
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЛІКАРСЬКА СПРАВА ВРАЧЕБНОЕ ДЕЛО

Науково-практичний журнал
Заснований у грудні 1918 р.

Нагороджений Почесною грамотою

Президії Верховної Ради Української РСР

8 (1117)

ГРУДЕНЬ

Київ, ІНЦ «Лікарська справа», 2012

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **Г. Й. МАРКЕВИЧ**

*К. М. Амосова, О. В. Аніщенко, Т. Д. Бахтєєва, О. М. Біловол, М. В. Благодаров, Р. В. Богатирьова, С. В. Видиборець, Ж. І. Возіанова, О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко, Л. Г. Воронков, Є. М. Горбань, Н. Г. Горовенко, В. В. Загородній, І. М. Ємець, І. С. Зозуля, С. П. Катоніна, В. М. Коваленко, Б. П. Криштопа, Ю. І. Кундієв (заст. головного редактора), П. В. Куц, В. В. Лазоришинець (голова редакційної колегії), В. П. Лакатош, В. Г. Лизогуб, Г. І. Лисенко, В. П. Лисенюк, В. Ф. Москаленко, Т. Д. Никула, В. А. Олійник, О. М. Орда, Є. Г. Педаченко, Л. А. Пиріг, С. Є. Подпрятков, Ю. В. Поляченко, Р. Г. Процюк, А. Ю. Романенко, І. З. Самосюк, А. М. Сердюк, В. П. Сільченко, **Г. О. Соловійова** (заст. головного редактора), О. К. Толстанов, М. Д. Тронько, О. А. Федоровська, Ю. І. Феценко, Н. В. Харченко, М. К. Хобзей, І. С. Чекман, С. О. Шалімов, В. П. Ширококов, І. П. Шлапак, Є. Є. Шунько, І. Б. Щепотин*

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. В. Безруков (Київ), В. М. Буряк (Донецьк), Т. М. Бойчук (Чернівці), А. Д. Візир (Запоріжжя), П. В. Волошин (Харків), Н. О. Горчакова (Київ), Г. В. Дзяк (Дніпропетровськ), Є. І. Гусєв (Москва), Ю. В. Думанський (Донецьк), В. І. Козявкін (Трускавець), М. В. Кузько (Київ), А. О. Лобенко (Одеса), М. В. Лобода (Київ), Р. О. Мойсеєнко (Київ), Л. В. Новицька-Усенко (Дніпропетровськ), М. П. Павловський (Львів), Я. Ф. Радиш (Київ), Г. І. Румак (Київ), М. С. Скрипніков (Полтава), І. М. Сорока (Київ), А. Ф. Фролов (Київ), І. Д. Шкробанець (Чернівці)

Надруковані матеріали не обов'язково відображають погляди редакції, якщо це спеціально не оговорено. Редакція також не несе відповідальності за наслідки, пов'язані з використанням наданої в журналі інформації

Передплатний індекс — 74088

Адреса редакції

01103, Київ-103, вул. Підвисоцького, 4а,
поліклініка № 1, каб. 413, 414
Тел./факс (044) 529-75-56, 067-302-86-10, 095-16-44-775, 063-99-38-276
E-mail: liksprava@i.ua, gala.sol@i.ua
Internet: <http://www.vrachebnoedelo.com.ua>

Розрахунковий рахунок ІНЦ «Лікарська справа»
№ 26001000134578 Київської філії ПАТ «ЧБРР», МФО 384577, ЄДРПОУ 37814783
для журналу “Врачебное дело”
(це вказати обов'язково)

Свідоцтво про реєстрацію серії КВ № 1338 від 22.03.95 р.
Журнал включено до Переліку № 1 наукових фахових видань ВАК України
(бюл. № 4 від 09.06.99 р.; пост. № 1-05/7)
Цитується у Scopus, Medlayn, Publayn, Pubmed, Index Medicus, входить до наукометричних видань
Опубліковані в номері статті прорецензовані

Редактор *Т. О. Мійна*
Коректор *Г. О. Авдеєнко*

Здано до набору 25.11.2012. Підписано до друку 30.12.2012. Формат 70×108/16.
Папір офсетний № 1. Друк офсетний. Умов.-друку арк. 13,125.
Умов. фарбовідб. 14. Обл.-вид. арк. 14,33. Зам. 13-335.
Інформаційно-науковий центр «Лікарська справа»,
01103, Київ-103, вул. Підвисоцького, 4а, поліклініка № 1, каб. 414

Виготовлення оригінал-макета: видавництво “ДІА”.
Виготовлено з готового оригінал-макета фірмою “Віпол”,
01151, Київ-151, вул. Волинська, 60

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА АЦЕТОНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ З ТЯЖКОЮ ФОРМОЮ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ

Н. І. Зрячкін, Т. К. Чудакова, Т. Н. Бучкова (Саратов)

Обстежено 55 дітей з гострою кишковою інфекцією (ГКІ) тяжкої форми у віці від 3 міс до 7 років; з них у 37 хворих був ацетонемічний синдром (АС), у 18 – без АС. Встановлено, що розвиток ацетонемічного синдрому у дітей з ГКІ тяжкої форми ускладнює перебіг захворювання. У дітей з ГКІ і АС тривалість основних симптомів інтоксикації в 1,2–1,5 раза довша порівняно з дітьми, хворими на ГКІ без АС.

Ключові слова: ацетонемічний синдром, гостра кишкова інфекція, діти.

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF THE ACETONEMICAL SYNDROME IN CHILDREN WITH SEVERE ACUTE INTESTINAL INFECTION

N. Zryachkin, T. K. Chudakov, T. N. Buchkova (Saratov, Russia)

GBOU VPO "Saratov State Medical University them. V. I. Razumovsky"

A total of 55 children suffering from acute intestinal infection severe in age from 3 months to 7 years; of these, 37 patients with atsetonemicheskim syndrome (AS). Found that the development AS in children with acute intestinal infections severe, aggravate the disease. In children with acute intestinal infection with the syndrome, the duration of atsetonemicheskim main symptoms of intoxication in the 1,2–1,5 times longer than those of children suffering from acute intestinal infection without atsetonemicheskogo syndrome.

Key words: atsetonemicheskyy syndrome, an acute intestinal infection, and children.

УДК 616.155.194.8+615.814.1

Поступила 23.04.2012

*Л. А. ПЕСОЦКАЯ, И. В. ЕВСТИГНЕЕВ, Е. А. БОБРОВА,
В. П. МАЛЫЙ, О. Н. КАПШУЧЕНКО, В. Н. ВЯЗОВСКАЯ*

КИРЛИАНОГРАФИЯ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» Минздрава Украины,
ГУ «Дорожная клиническая больница на ст. Днепропетровск»,
городская клиническая больница № 11 <Pesotskaya23@mail.ru>

В статье приведены данные о зависимости эффективности терапии больных железодефицитной анемией с гастродуоденальной патологией и хеликобактерным инфицированием от её объёма. У больных, получавших препараты железа и антихеликобактерную терапию, показатели красной крови имели тенденцию к значительному повышению, с длительной компенсацией анемии по сравнению с группой лиц, не принимавших антибактериальной терапии. Как экспресс-метод выявления возможного инфицирования предложена кирлиан-диагностика пальцев рук. Признаками высокой вероятности инфицирования является интоксикация в гастродуоденальной зоне, секторе живота и толстой кишки.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, гастропатология, кирлианография.

Введение. Железодефицитное состояние и анемия довольно часто наблюдаются при патологии пищеварительного канала. Причиной их чаще всего является хроническая кровопотеря при язвенно-эрозивных процессах в желудке и двенадцатиперстной кишке, нарушение всасываемости железа и витаминов, связанное с явлениями атрофии слизистой оболочки (СО) желудка. В последнее время установлена тропность к железу *Helicobacter (H.) pylori* [8].

Патологический процесс развивается после срыва компенсаторных реакций адаптации. Своевременная их оценка позволяет предупредить или назначить терапию, адекватную физиологическому состоянию организма.

В ранее опубликованных нами работах по изучению биоэнергетики человека была показана целесообразность использования для этого экспресс-метода визуализации свечения пальцев рук человека (эффект Кирлиан) на рентгеновской плёнке при помещении их в поле высокого напряжения [1, 7].

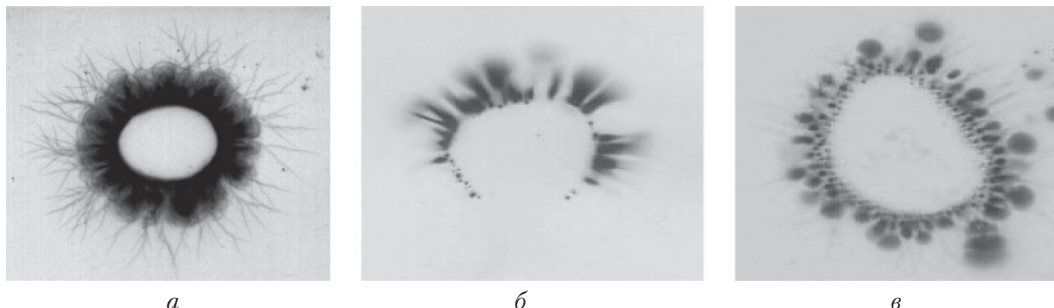
Ранее нами при изучении кирлианограмм пальцев рук и ног у больных язвенной болезнью в неактивной фазе были выявлены достоверно значимые в сравнении с контрольной группой дефекты в секторах сосудистой системы, толстой кишки, поджелудочной железы, связанные с патогенезом заболевания и не у всех больных восстанавливающиеся в фазе клинической ремиссии [6].

Кирлианография позволяет визуализировать тонкие механизмы квантовых соотношений биохимических реакций, связанных со структурой клеток и тканевой организацией. Взаимосвязь между ними была установлена А. Гурвичем [2] и в дальнейшем изучалась современными исследователями [3, 5].

Цель исследования – изучить возможности кирлианографии в выборе адекватной терапии больных железодефицитной анемией (ЖДА) с патологией гастродуоденальной зоны.

Материалы и методы. Сравнили клинико-гематологические данные у больных ЖДА на фоне язвенной болезни или хронического атрофического гастрита (ХАГ) с установленным хеликобактерным инфицированием: I группа – 15 лиц, которым проводили комплексную терапию препаратами железа и антихеликобактерную, II группа – 16 больных, леченных только препаратами железа. Полученные результаты сравнили с таковыми у больных с такой же патологией без проведения диагностического теста (III группа – 32 чел.) и соответственно не получавших антихеликобактерной терапии. У больных I и II групп преобладала язвенная болезнь (60 и 70 % соответственно). В III группе чаще выявляли атрофический гастрит (80 %). В группы не были включены больные с другой гастроэнтерологической патологией, а также менструальной или донорской кровопотерей. У лиц III группы проведено кирлианографическое исследование пальцев рук на рентгеновской плёнке. Использовали прибор «РЕК 1», разработанный Украинским НИИ технологий машиностроения (Днепропетровск) [4].

При инфицировании СО желудка *H. pylori*, как и при любом другом бактериальном воспалении, активизируется неспецифическая иммунологическая реакция, развиваются местный стресс и интоксикация. На кирлианографическом снимке пальцев рук в зонах патологии появляются выпадения стримеров или дополнительные точечные выбросы энергии соответственно [1, 9] (рисунок). Эти параметры использовали для статистической обработки данных кирлианограмм.



Примеры дефектов на кирлианограмме у больных с язвенной болезнью и анемией:
а – норма; б – выпадение стримеров; в – точечная интоксикация

Для статистической обработки данных применяли программное обеспечение «Эксел».

Результаты и их обсуждение. Показатели периферической крови до и после лечения у больных всех групп приведены в табл. 1.

Таблица 1. Показатели периферической крови у больных железодефицитной анемией

Показатель	Группа					
	I		II		III	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Нб, г/л	89,2	124,8	88,5	111,2	86,8	106,6
Эритроциты, $\cdot 10^{12}$ в 1 л	3,17	3,97	3,16	3,30	2,93	3,53
Цветовой показатель	0,84	0,94	0,84	1,01	0,88	0,91
Ретикулоциты, %	0,2	1,18	0,2	0,74	1,54	0,93
Сывороточное железо	8,4		7,7		8,4	

Хотя статистически достоверных различий между показателями сравниваемых групп не выявлено, возможно из-за их малочисленности, отмечались определённые тенденции.

В частности, из приведённых показателей красной крови у больных ЖДА на фоне язвенной болезни или атрофического гастрита с инфицированием *H. pylori* более эффективным оказалось комплексное лечение препаратами железа и антибактериальная терапия, согласно стандарту лечения. Амбулаторное наблюдение за такими больными показало более стойкий терапевтический эффект после выписки из стационара. Как правило, у них при отсутствии кровотечения повторно анемия не развивалась, в отличие от группы больных, леченных только препаратами железа. У 40 % из них в течение 2 лет регистрировали анемию разной степени тяжести.

Обращает на себя внимание более высокий цветовой показатель у больных II группы после лечения по сравнению с лицами, получавшими комплексную терапию. Как известно, при атрофическом гастрите, который выявлен у 20–30 % лиц обеих групп, отмечаются признаки мегалобластной анемии с повышенным цветовым показателем. Видимо, антихеликобактерная терапия, влияя на причину гастропатологии, улучшает функциональное состояние СО желудка, в частности всасывание цианокобаламина (вит. В₁₂). Улучшение эритропоэза при этом проявляется нормохромной анемией у больных II группы.

У лиц III группы (преимущественно с ХАГ), леченных препаратами железа, наблюдался самый низкий уровень гемоглобина по сравнению с другими группами. Это свидетельствует о значительном количестве больных, инфицированных *H. pylori*, что указывает на необходимость проведения им антибактериальной терапии. В подтверждение последнего свидетельствуют результаты их кирлианограмм в сравнении с результатами исследований, проведённых нами ранее у больных язвенной болезнью с хеликобактерной инфекцией [6]. Статистически достоверных различий между ними не было выявлено. Следовательно, кирлианография достаточно информативно отражает дезадаптацию организма к бактериальному инфицированию.

Таблица 2. Дефекты в короне кирлиан-свечения пальцев рук у больных железодефицитной анемией с патологией гастроэнтерологической зоны

Сектор в короне кирлиановского свечения пальцев рук	Больные язвенной болезнью и <i>H. pylori</i> , %	Больные атрофическим гастритом (III группа)
Интоксикация		
генерализованная	33	43
толстая и прямая кишка	75	68
зона живота	25	44
гастродуоденальная зона	13	18

Выводы. 1. Выявление признаков местного стресса и эндогенной интоксикации на кирлианограммах больных ЖДА с гастродуоденальной патологией позволяет предположить бактериальное инфицирование. 2. Кирлианографию можно использовать как экспресс-метод в практике семейного врача для выявления дезадаптации организма к бактериальному инфицированию с целью проведения своевременной профилактики или адекватного лечения.

С п и с о к л и т е р а т у р ы

1. А.с. 106401 СССР, МКИЗ В 03 G 41/00. Способ фотографирования объектов в токах высокой частоты / С. Д. Кирлиан, В. Х. Кирлиан (СССР). – № 422820; Заявл. 05.09.1949 г.; Оpubл. 01.01.1957 г.; Бюл. № 1.
2. Гурвич А. Г. Принципы аналитической биологии и теории клеточных полей. – М.: Наука, 1991. – 250 с.
3. Корначёв В. В. Фундаментальные основы гомеопатической фармакотерапии. – К.: Четверта хвиля, 2005. – 296 с.
4. Народна і нетрадиційна медицина України. – К., 2003. – Вип. 1. – С. 26.
5. Некрасов В. А. История представлений о тонком (биологическом) поле человека. 2005 г. <http://www.antipole.ru/art/01/>.
6. Песоцка Л. А., Кришень П. Ф., Найдьон Л. І. Досвід використання методу кірліанграфії в профоглядах на промислових підприємствах // Тези та доп. ювіл. міжнар. конф. «Інтегративна медицина» (Київ, 29 трав. 2010 р.). – К., 2010. – С. 104–107.
7. Песоцка Л. А., Третяк Н. М., Гайдюкова С. М. Застосування методу кірліан-графічної оцінки функціонального стану організму людини для встановлення інтоксикації та ступеня адаптації організму до неї: Метод. рекомендації. – К., 2006. – 15 с.
8. Цемерман Я. С. Гастродуоденальные заболевания и Н. pylori-инфекция: общее обозрение проблемы // Клиническая медицина. – 2009. – № 5. – С. 9–15.
9. Mandel P. Energetische Terminalpunkt-Diagnos. – FRG, ESSEN. – 1983. – 199 p.

КІРЛІАНОГРАФІЯ ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІЙ АНЕМІЇ У ХВОРИХ З ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Л. А. Песоцка, І. В. Євстигнєєв, О. О. Боброва, В. П. Малий,
О. М. Капшученко, В. М. В'язовська (Дніпропетровськ)

У статті наведено дані про залежність ефективності терапії хворих на залізодефіцитну анемію з гастродуоденальною патологією та хелікобактерною інфекцією від її обсягу. У хворих, які приймали препарати заліза і антихелікобактеру терапію, показники рівня гемоглобіну й еритроцитів крові мали тенденцію до збільшення, з тривалою компенсацією анемії порівняно з групою осіб, які не отримували антибактеріальної терапії. Експрес-методом для визначення бактеріального інфікування може бути кірліан-діагностика пальців рук. Ознаками високої достовірності бактеріального інфікування є інтоксикація в гастродуоденальній зоні, секторах живота і товстої кишки.

Ключові слова: залізодефіцитна анемія, гастропатологія, кірліанографія.

KIRLIANOGRAPHY USED TO TREAT PATIENTS WHO ARE SUFFERING FROM IRON- DEFICIENCY ANEMIA WITH GASTROENTEROLOGICAL PATHOLOGY

L. A. Pesotskaya¹, I. V. Evstigneev¹, E. A. Bobrova¹, V. P. Malyy²,
O. N. Kapshuchenko³, V. N. Vyazovskaya³ (Dnipropetrovsk)

¹ Dnepropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine,

² Road Clinical Hospital Art. Dnepropetrovsk, ³City Clinical Hospital № 11

The data given below show the efficiency of the therapy of the patients suffering from iron-deficiency anemia with gastroenterological pathology and helicobacter infection. The indicators of red blood of the patients from the group where they had been treated with medicine containing iron and antihelicobacterial therapy had a tendency to be higher with a prolonged compensation of anemia in comparison with the group of the patients who had not had antibacterial therapy. Finger kirlian-diagnostics was offered as an express-method to identify a possible infection. The feature of a high probability of infection is intoxication in gastroduodenal zone, abdomen area and a colon.

Key words: iron-deficiency anemia, gastropathology, kirlianography.