40,2±18,0*	16,4±10,5*	9,3±5,4
<i>E. coli</i>	195,0±47,8	247,6±66,5	40,7±41,9

* P<0,05, ** P<0,001. То же в табл. 2.

Таблица 2

Показатели иммунного статуса у детей с АТД до курса ВМ и после него

Показатели	До лечения (n=23)	После лечения (n=23)	Контроль (n=30)
Лейкоциты	4,98±0,37	5,41±0,56	5,87±0,48
Палочкоядерные	2,05±1,057	1,57±0,37	0,87±0,23
Сегментоядерные	54,05±3,16	52,0±3,38	48,37±2,76
Эозинофилы	6,3±1,34	5,0±0,73	3,97±0,59
Лимфоциты	29,85±2,76	34,58±3,10*	39,4±3,19
Моноциты	7,35±1,39	7,21±1,29	7,93±1,28
CD3	53,9±5,05	56,37±3,5	74,70±3,51
CD4	36,8±3,46	37,1±2,42	46,11±1,49
CD8	12,6±1,94	15,1±1,65*	29,26±1,53
CD4/CD8 (ИРИ)	3,35±0,50	2,53±0,27*	1,60±0,08
CD19	14,52±2,44	13,05±2,38	14,97±1,02
IgA	2,28±0,41	1,97±0,47	1,56±0,22
IgG	13,62±2,96	14,72±1,91	11,66±0,86
IgM	2,96±0,46	2,94±0,38	1,92±0,14
IgE	324,73±55,66	104,1±29,70**	85,4±19,1
ЦИК	0,051±0,006	0,051±0,004	0,031±0,003
СН50	58,7±5,76	55,31±4,87	61,21±5,31
НСТсп	16,0±2,97	17,31±2,90	10,83±1,77
НСТст	40,44±5,62	43,05±5,37	48,47±5,66
Филат	37,9±7,34	47,94±8,36	32,8±3,4
ФЧлат	4,30±1,44	3,21±0,51	3,53±1,29

Показатель Р (соотношение ГЛП/*E. coli*) считается прогностически значимым и в периоде обострения был равен 0,67 (в контрольной группе — 0,27), в периоде ремиссии он снизился в 2,9 раза (0,23).

Иммунорегулирующий эффект ВМ проявился в снижении показателей общего IgE (P<0,001), CD4+/CD8+-лимфоцитов (P<0,05) и повышении количества лимфоцитов (P<0,05), CD8+-лимфоцитов (P<0,05). Наблюдались тенденции к снижению показателей CD19+-лимфоцитов, IgA, ФЧлат и к повышению показателей CD3+-лимфоцитов, НСТст, Филат.

Анализ иммунного статуса у детей до лечения ИРТ и после него выявил повышение количества палочкоядерных нейтрофилов (P<0,05), ЕАС-РОК (P<0,05), CD4+/CD8+-лимфоцитов (P<0,05) и IgE (P<0,05) и тенденцию к нормализации показателей IgG.

Таким образом, метод лечения ВМ представляется более эффективным, чем ИРТ. Достоинство ВМ заключается в том, что это не инвазивное лечение, а метод, эмоционально более благоприятный для ребенка. ВМ имеет более выраженный иммунорегулирующий эффект, чем ИРТ.

Реализация эффекта лечебного метода ВМ может быть осуществлена по механизму моторно-висцеральных рефлексов Могендовича. Как известно, наибольший эффект тактильной чувствительности отмечается при давлении на маленькие участки кожи. При глубоком давлении оказывается опосредованное воздействие на интерорецепторы и барорецепторы, что стимулирует кровообращение, выделительную, секреторную функции, усиливает перистальтику кишок и улучшает их опорожнение. Длительное сильное воздействие на механорецепторы (тельца Фатера—Пачини) вызывает значительную деформацию нервного окончания и обуславливает более сильный рецепторный потенциал и большее число импульсов, поступающих в нервную систему. Лимфатические узлы в большом количестве находятся в брюшной полости, где их скопления образуют Пейеровы бляшки.

Под воздействием ВМ начинаются ускорение оттока лимфы, активизация фагоцитоза и иммунологических свойств в лимфатических узлах.

Полученные данные свидетельствуют о том, что включение ВМ в комплексную терапию детей с АД повышает эффективность лечения, увеличивает длительность ремиссии, сокращает количество рецидивов, уменьшает интенсивность клинических проявлений, площадь поражения, напряженность антибактериального иммунитета и оказывает иммунорегулирующий эффект, способствуя уменьшению проявлений системной эндотоксинемии.

УДК 618.173—085.214.22

ТЕРАПИЯ ГРАНДАКСИНОМ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

В.Д. Менделевич

*Кафедра медицинской и общей психологии с курсом педагогики
(зав. — проф. В.Д. Менделевич) Казанского государственного медицинского университета*

Длительная история существования проблемы патологического климакса и ее неразрешенность отражают типичный пример расхождения между теоретическими знаниями и практическими результатами. Несколько десятилетий существует точное научное представление о механизмах возникновения, формирования и трансформации климактерических расстройств. Однако эффективность терапевтических воздействий остается недостаточно высокой. Подобное положение можно объяснить существованием полидисциплинарных подходов к решению проблемы и отсутствием собственно интегративных исследований.

Особо следует отметить и то распространенное даже в среде медиков убеждение, что климактерические изменения не следует считать патологическими и, следовательно, они не требуют специальной терапии. Подобная традиция, видимо, может быть понята исходя из научной концепции В.М. Дильмана [3]. По его мнению, климакс является фактически одновременно и нормой,

На данный способ лечения атопического дерматита у детей получена приоритетная справка № 2000105931.

Поступила 01.03.01.

VISCERAL MASSAGE IN THE TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

B.A. Shamov, A. G., A.G. Shamova, I.Ju. Figurowa

Summary

The efficiency of visceral massage in atopic dermatitis in children manifests itself in prolongation of remission period, the decrease of severity of exacerbations, the reduction of marker indices of systemic endotoxemia and immunoregulating effect. The procedure of visceral massage is developed and its effect on the immune status and markers of systemic endotoxemia in atopic dermatitis in children is studied.

и болезнью: нормой, потому что климактерические изменения в женском организме закономерны, а болезнью, потому что они возникают в результате стойкого нарушения регуляции, которое приводит в конечном итоге к снижению жизнеспособности организма. Кроме того, в основе возрастного выключения репродуктивной функции лежит повышение гипоталамического порога чувствительности к регулирующему влиянию половых гормонов. Тот же самый процесс компенсации, который является неотъемлемой частью механизма развития, со временем вызывает болезнь.

В настоящее время большинство исследователей считают климакс явлением патологическим, отсюда основной целью медиков должна стать попытка перевести дисгармоничное течение климакса в физиологичное. Наиболее адекватным и эффективным представляется профилактическая направленность применения лекарственных средств, психотерапевтических программ и иных ме-