

## ЗАСТОСУВАННЯ ПОВЕРХНЕВОЇ БАГАТОГОЛЧАСТОЇ РІЗНОМЕТАЛЕВОЇ АПЛІКАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Л. С. Бабінець, У. М. Яковлева

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
Навчально-науковий інститут медсестринства*

---

Шляхом порівняльного аналізу лікувальних програм було встановлено достовірно вищий рівень ефективності застосування курсу поверхневої багатоголчастої різнометалевої аплікації за методом Ляпко у комплексному лікуванні за впливом на клінічний перебіг і загальний стан пацієнтів порівняно із стандартною терапією. Зроблено висновок про доцільність використання аплікаторів Ляпко у комплексному лікуванні хворих кардіологічного профілю в амбулаторній практиці.

---

## APPLICATION OF SUPERFICIAL MULTINEEDLE-METALLIC APPLIQUE IN COMPLEX THERAPY OF HYPERTENSION

L. S. Babinets, U. M. Yakovlieva

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky  
Educational and Scientific Institute of Nursing*

---

By the comparative analysis of the medical programs the higher level efficiency of the superficial multineedle-metallic applique course application by method of Lyapko in complex treatment according to the influence on clinical course and the general condition of patients has been proved in comparison with standard therapy. It's been done a conclusion about expedience of the applicators by Lyapko using in complex therapy of patients of cardiological type in the ambulatory practice.

---

**Вступ.** Процес лікування більшості захворювань внутрішніх органів є багатокомпонентним внаслідок складності патогенезу і поліморбідності, а також довготривалим. Терапія часто вимагає призначення ряду препаратів протягом довгого часу. Медикаментозне навантаження, поліпрагмазія можуть погіршити перебіг хвороби, призвести до ускладнень і навіть до виникнення нових ятрогенних процесів. У зв'язку з цим погляди інтерністів все частіше звертаються до біологічних методів медицини, зокрема рефлексотерапії. Дана публікація є першим підсумком довготривалого використання у комплексному лікуванні захворювань серцево-судинної системи поверхневої багатоголчастої різнометалевої аплікації за методом М. Г. Ляпко в умовах денного стаціонару поліклінічного відділення Тернопільської міської клінічної лікарні № 2.

**Основна частина.** Взнявши за основу рефлексотерапевтичний метод дії на біологічно активні точки (БАТ) й зони пучком голок, М. Г. Ляпко застосував винайдену ним унікальну технологію виготовлення багатоголчастих аплікаторів із спеціальних голок із різних металів і металічних покриттів (міді, цинку, заліза, нікеля, срібла), оригінально розташованих у визначеному порядку на гумовій основі. Це сприяло збільшенню факторів дії на шкірні покриви і підвищенню терапевтичного й оздоровчого ефектів.

Механізм дії аплікаторів Ляпко (АЛ) складається, насамперед, з рефлекторно-механічного впливу множинного голковколювання певних зон і БАТ і мікромасажу шкіри і прилеглих тканин, що викликає комплекс місцевої, сегментарної та загальної реакції організму людини. Другим є гальвано-електричний вплив аплікації за рахунок

гальванічних струмів між голками з різних металів, що супроводжуються електрофорезом цих металів до внутрішнього середовища організму, який є біоколоїдом з електролітів як катіонного, так і аніонного складу. Гальванізація сприяє покращенню обміну речовин, посилює репаративні процеси, має розсмоктувальну дію, посилює продукцію біологічно активних речовин (ацетилхоліну, гістаміну, гепарину та ін.), покращує проведення нервових імпульсів, знижує больову чутливість за рахунок ініціації ендогенних опіатних і серотонінових механізмів. Третім механізмом дії АЛ є гуморальний вплив іонів металів, які входять до складу голок, у ході мікроіонофорезу їх у рідинне середовище організму, що забезпечує нормальне функціонування різних органів і систем. Важливим є факт, що названі механізми дії АЛ спрямовані на врегулювання балансу між зовнішніми патогенними факторами й внутрішніми захисними силами організму пацієнта. Впровадження аплікації дозволило досягати значних результатів з мінімальними побічними негативними впливами на організм хворого. Про використання АЛ у практиці клінік внутрішніх хвороб інформації недостатньо, тому вважали за доцільне проаналізувати наш власний досвід.

Метою дослідження було довести ефективність застосування АЛ у комплексному лікуванні захворювань внутрішніх органів в амбулаторних умовах для корекції загального стану хворих і клінічного перебігу нозологій.

Об'єктом нашого дослідження стали 10 пацієнтів, які лікувались у денному стаціонарі поліклінічного відділення Тернопільської клінічної лікарні № 2. Вік хворих – від 19 до 75 років, чоловіків було 4, жінок – 6. Пацієнтів було поділено на дві групи: I група – хворі, які отримували

загальноприйнятий комплекс лікування (ЗЛ) згідно із клінічним діагнозом і запропонованим МОЗ України протоколом відповідно до нього; II група – хворі, які отримували ЗЛ, підсилене курсом рефлексотерапії з використанням АЛ – (ЗЛ+АЛ). У I і II групах було 10 хворих кардіологічного відділення (гіпертонічна хвороба I-II стадії), зіставними за статтю, віком, структурою нозологій, тяжкістю клінічного перебігу та сукупної патології. Курс рефлексотерапії з використанням АЛ складався із 10 сеансів, проведених за гальмівною методикою (20 хв). Опрацьовували зони спини вздовж хребта, які відповідають сегментарній іннервації уражених органів відповідно до нозологій пацієнтів.

У ході аналізу результатів лікування вивчили загальний стан (ЗС) пацієнтів за шкалою загального стану (ШЗС) по ВООЗ за 5-бальною системою (0 балів – нормальний стан, повністю активний; 1 бал – наявні симптоми захворювання, активність знижена, може знаходитись вдома; 2 бали – виражені симптоми, непрацездатний, менше 50 % часу проводить у ліжку; 3 бали – тяжкий стан, більше 50 % часу проводить у ліжку; 4 бали – дуже тяжкий стан, 100 % часу проводить у ліжку; 5 балів – смерть) та за шкалою Карновскі за 100-бальною системою (градації від 100 (без ознак захворювання) до 0 балів (смерть)). Оцінювали також деякі клінічні прояви захворювань до і після курсу лікування. Отримані результати оброблено статистично за допомогою персонального комп'ютера з використанням стандартного пакета прикладних програм та оцінено за критеріями Стьюдента.

У таблиці 1 наведено дані ЗС хворих, які досліджувались у ході проведеного аналізу.

Таблиця 1. Динаміка ЗС пацієнтів у групах порівняння під впливом досліджених лікувальних програм

Профіль пацієнтів	Групи порівняння			
	I група		II група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Кардіологічний	..	... ± ...	... ± ...	... ± ...
	..	... ± ...	... ± ...	... ± ...
Примітки: .. – оцінка за ШЗС ВООЗ; бГли – оцінка за шкалою Карновскі; бГли – оцінка за шкалою Карновскі; .. – достовірність різниці показників ЗС в II групі хворих після лікування стосовно тих в I групі; Р. ....				

Застосування АЛ у комплексному лікуванні хворих забезпечило більшу ефективність терапії в II групі пацієнтів стосовно I групи, за даними ШЗС ВООЗ, сумарно у балах відповідно з  $2,02 \pm 0,11$  і  $2,03 \pm 0,09$  до лікування і  $0,47 \pm 0,07$  і  $1,33 \pm 0,10$  після лікування; за даними ШЗС Карновські, у балах відповідно з  $61,63 \pm 1,33$  і  $61,09 \pm 1,18$  до лікування і  $92,35 \pm 0,89$  і  $81,82 \pm 0,99$  після лікування. Таким чином, поєднання лікувальних можливостей медикаментозного і рефлексотерапевтичного впливу було більш дієвим для нормалізації ЗС хворих.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бабінець Л. С., Пінкевич О. Я., Пінкевич Л. М. Застосування рефлексотерапевтичних методик у комплексному лікуванні хронічного панкреатиту в поєднанні з гіпертонічною хворобою // Мат-ли наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Рефлексотерапія в Україні: досвід і перспективи». – 2009. – С. 17-21.

2. Коваленко О. Є., Мачерет Є. Л., Гарник Т. П. Роль та місце рефлексотерапії в системі медичної реабілітації хворих // Мат-ли наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Рефлексотерапія в Україні: досвід і перспективи». – 2009. – С. 5-11.

**Висновки.** 1. Проведений порівняльний аналіз курсу лікування із включенням аплікаторів Ляпко із стандартною терапією хворих констатував достовірно його вищу ефективність за впливом на клінічний перебіг (артеріальна гіпертензія – на 14 %) і загальний стан пацієнтів (у балах за ШЗС ВООЗ – на  $0,86 \pm 0,08$  і за ШЗС Карновські – на  $10,36 \pm 0,93$ ).

2. Використання аплікаторів Ляпко у комплексному лікуванні хворих із кардіологічними захворюваннями в амбулаторній практиці є перспективним і доцільним.

3. Лувсан Гаваа. Традиционные и современные аспекты восточной медицины. – М.: АО «Московские учебники и картолиитография», 2000. – 400 с.

4. Ляпко Н. Г. Аплікаторы Ляпко. Методические рекомендации. – МПК «Ляпко», 2009. – 48 с.

5. Ляпко Н. Г., Джужа Т. В., Ляпко-Аршинова Ю. Н. Миоскелетная боль – ее профилактика и лечение с использованием многоигльчатых разнометаллических аплікаторов // Мат-ли наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Рефлексотерапія в Україні: досвід і перспективи». – 2009. – С. 101-104.

## ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ КРОВОТОЧИВОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА

О. М. Кіт, Д. О. Ковальчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

Проаналізовано результати дослідження і хірургічного лікування 105 хворих на виразкову хворобу шлунка, ускладнену кровотечею. Комплексне дослідження показників центральної гемодинаміки, згортальної системи і гемореологічних властивостей крові, а також дані ендоскопічного та клінічного дослідження дали можливість об'єктивно оцінити ступінь тяжкості стану хворого з кровоточивою виразкою шлунка та своєчасно обґрунтувати доцільність хірургічного втручання в кожному конкретному випадку захворювання.

## PECULIARITIES OF SURGICAL TACTICS OF TREATMENT OF THE BLEEDING STOMACH ULCER

O. M. Kit, D. O. Kovalchuk

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky*

Authors made the analysis of results of research and surgical treatment of 105 patients with a stomach ulcer of a stomach complicated with bleeding. Complex research of central haemodynamic indices, coagulation systems and hemoreological properties of blood, and also the data of endoscopy and clinical research enabled to estimate objectively a degree of weight of a condition of the patient and in due time to prove expediency of surgical intervention in each concrete case of disease.

**Вступ.** Одним із найчастіших і тяжких ускладнень виразкової хвороби є кровоточиві виразки шлунка [1, 2, 5]. Незважаючи на розробку нових методів діагностики, консервативного та оперативного лікування смертність від кровотечі залишається високою і коливається від 10 до 20 % [6, 7, 8]. Пусковим механізмом виникнення тяжких ускладнень та незворотних змін у різних органах і системах хворих з шлунковою кровотечею є виснаження компенсаторних механізмів, зумовлених постгеморагічною анемією, тривалим зниженням артеріального тиску, циркуляторною гіпоксією та зменшенням кровонаповнення судинного русла [3, 4].

Покращити результати хірургічного лікування хворих з виразками шлункової локалізації, ускладнених кровотечею на основі комплексного клінічного, інструментального дослідження та вивчення показників центральної гемодинаміки,

коагуляційних ланок гемостазу й фізичних властивостей крові.

**Основна частина.** Проведено аналіз обстеження та лікування 105 хворих з виразками шлунка, що кровоточать. З них чоловіків було 78 (74,2 %) і жінок – 27 (25,8 %) віком від 17 до 78 років. При фіброгастроскопічному дослідженні кровоточива виразка частіше всього локалізувалася в медіогастральній ділянці – 38 (36,1 %), препілоричному 29 (27,6 %) і антральному відділах шлунка – 26 (24,7 %). Для вивчення волемічних показників центральної гемодинаміки проводили дослідження артеріального, венозного тиску, об'єму циркулюючої крові (ОЦК), об'єму циркулюючої плазми (ОЦП), еритроцитів, гемоглобіну. Стан згортальної системи крові визначали за допомогою апарата «Тромб-2». Реологічні властивості крові вивчали за допомогою уявної в'язкості крові (за), граничної текучості ( $\phi_0$ ), і коефіцієнта агрегації (А).

Всім хворим із шлунковими кровотечами при госпіталізації виконували ургентну ендоскопію з оцінкою стадії стабільності гемостазу. Залежно від характеру кровотечі та ендоскопічних ознак прогностично-тактичному плані виділили три групи хворих. До першої групи увійшли 22 хворі (20,9 %), у яких під час фіброгастроскопії виявлено кровотечу, що й стало показанням до екстреної операції. До другої групи увійшли 46 (43,8 %) хворих з ознаками зупиненої кровотечі і загрозою її рецидиву. У 17 (36,9 %) хворих цієї групи виявлено кровоточивість із дрібних судин по краях виразки, що свідчило про нестійкість гемостазу, у зв'язку з чим їм виконано відстрочені операції. У 37 (35,2 %) хворих третьої групи встановлений стабільний гемостаз, у більшості хворих у кратері виразки був виявлений фібрин, що свідчило про стабільність гемостазу. Поряд з цим усім хворим з шлунковими кровотечами при госпіталізації визначали об'єм крововтрати, дефіцит ОЦК, кількість еритроцитів, гемоглобіну, гематокрит (табл.1).

При вивченні гемореологічних показників крові, при легкому ступені крововтрати, межа напруги швидкості зсуву, яка свідчить про текучість крові, ( $\phi_0$ ) дорівнювала ( $5,36 \pm 1,3$ ) мН/м<sup>2</sup>; уявна в'язкість крові (за) – ( $65,6 \pm 9,8$ ) мПа\*С; коефіцієнт агрегації (А) – ( $5,28 \pm 0,45$ ) мН/м<sup>2</sup> \*10<sup>-5</sup>. (При нормі ( $\phi_0$ ) – ( $4,46 \pm 2,28$ ) мН/м<sup>2</sup>; за – ( $52,5 \pm 7,6$ ) мПа\*С; А – ( $3,84 \pm 0,38$ ) мН/м<sup>2</sup>\*10<sup>-5</sup>). При середньому ступені ( $\phi_0$ ) – ( $7,84 \pm 1,4$ ) мН/м<sup>2</sup>, за – ( $77,9 \pm 9,8$ ) мПа\*С, А – ( $6,68 \pm 0,72$ ) мН/м<sup>2</sup>\*10<sup>-5</sup>. При тяжкому ступені – ( $\phi_0$ ) – ( $9,64 \pm 1,6$ ) мН/м<sup>2</sup>; за – ( $91,4 \pm 10,3$ ) мПа\*С; А – ( $8,27 \pm 0,97$ ) мН/м<sup>2</sup>\*10<sup>-5</sup>.

Вивченні нами в динаміці показники центральної гемодинаміки, згортальної системи і гемореологічних властивостей крові у хворих з зупиненою шлунково-кишковою кровотечею свідчать про те, що у хворих з середнім і тяжким ступе-

нем крововтрати (при геморагії більше одного літра) неможливо нормалізувати наведенні параметри комплексним консервативним лікуванням протягом навіть 14–15 діб. Тому виникнення рецидиву кровотечі із виразки крововтрата, що триває на такому тлі небезпечно тяжкими наслідками для хворого. А тому у хворих з виразковою хворобою шлунка, ускладненою кровотечею, при крововтраті більше одного літра, при наявності високої вірогідності рецидиву кровотечі доцільно виконувати оперативне втручання навіть при зупиненій або зупиненій консервативним чи ендоскопічним методом для попередження розвитку тромбгеморагічного синдрому. Поряд з цим, виконанні нами дослідження показників центральної гемодинаміки, згортальної системи і гемореологічних властивостей, а також дані ендоскопічного дослідження й аналіз клінічного матеріалу, дали можливість нам обрати таку тактику при шлунково-кишкових кровотечениях у хворих на ВХШ: 1. Екстрену операцію проводили у перші дві години після госпіталізації хворих із шлунково-кишковою кровотечею – 24 (22,8 %) при наявності: пульсуючої або струминної кровотечі із судин дна виразки, а також у хворих з рецидивною кровотечею з виразки, встановленої ендоскопічно.

2. Відстрочені оперативні втручання виконували у найближчі 2-3 доби з моменту госпіталізації у 38 (36,2 %) хворих: із капілярною шлунково-кишковою кровотечею і крововтратою більше одного літра, а також у хворих з зупиненою кровотечею при крововтраті більше одного літра й високою вірогідністю рецидиву кровотечі (тромбована судина, пухкий тромб на дні виразки).

3. Планові операції виконували у 43 (40,9 %) хворих після надійно зупиненої кровотечі, стабілізації основних показників гомеостазу, покращення загального стану хворого й неефективного консервативного лікування виразкової хвороби.

Таблиця 1. Ступінь та показники тяжкості крововтрати

Ступінь* крововтрГти*	КрововтрГтГв* мл*	Дефіцит* ОЦК*	Еритроцити* ...л*	Гемоглобін* л*	ГемГто** крит** *
ФізіологічнГ втрГтГ*	до****	до****	.....	.....	..ібільше*
Легкий*ступінь*	.....	.....	.....	.....	.....
Середній*ступінь*	.....	.....	.....	.....	.....
Тяжкий*ступінь*	більше*****	більше****	..іменше*	..іменше*	..іменше*

На нашу думку, оперативне втручання, яке виконують хворим із шлунково-кишковими кровотечами, повинно бути нетривалим, малотравматичним, поєднувати у собі радикалізм й подіяти на основні ланки етіопатогенетичних механізмів ульцерогенезу. А тому провідним напрямком у хірургії шлункових кровотеч є виконання органозберігаючих та органощадних операцій, особливо у хворих, оперованих на висоті кровотечі. При цьому, якщо вдавалось зберегти обидва стовбури нервів Латарже, виконували СПВ і клиноподібне висічення виразки. При втягненні в процес малого сальника виконували селективну ваготомію з висіченням виразки і пілоропластикою. При виразках великих розмірів, наявності перигастриту, деформації шлунка виконували органощадні прицільні резекції із збереженням перигастральних судинних дуг. Проте у 27 (28,3 %) хворих виконані класичні резекції шлунка. Післяопераційні ускладнення спостерігали у 12,3 % оперованих. Летальність складала 5,12 %. Наші дослідження свідчать про те, що найбільше ускладнень

і найвища летальність була у хворих, які перенесли екстрені операції, що, мабуть, пов'язано з тяжкістю стану хворих, зумовленого крововтратою і ослабленням імунореактивності організму.

**Висновки.** 1. Проведенні нами дослідження показників центральної гемодинаміки, згортальної системи і гемореологічних властивостей крові, а також дані ендоскопічного дослідження, дають можливість об'єктивно оцінити стан хворого, визначити ступінь тяжкості крововтрати та своєчасно обґрунтувати доцільність хірургічного втручання в кожному конкретному випадку кровоточивої виразки шлунка.

2. Найбільш обґрунтованими і доцільними хірургічними втручаннями при кровоточивих виразках шлункової локалізації повинні бути органозберігаючі та органощадні операції. Дотримання розробленої в клініці тактики дозволило попередити виникнення різних тяжких післяопераційних ускладнень, частота яких зменшилася за останні сім років з 12,5 до 9,5 %, а післяопераційна летальність з 8,4 до 5,7 % (6).

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Аруин Л. И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. – М.: Триада – Х., 1998. – 238 с.
2. Сытник А. П. Выбор метода операции при язвенной болезни желудка / Сытник А.П., Наумов Б.А. // Хирургия. – 1995. – № 3. – С. 59–63.
3. Дегтерова И. И. Заболевания органов пищеварения / Дегтерова И. И. – К.: Демос, 2000. – 321 с.

4. Язвенная болезнь (прошлое, настоящее, будущее) / Передерий В. Г., Ткач С. М., Скопиченко С. В. – Киев, 2003. – 256 с.
5. Досвід лікування ускладнених форм виразкової хвороби: матеріали ХХ з'їзду хірургів України / Ковальчук Л. Я., Дзюбановський І. Я., Басистюк І. І. [та ін.]. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 14–17.
6. Современное состояние хирургии язвенной болезни: материалы ХХ з'їзду хірургів України / Саенко В. Ф., Полинкевич Б. С., Диброва А. А. [и др.]. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 10–11.