

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ИГЛОУКАЛЫВАНИЯ В УШНУЮ РАКОВИНУ ("ЭР-ЧЖЕНЬ-ЛЯО") ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ МОТОРНО- ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА

Я. М. Балабан, Л. Г. Розенфельд // Врачебное дело. — 1962. — № 10. — С. 96—98.

Разрабатывая метод чжень-цзю, народные врачи Китая в VII веке н. э. обнаружили связь области ушной раковины с различными частями тела человека и с внутренними органами и отметили возможность воздействовать на различные болевые синдромы различной локализации путем иглоукалывания в ушную раковину.

В отечественной литературе в 1959 — 1961 годах появились единичные сообщения как экспериментального (А. К. Подшибякин), так и клинического характера (Н. А. Гавриков; Н. А. Гавриков и В. С. Лукьянов; М. Д. Гальперин, Э. Д. Тыкочинская и Е. С. Беленький) о влиянии иглоукалывания в точки туловища и конечностей на моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта, причем клиницисты пользовались рентгенологическим методом для динамического наблюдения за изменениями функции желудочно-кишечного тракта под влиянием иглоукалывания.

Что касается метода иглоукалывания в ушную раковину, то он подвергся разработке лишь в 50-х годах XX столетия во Франции. Врач-специалист по акупунктуре из г. Лиона Ножье тщательно разработал топографию точек и зон в области ушной раковины, соответствующих определенным частям тела, внутренним органам, органам чувств, эндокринным органам и др. Одновременно Ножье разработал технику иглоукалывания.

Судя по данным Ножье и китайской народной медицины, применение метода иглоукалывания основано на том, что при различных заболеваниях внутренних органов, органов чувств, нервной и эндокринной систем, костно-мышечной системы и др. в области ушной раковины появляются точки и зоны гипералгезии. Можно провести аналогию между ушными зонами гипералгезии и зонами гипералгезии Захарьина-Геда, появляющимися на коже туловища, лица и конечностей при заболеваниях внутренних органов. Появление ушных точек и зон гипералгезии обусловлено особенностями чувствительной иннервации кожи ушной раковины. Она снабжается ветвями тройничного нерва и шейных спинномозговых нервов и является единственным участком кожных покровов, в иннервации которого принимает участие блуждающий нерв, тесно связанный со всеми внутренними органами. Кожные ветви блуждающего нерва анастомозируют

в ушной раковине с ветвями тройничного нерва и шейных спинномозговых нервов, тесно связанных с симпатической иннервацией тела. В этих связях лежит разгадка наличия висцеральных зон в глубокой части ушной раковины, где имеет место ваго-симпатическая иннервация (Кваглия-Сента).

Этими особенностями иннервации ушной раковины можно объяснить появление болевых точек и зон гипералгезии в участках ушной раковины, которые имеют связь с тем или иным внутренним органом или участком тела.

Методика. Болевые точки и зоны обнаруживаются в области ушной раковины при помощи скользящей пальпации ее так называемой тупой иглой ("тань-чжень") или пуговчатым зондом, а также при помощи специального малого электроаппарата, предназначенного для исследования ушной раковины, или большого, предназначенного для исследования так называемых жизненных линий или "цзин-ло". При исследовании большого электроаппаратом пальпация ушной раковины производится электродом, представляющим собой тупую иглу с рукояткой.

По данным китайской народной медицины, искать болевые точки в ушной раковине при помощи электроаппарата легче, чем применяя скользящую пальпацию тупой иглой или пуговчатым зондом. При обнаружении электрощупом в области ушной раковины болевой точки, являющейся местом с пониженным электрокожным сопротивлением, происходит отклонение стрелки микроамперметра и возникает "скребущий звук", выслушиваемый специальными высокоомными (2200 ом) наушниками или микротелефоном от слухового аппарата. Обнаруженную болевую точку отмечают йодом, затем йод смывают спиртом и производят укол в эту точку китайской иглой (1,5 — 3 см), употребляемой для иглоукалывания в точки лица.

Глубина иглоукалывания 3 — 5 мм в зависимости от толщины ушной раковины. Иглу оставляют обычно на 15 — 30 минут. Для получения большего эффекта можно повторно вращать иглу через 10 — 15 минут. Если хотят повысить локальную чувствительность, что усиливает эффект от иглоукалывания, используют метод "се" — медленно и сильно вращают иглу по часовой стрелке. Курс лечения иглоукалыванием в ушную раковину состоит из шес-

ти—семи сеансов, проводимых ежедневно или через день. Таких курсов лечения можно провести два—три с интервалами в семь дней. Если после одного—двух курсов иглоукальвания в ушную раковину положительный эффект не наступает, рекомендуется прибегнуть к методу оставления иглы в ушной раковине на продолжительное время (на 24 — 48 — 72 часа и более, до семи суток). Для этого в обнаруженную у больного точку или зону гипералгезии нужно ввести обычную короткую китайскую иглу, затем извлечь ее и в то место, откуда была извлечена игла и где намечается точечное отверстие, ввести специальную ушную иглу в виде маленькой кнопки, зафиксировав ее путем заклеивания кружочком липкого пластыря. Болевые точки и зоны нужно искать в обеих ушных раковинах и, если будут обнаружены симметричные точки, то иглоукальвание как кратковременное, так и пролонгированное, нужно произвести в обе ушные раковины.

В имеющейся в настоящее время литературе по ухоиглоукальванию мы не нашли работ, посвященных влиянию иглоукальвания в ушную раковину на моторно-эвакуаторную функцию желудка и эффективности ухоиглоукальвания при нарушении этой функции. В нашей работе мы поставили себе задачу проверить эффект от воздействия иглоукальвания в области ушной раковины на зону желудка у больных с нарушением эвакуаторной функции желудка в сторону ее замедления, с гипотонией и эктазией желудка.

Мы изучили 12 больных с такого рода заболеваниями желудка путем динамического рентгеновского исследования. До проведения иглоукальвания в ушную раковину больные неоднократно подвергались обычному рентгенологическому исследованию желудочно-кишечного тракта.

У 10 из 12 больных в обеих ушных раковинах методом скользящей пальпации ушной раковины были выявлены болевые точки в зоне желудка, причем лучший эффект (болезненность, отклонение стрелки миллиамперметра, "звучание") давало исследование электрическим аппаратом (электродом — тупой иглой). У двух больных "звучащих" болевых точек и зон в ушной раковине не было обнаружено. Впоследствии на операции у этих больных бы-

ло обнаружено рубцовое стенозирование выходного отдела желудка с большим количеством спаек.

Всем больным, у которых имелись болевые точки в зоне желудка с обеих сторон, иглы вводились в эти точки ушной раковины в обе стороны и тотчас же после этого больные выпивали контрастную взвесь бария. Она заполняла гипотонически расплавленный желудок и эвакуация контрастного содержимого была резко замедлена. После этого, с целью выяснить, появится ли двигательный ответ со стороны желудка и если появится, то как быстро, мы производили кратковременное (15 — 20 секунд) раздражение зоны желудка в одном ухе иглой, находящейся в этой зоне, методом пунктирования ("клева"). Во всех случаях эта манипуляция влекла за собой появление и быстрое нарастание перистальтики, выраженной резче в выходной части желудка. Затем игла оставлялась в ушной раковине на 15 — 30 минут. За это время производились три—четыре рентгенограммы в различные фазы эвакуации контрастной массы из желудка.

Контрольное рентгенологическое исследование наблюдавшихся нами больных в период, когда игла оставалась у них в ушной раковине и после ее извлечения, показало оживленную перистальтическую деятельность желудка и эвакуацию контрастной массы в сроки, во много раз более короткие, чем это имело место у данных больных при неоднократном рентгенологическом исследовании их до иглоукальвания, то есть эвакуация проходила в обычные сроки. Больные в дальнейшем получили два—три курса ухоиглотерапии с хорошим результатом.

Анализ имеющихся наблюдений убедительно показывает, что иглоукальвание в ушную раковину (в зону желудка) может быть в ряде случаев использовано для дифференциального диагноза между рубцовым стенозированием привратника и функциональными нарушениями моторно-эвакуаторной функции желудка, а также для терапии больных с этими нарушениями.

*Кабинет чжень-цзю терапии
Института инфекционных
болезней МЗ УССР и
клиническая больница
Шевченковского района Киева*

РЕФЛЕКСОГЕННАЯ РЕЛАКСАЦИОННАЯ ГАСТРОДУОДЕНОГРАФИЯ МЕТОДОМ АКУПUNKТУРЫ

В практической работе рентгенолог нередко сталкивается с изменениями тонуса и моторики пищеварительной трубки (слабая перистальтика, повышенный тонус, спазм мускулатуры, ускоренное прохождение контрастного вещества и т. д.), которые затрудняют выявление органических изменений и являются источником диагностических ошибок.

Учитывая, что в основе расстройств пищеварительной системы лежат нервно-рефлекторные нарушения, которые можно корригировать, воздействуя на патогенетический фактор, врачи стали применять акупунктуру как дополнение к диагностическому методу в рентгенологии желудочно-ки-

шечного тракта. Такое внимание к данному методу вызвано несколькими обстоятельствами: возможностью уменьшить количество фармакологических препаратов, применяемых при традиционной технике исследования, практической безвредностью, способностью дополнять или заменять фармакодиагностику. Относительная простота и выполнение его одним врачом-рентгенологом дают возможность сократить время исследования и получить максимальную информацию о функциональном состоянии желудка и двенадцатиперстной кишки.

Настоящее сообщение основывается на данных рентгенологических исследований желудка и двенадцатиперстной кишки у 63 больных.

Распределение было следующим: язва пилорического отдела — 5; рубцовая деформация пилорического отдела — 8; язва луковицы — 32; рубцовая деформация луковицы — 7; дивертикул двенадцатиперстной кишки — 5; функциональный стеноз проксимальных отделов двенадцатиперстной кишки — 6 больных.

Основную группу составляли больные язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, локализация язвы в пилорическом отделе в большинстве случаев сочеталась с его деформацией.

Всем больным проводилось рентгенотелевизионное просвещение с серийной рентгенографией, дополняемое видеозаписью и рентгенокинематографией. При анализе видеозаписи и отдельных кадров представлялась возможность объективно изучать функциональные, быстро меняющиеся в различные фазы перистальтики и эвакуации контрастного вещества, и значительные морфологические изменения желудка и двенадцатиперстной кишки в динамике. Наш опыт убеждает в том, что проводить исследование пищеварительного тракта с помощью акупунктуры целесообразно вскоре после обычного рентгенологического исследования, в процессе которого выявились изменения, требующие уточнения.

Повторное исследование начинается с обзорного, после чего проводится иглоукальвание. Для воздействия на моторику желудка и двенадцатиперстной кишки были выбраны точки ушной раковины, имеющие свойство органа направленного воздействия. Это обусловлено тем, что ушная раковина является единственным местом в организме, где на поверхность тела выходят эфферентные ветви висцеральных нервов. Мы производили иглоукальвание в левую ушную раковину в точку желудка в части ее, соответствующей антральному и пи-

лорическому отделам: в точку двенадцатиперстной кишки в части, соответствующей луковице и ее начальному отделу, в точку тонкой кишки в части, соответствующей ее началу. Кроме того, вводили иглы в точки Шэньмэнь и "симпатической нервной системы".

Билатерально вводили иглы в корпоральную точку Хоуси как точку общего антиспастического действия. Иглы вводили на 20—25 мин, после иглоукальвания больному давали дополнительную порцию бария для контрастирования расширившейся кишки. Результаты рефлексогенной гипотонии представлены в таблице. Следует отметить, что при выраженных рубцово-язвенных деформациях пилородуоденальной зоны с декомпенсированным стенозом привратника гипотония не наблюдалась даже после воздействия в точках "симпатическая" антиспастическая. Для диагностики изменений необходимо получить тугое заполнение пилорического отдела контрастной массой, что при поражениях его достигается с трудом. С этой целью 13 больным с нарушением эвакуации из желудка и не совсем ясными изменениями пилородуоденальной зоны мы использовали точку желудка в пилорической ее части как точку антиспастического действия. У 5 больных вследствие понижения тонуса мускулатуры в условиях применения акупунктуры обнаружена язва пилорического канала.

Для иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больной А., 58 лет. В течение 12 лет жалуется на боли в эпигастральной области, появляющиеся натощак, тошноту, отрыжку, чувство тяжести после еды. При рентгенологическом исследовании — желудок содержит большое количество жидкости и слизи, рельеф слизистой образован утолщенными, извитыми складками. Пилорический канал сужен, деформирован, моторика его нарушена, эва-

Таблица

Результаты рефлексогенной релаксации желудка и двенадцатиперстной кишки методом акупунктуры

| Характер изменений | Функциональные и морфологические изменения | |
|--|--|--|
| | до гипотонии | после гипотонии |
| Язва пилорического отдела | Повышение тонуса стенок, сужение просвета, замедление эвакуации | Понижение тонуса стенок, тугое заполнение, эвакуация редкими, ритмичными порциями |
| Рубцовая деформация пилорического отдела | Сужение просвета, затрудненное расправление отдела, замедленная эвакуация | Расширение просвета, тугое заполнение, своевременная эвакуация |
| Язва луковицы | Повышение тонуса, уменьшение объема, ускорение эвакуации, подозрение на нишу | Понижение тонуса, увеличение объема, тугое заполнение, замедление эвакуации, четкое выявление ниши |
| Дивертикул двенадцатиперстной кишки | Не определяется из-за повышенного тонуса шейки дивертикула | Тугое заполнение дивертикула вследствие понижения тонуса шейки |
| Функциональный стеноз петли двенадцатиперстной кишки | Бульбостаз, замедление эвакуации, равномерное сужение просвета | Понижение тонуса, расширение просвета, своевременная эвакуация |

куация отсутствует длительное время. После проведения акупунктуры, направленной на гипотонию, пилорический канал туго заполнился, просвет его расширился незначительно. По малой кривизне препилорического отдела, ближе к передней стенке, выявилась ниша диаметром 0,3 см, стенки канала ригидны, инфильтрированы, перистальтика прослеживается волнами средней глубины.

Нередко рубцовые деформации луковицы симулируют рентгенологическую картину стеноза пилорического канала (7 наблюдений). Появление характерной рентгенологической картины (удлиненный, эктазированный желудок со скоплением жидкости и слизи, с нарушением эвакуации) в этих случаях объясняется тем, что сморщенная луковица теряет способность растягиваться в стадии диастолы. В этих случаях акупунктура, направленная на гипотонию двенадцатиперстной кишки, может разрешить диагностические затруднения, вызывая расслабление стенок луковицы и нормализацию опорожнения желудка. В норме двенадцатиперстная кишка имеет наиболее высокий тонус среди всех отделов желудочно-кишечного тракта. Поэтому бариевая взвесь проходит быстро и часто недостаточно заполняет ее сегменты, что затрудняет выявление морфологических изменений. Большие возможности в улучшении рентгенологического распознавания язв луковицы и постбульбарной зоны открывает релаксационная дуоденография методом акупунктуры, которая проводилась у 32 больных. У 11 больных луковица была гипертонической и контрастное вещество быстро эвакуировалось, что затрудняло исследование. У 9 из них при обычном рентгенологическом исследовании был поставлен диагноз деформации луковицы и постбульбарной зоны, но ниша не была обнаружена. У 19 больных язва была выявлена только после релаксации с помощью акупунктуры вследствие расслабления тонуса подслизистого слоя. Для иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больной М., 27 лет. В течение 5 лет периодически беспокоят боли в эпигастрии через 2—3 ч после приема пищи, иногда тошнота. При рентгенологическом исследовании пищевод и кардия изменений не представляют, в желудке натощак незначительное количество жидкости. Складки слизистой расширены, извиты. Перистальтика волнами средней глубины, эвакуация не нарушена. Луковица двенадцатиперстной кишки небольших размеров, раздражена. После рефлексогенной релаксации луковица увеличилась в объеме, тонус стенок понизился. На задней стенке выявилась ниша округлой формы диаметром 0,3 см.

В других случаях при дуоденографии получен ряд ценных дополнительных сведений: полностью или частично исчезала деформация луковицы, язвы были видны более четко, лучше выявлялся рельеф слизистой. Наиболее частой находкой у больных с органическими поражениями двенадцатиперстной кишки оказались дивертикулы, выявленные у 5 больных. Хорошо известно, что не все дивертикулы выявляются рентгенологически. Спазм в области шейки, скопление слизи или пи-

щевых масс в полости дивертикула, быстрое продвижение контрастного вещества по петле препятствует заполнению его полости. Поэтому исследование с релаксацией методом акупунктуры позволяет обнаружить дивертикулы значительно чаще, чем обычное рентгенологическое изучение кишки. Приводим следующее наблюдение.

Больной К., 62 лет. Жалуется на боли в правом подреберье, тошноту, слабость. При рентгенологическом исследовании со стороны пищевода и желудка отклонений от нормы не обнаружено. Двенадцатиперстная кишка содержит много жидкости и слизи, складки слизистой дифференцируются с трудом, пальпация резко болезненна. После рефлексогенной релаксации в средней трети нисходящей части петли по медиальному контуру определяется дивертикул диаметром около 7 см с узкой шейкой. В полости дивертикула много слизи.

В наших наблюдениях было 6 больных со стенозами постбульбарной зоны при язве луковицы и холецистите. Во всех случаях проведена релаксационная дуоденография методом акупунктуры для уточнения характера и протяженности сужения, контуров стенок. У 2 больных при тугом заполнении внутренний контур нисходящей части оставался ригидным, несколько выпрямленным, у 4 стеноз был обусловлен рефлексогенным спазмом. При дальнейшем исследовании у больных были диагностированы панкреатит и холецистит. Приводим следующее наблюдение.

Больная Д., 36 лет. Жалуется на боли в правом подреберье, чувство тяжести после еды. При рентгенологическом исследовании со стороны пищевода и желудка отклонений не выявлено. Двенадцатиперстная кишка раздражена, спазмирована, заполняется с трудом. После релаксации иглоукальванием тонус стенок понизился, просвет кишки расширился, складки слизистой прослеживаются четко. При дальнейшем обследовании был диагностирован калькулезный холецистит.

Таким образом, рефлексогенная релаксация желудка и двенадцатиперстной кишки методом акупунктуры способствует более точному выявлению рельефа слизистой за счет расслабления мускулатуры подслизистого слоя, снимает спазм за счет релаксации мышечного слоя, понижает тонус, замедляет эвакуацию за счет уменьшения пропульсивной силы перистальтических волн.

Располагая многолетним опытом фармакологической гипотонии и сравнивая ее с рефлексогенной гипотонией путем акупунктуры, удалось отметить преимущества последней — целенаправленность, избирательность релаксации. Это значит, что можно осуществить релаксацию отдельно только желудка, пилородуоденальной зоны и петли. С учетом относительной простоты и безвредности можно считать этот метод перспективным, тем более при проведении исследования одним врачом-рентгенологом.

Выбор точек воздействия, адекватный подбор их сочетаний применительно к каждому больному и индивидуальному проявлению заболевания способствуют повышению терапевтического действия

акупунктури, его благотворного влияния на органы пищеварения, дают возможность правильной коррекции в каждом конкретном случае.

Таким образом, рефлексогенная релаксация акупунктуры является дополнительным методом в решении вопросов рентгенодиагностики, оказывает целенаправленное действие на различные отделы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Рефлексогенная релаксация способствует понижению тонуса, увеличению объема, замедлению эвакуации, ослаблению пропульсивной активности желудка, лучшему выявлению рельефа слизистой.

У 60-і роки ХХ сторіччя вивчались та впроваджувались у клінічну практику методики акупунктури у вусну раковину при захворюваннях шлунково-кишкового тракту. Лікарі-голікістотерапевти досягли певних позитивних результатів у лікуванні порушень моторно-евакуаторної функції. Відомі стали проєкційні зони шлунково-кишкового тракту та відповідні набори точок впливу на різні відділи шлунка та дванадцятипалої кишки. При акупунктурі можливий диференційний підхід у лікуванні моторно-евакуаторних порушень, як релаксація, так і підвищення моторики.

У своїй роботі контроль якості лікування проводився за допомогою рентгенологічних досліджень у різні фази лікування: до початку, під час і після лікування. Фахівці відзначають переваги акупунктури перед використанням фармакологічних препаратів, оскільки можливе прицільне стимулювання певних зон, а не шлунково-кишкового тракту загалом.

Автори досліджень вважали за доцільне використовувати метод акупунктури при проведенні досліджень шлунково-кишкового тракту. В їх дослідженнях переконливо демонструється ефективність методики для корегування моторної функції шлунково-кишкового тракту. Серед переваг над фармакологічними препаратами наводиться можливість стимулювання окремих ділянок тракту і як стимулююча, так і релаксаційна дія. Найбільш

Информативность любого метода диагностики возрастает, если исследование проводится дважды: до и после фармакологического / физиотерапевтического / рефлексотерапевтического воздействия на организм / орган.

Тривиален пример: рентгено- и магнитоконтрастные исследования.

Выбор воздействия определяется тезауросом радиолога, приемлемостью для пациента, экономичностью. Рефлексотерапевтическое воздействие может быть дистанционным, неинвазивным (лазерное) и миллиметровое электромагнитные излучения) и неинвазивным (β -изотопный точечный аппликатор).

Безусловное достоинство рефлексотерапевтического воздействия: селективное избирательное немедикаментозное управление функцией / струк-

Адекватный подбор точек воздействия способствует повышению терапевтического влияния иглоукалывания.

*Рентгенорадиологический отдел
и отделение болевых синдромов
Всесоюзного научного центра
хирургии АМН СССР
и кафедра госпитальной хирургии
1 ММИ им. И. М. Сеченова*

Коментар 1

К.П. Гордієнко

суттєвим є зменшення фармакологічного навантаження на пацієнта, що найбільш суттєвим є у пацієнтів із вадами шлунково-кишкового тракту.

Але у методики є й недоліки. По-перше, акупунктура відноситься до спеціальності рефлексотерапії. Таким чином, для проведення таких маніпуляцій лікар-рентгенолог має отримати додаткове навчання із рефлексотерапії або вводити до курсів стажування лікарів-рентгенологів передатестаційних циклів елементи з рефлексотерапії (акупунктури), або залучати до проведення досліджень фахівця з акупунктури.

По-друге, проведення акупунктурних маніпуляцій має залежність від часу їх проведення, оскільки властивості акупунктурних точок змінюються протягом доби.

Якщо застосовувати методику акупунктури, виникає ще одна проблема: проєкційні зони органів мають декілька варіантів розташування залежно від акупунктурної школи. Таким чином, виникає проблема уніфікації процедури.

З вище наведеного випливає, що на використання акупунктури як альтернатива фармакологічним препаратам при рентгенологічних дослідженнях доцільна у клініках, де можливе поєднання роботи двох фахівців: лікаря-рентгенолога та лікаря-рефлексотерапевта.

Коментар 2

Н.Н. Колотилов

турой отдельного органа без системного воздействия на организм.

Вполне очевидно применение рефлексотерапевтического воздействия при лучевой диагностике артерио-венозной эректильной дисфункции, синдроме и болезни Рейно, хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Рефлексотерапевтическое воздействие вряд ли повлияет на рентгеновскую плотность тканей органа или патологического очага, но, безусловно, изменит перфузию, диффузию, интенсивность МРТ-изображения.

Например, поэтому очевидно использование воздействия при диффузионно-взвешенном, перфузионно-взвешенном, функциональном МРТ-исследовании головного мозга больных с наркозависимостью в период абстиненции.