

ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА

Добродомова И.Б., Попенко И.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной работе даны причины развития гастрита, язвенной болезни желудка, патогенез и методы остеопатического подхода в их диагностике. Исследовались 30 пациентов от 18 до 42 лет. Проводились терапевтический осмотр с клинической оценкой симптомов, остеопатический осмотр и эндоскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: остеопатия, диагностика, гастрит, язвенная болезнь желудка.

ГАСТРИТ ЖАНА АШКАЗАН ЖАРАТ ООРУСУНУН СОМАТИКАЛЫК ДИСФУНКЦИЯСЫНЫН ОСТЕОПАТИКАЛЫК ДАРТТАПМАСЫ

Добродомова И.Б., Попенко И.Б.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Берилген макалада гастриттердин жана ашказан жарат оорусунун пайда болуу себептери, патогенези жана остеопатикалык ыкмалары аркылуу дарттапмасы берилген. 18 ден 40 жашка чейинки 30 адам изилденди. Клиникалык симптомдорду баалоо менен терапевтик текшерүү, остеопатиялык текшерүү жана кызыл өңгөч, аш казан, он эки эли ичегилердин эндоскопиясы өткөрүлгөн.

Негизги сөздөр: остеопатия, дарттапма, гастрит, ашказан жарат оорусу.

OSTEOPATHIC DIAGNOSIS SOMATIC DYSFUNCTION WITH CHRONIC GASTRITIS AND GASTRIC ULCER

Dobrodomova I.B., Popenko I.B.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The research is made to find out the causes of the gastritis disease and the gastric ulcer. Pathogenesis and the methods of osteopathic diagnosis. 30 patients were researched aged from 18-42. Therapeutic inspection conducted with clinical assessment of symptoms, osteopathic examination, endoscopy of the esophagus, stomach, duodenum.

Keywords: osteopathy, diagnosis, gastritis, gastric ulcer.

Введение.

Болезни желудка такие как хронический гастрит и язвенная болезнь, занимают первое место в структуре заболеваний желудочно - кишечного тракта и наиболее часто поражают лиц молодого, трудоспособного возраста (П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко, 1998, 2001; М.С. Молдобаева и соавт., 2008; Blanchard S.S., Vauman L., Czinn S.J., 2004).

В современной гастроэнтерологии причиной развития язвенной болезни желудка (ЯБЖ), считается повышение активности

факторов агрессии и снижение факторов защиты слизистой оболочки гастроудоденальной зоны (В.Т. Ивашкин, 1999; Пиманов С.И., 2000; Я.С. Циммерман, 2000; Черешнев В.А., 2004 и др.).

Одной из основных причин развития гастрита и язвенной болезни желудка является НР. Неоспорима значимость эрадикации от НР в лечении и реабилитации больных, назначение антибактериальной терапии (трех- и четырехкомпонентные схемы) достаточно эффективны при лечении хронических гастритов и язвенной болезни желудка (Blaser M., 1997;

Berger A., 2000). Более важным сегодня считается достижение длительной и стойкой ремиссии. При этом недостаточно одной медикаментозной терапии, а необходимо воздействие и на другие звенья патогенеза заболеваний (Boer W.A., Tytgat G.N., 1996; Konturek J.W. et al., 1997; Sherman P.M., 2004).

При гастроэнтерологических заболеваниях имеют значение различные нервные и гормональные механизмы регуляции деятельности желудочно-кишечного тракта, разбалансированность в АПУД - системе, нарушение трофики и регенерации слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, местные нарушения равновесия между факторами агрессии и защиты, перекисного окисления липидов, иммунитета, нарушение психо-вегетативного статуса (А.М. Вейн, 1997; Е.К. Баранская, 2000; Т.Ю. Кравцова и соавторы, 2000; Хуцишвили М.Б., Рапопорт С.И., 2002; А.Г. Опарин, А.А. Опарин, 2005 ; М.И. Дворкин и соавт., 2008 и др., М.Т. Шалов, Н.В. Ефименко, Ю.С. Осипов, 2009; Glupozynski Y., Bourdeaux L., Verhas M. et al., 1990; Kidd M., Modlin I. M., 1998). К сожалению, методы остеопатического подхода в диагностике хронического гастрита и ЯБЖ очень мало знакомы большей части практикующих врачей - терапевтов, хирургов, гастроэнтерологов. Попытаться интегрировать

osteopathic approach в диагностике с необходимыми общепризнанными клиническим обследованием болезни желудка.

Цель исследования: определить доминирующие соматические дисфункции у пациентов с хроническим гастритом и язвенной болезнью желудка.

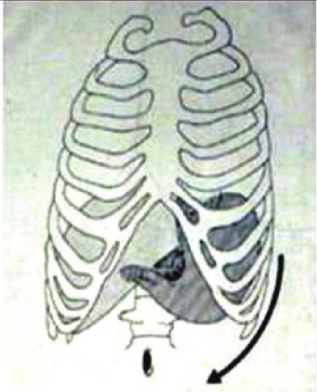
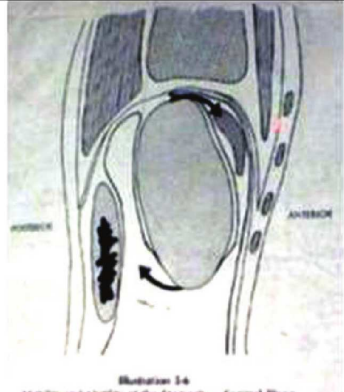
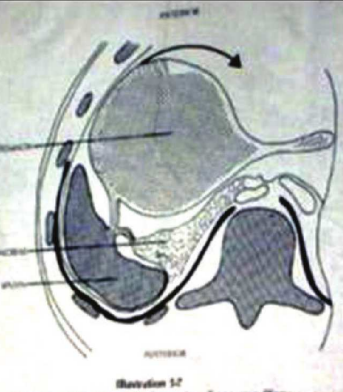
Материал и методы исследования. Контингент больных от 18 до 42 лет, без грубой сопутствующей соматической патологии со стороны внутренних органов, сердечно-сосудистой системы, неосложненной гастродуоденальной патологией.

Всего исследовалось 30 пациентов. Сформированы две группы: основная и контрольная.

Методы обследования

1. Общепринятый терапевтический осмотр с оценкой клинических симптомов.
2. Остеопатический осмотр.
3. ЭГДС для уточнения диагноза.
7. Метод статистической обработки результатов.

Эндоскопия проводилась с помощью аппаратов ГИФ-Р20 и ГИФ-Р30 (панэндоскопом), которая позволяла последовательно в течение одной (панэндоскопом), осмотреть пищевод, желудок и двенадцатиперстную кишку.

 <p>Illustration 55 Mobility and Motility of the Stomach - Frontal Plane</p>	 <p>Illustration 56 Mobility and Motility of the Stomach - Sagittal Plane</p>	 <p>Illustration 57 Mobility and Motility of the Stomach - Transverse Plane</p>
<p>Фронтальная плоскость, Сагитт. ось – через дно желудка б/бугор – вправо и вниз; м/бугор-вправо и вверх</p>	<p>Сагитальная плоскость фронтальная ось-через кардию б/бугор –вперёд м/бугор назад</p>	<p>Горизонтальная плоскость косая ось через кардию и пилорусб. кривизна- кпереди м. кривизна кзади м/бугор – вправо и вверх</p>

Остеопатическое состояние вопроса

В патогенезе многих заболеваний играет важную роль нарушение функции и подвижности различных органов и систем, т.е. стадия дисфункции органа. Каждый внутренний орган, имеющий присущую ему функцию, должен иметь хорошую смещаемость (мобильность) и правильные оси смещения (мотильность).

Мобильность и правильная мотильность свидетельствуют о хорошем состоянии органа, т.е. он находится в наилучших условиях для хорошего выполнения своей функции. И напротив, потеря органом подвижности (спаянный, воспалительный процессы в контактных органах и т. д.) нарушение мотильности органа ведет к функциональным нарушениям; следующим шагом может стать потеря адаптации и компенсации, что приведет к структуральным изменениям, болезни. Каждый орган имеет присущую ему подвижность по определенным осям и плоскостям, свой ритм движения. Хорошо функционирующий орган имеет правильный ритм движения, хорошую амплитудность и потенцию (силу движения). Ж.-П. Барраль рассматривает брюшную полость как сустав, со своими поверхностями скольжения, а роль синовиальной жидкости выполняет свободная жидкость в брюшной полости, способствующая хорошему движению и скольжению органа.

Ограничение подвижности, мотильности и потеря функции органом включает висцеро-соматический рефлекс. Возникают ассоциированные костные ограничения. Часто имеют место ограничения вертебральных зон соответствующих желудка Т6, Т12-Т13, Т11 и левое ребро сзади, Т1 и первое левое ребро и С4-С7, левая поясничная мышца и левый крестцово-подвздошный сустав (Э. Хебген 2013). Это объясняется связью посредством диафрагмального нерва. Вследствие прямой взаимосвязи и механического напряжения прикреплений желудка и диафрагмы могут поражаться нижние ребра и левые реберно-позвоночные артикуляции. Если ограничение желудка, являются первичной проблемой, правильная манипуляция приведет к исчезновению вторичных вертебральных ограничений.

Посредством диафрагмальных связей желудка через диафрагмально-перикардиальную связку, через шейно-щитовидно-перикардиальную пластину (пластина Реше) осуществляется связь с С3 позвонком, фасциальными слоями шейного отдела позвоночника, приводящими к глоточному бугорку затылочной кости, т. е. на кранио-сакральную систему, систему мембран черепа. Зная различные связи, существующие

Таблица 1. Характеристика обследуемого контингента

№	Группы пациентов	Пол				Средний возраст
		Муж.		Жен.		
		Число	%	число	%	
1	Основная	17	56,6	13	43,4	30,5±3,7

Таблица 2. Распределение пациентов по заболеваниям

Заболевания	1 группа	
	N=30	
	N	%
ХГ	18	60,0
ЯБЖ	12	40,0
Всего(абс.%)	30	100,0

Таблица 3

№п/п	Выявленные наиболее частые симптомы	Число выявленных случаев (30)	Основная группа
1	Передняя postura с левым боковым наклоном и правой ротацией	28	93,3%
2	С4 – С6	20	66,7%
3	T1 и 1-е ребро	15	50,0%
4	T6	30	100,0%
5	5-8-9 ребра слева	29	96,7%
6	Диафрагма	30	100,0%
7	Мобильность желудка	30	100,0%
8	Мотильность желудка	17	56,7%
9	Кранио-сакральный асинхронизм	4	13,3%
10	Левая поясничная мышца и левый крестцово-подвздошный сустав	12	40,0%
11	T10 –L1	20	66,7%

в организме, можно обнаружить целые цепочки адаптаций, компенсаторный изменений и нарушений.

Существенную роль в развитии патологий желудка вносят ранее выполненные операции на органах брюшной полости, дающие спаечный процесс, различного рода фиксации, а также имеющиеся уже заболевания органов брюшной полости, такие как заболевания желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки, панкреатиты, сахарный диабет. Диафрагмальные нарушения и ограничения дают нам и перенесенные заболевания легких и плевры.

Данные о характере течения ХГ и ЯБЖ у пациентов представлены в таблицы 1. Из таблицы видно, что у 22 (48,8%) пациентов было 2 рецидива в год. Обострения 1 раз в год происходило у 10 (22,2%) пациентов. Редко рецидивирующее течение было у 6 (13,3%) пациентов. Впервые выявленный гастрит был диагностирован у 7 (15,5%) пациентов.

Данные о заболевании пациентов представлены в табл.3. Из таблицы видно, в первой группе количество больных с

хроническим гастритом составляло 18 (60,0%), а второй группе 8 (53,4%) пациентов. Язвенная болезнь желудка была обнаружена у 12 (40,0%) пациентов первой группы и у 7 (46,6%) пациентов второй группы.

Учитывая выявленные соматические дисфункции рекомендуется проведение медикаментозной терапии с остеопатической коррекцией выявленных соматических дисфункций.

Выводы:

Доминирующие остеопатические дисфункции у пациентов с ХГ и ЯБЖ являются: соматическая дисфункция позвонков С6-С7, реберные дисфункции R5-8 слева, изменение мобильности и мотильности желудка и дисфункция диафрагмы. Для большинства больных характерна передняя postura с левым боковым наклоном и правая ротация. Учитывая эти данные необходимо дальнейшее изучение данных обследований после остеопатической коррекции соматических дисфункций для выявления влияния на клинико-функциональное состояние пациентов.

Литература:

1. *Treatment of Helicobacter pylori in Pediatrics* / Blanchard S.S., Bauman L., Czinn S.J. // *Curr Treat Options Gastroenterol.* - 2004 Oct. - Vol.7, № 5. - P.407-412.

2. Ивашкин В.Т. *Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии* / В.Т. Ивашкин, Ф. Мезро, Т.Л. Лапина. - М.: Триада-Х, 1999. - 225 с.

3. Пиманов С.И. *Римский III консенсус: избранные разделы и комментарии: пособие для врачей* / И.С. Пиманов, Н.Н. Силивончик. - Витебск: Из-во ВГМУ, 2006. - 160 с.

4. Циммерман Я.С. *Патогенез язвенной болезни и актуальные проблемы ее лечения* / Я.С. Циммерман // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* - 2002. - №1. - С. 180.

5. Черешнев В.А. *Иммунные молекулярно-клеточные механизмы воспаления* / В.А. Черешнев. - Пермь, 2004. - 272 с.

6. *Хронический гастрит* / Л.И. Арунин, П.Я. Григорьев, В.А. Исаков, Э.П. Яковенко. - Амстердам, 1993. - 362 с.

7. *Ecology of Helicobacter pylori in Human stomach* / Blaser M. // *J.Clin.Invest.* - 1997. - Vol. 100. - P. 759-762.

8. *Helicobacter pylori – no Helicobacter pylori associated peptic ulcer disease* / Tytgat G.N.J. // *Aliment. Pharmacol.* - 1998. - Vol. 93. - P. 39-42

9. *Evaluation of double or triple antibiotic/bismuth therapy of Helicobacter pylori in central Africa.* / Glupozynski Y., Bourdeaux L., Verhas M. et al. // *Rev. Esp. Enf. Digest.* - 1990. - Vol. 78, № 1. - P. 112-115.

10. *Висцеральная остеопатия* / Э. Хэбген. - 2013.

11. *Висцеральные манипуляции* / Ж.П. Барраль. - 2009.