

# СКЭНАР-терапия при болезнях верхних отделов желудочно – кишечного тракта

В настоящее время проблема заболеваний желудочно-кишечного тракта является одной из основных в клинической терапии. Это объясняется тем, что болезни пищеварительной системы имеют не только медицинское, но и большое социальное значение: широкое распространение среди населения молодого и трудоспособного возраста, выраженное влияние на качество жизни, большой экономический ущерб. Отмечено резкое увеличение заболеваемости за последнее десятилетие — почти в 3 раза. Причем наблюдается неуклонный рост числа заболеваний пищеварительной системы за счет лиц молодого возраста.

Для жизни современной молодежи характерны постоянные психоэмоциональные перенапряжения, информационные стрессы, частые нарушения режима труда, отдыха и питания, которые в свою очередь приводят к срыву процессов адаптации и развитию ряда заболеваний, либо к обострению уже имеющихся патологических процессов. По современным представлениям, пациент с патологией органов пищеварения характеризуется сопутствующими нарушениями психоэмоциональной сферы. Хронические болезни органов пищеварения относятся к числу наиболее часто встречающихся заболеваний. Распространенность их в настоящее время превышает 100 на 1000 населения. Важна и такая особенность гастроэнтерологической патологии, как сочетанный характер поражения системы пищеварения, что составляет 70—90 % случаев. Это обосновывает необходимость всестороннего и комплексного обследования гастроэнтерологического больного.

За последние 10 лет существенно возросла роль нервно-психического фактора в формировании патологии органов пищеварения. Психосоматический генез гастроэнтерологических болезней прослеживается в той или иной степени у 40—50 % больных. Долгое время причиной возникновения хронических воспалительных заболеваний верхнего отдела ЖКТ считалось сочетание нескольких этиологических факторов, таких как, алиментарный, нервно-психический, генетический, иммунологические нарушения, нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, пищевая аллергия. На современном этапе большой научный и практический интерес представляют данные о роли бактерии *Helicobacter pylori* (*H.pylori*), как одной из основных этиопатогенетических единиц в развитии и течении гастродуоденальной патологии. Среди больных с хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки инфицированность *H.pylori* составляет до 80 % при хронических гастритах и 90—100 % при эрозивно-язвенных поражениях гастродуоденальной зоны. Роль *H.pylori* объясняется тем, что под её влиянием развивается атрофия слизистой оболочки и/или происходит развитие кишечной метаплазии или дисплазии, что повышает риск появления злокачественных процессов. Таким образом, вопросы ранней диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов пищеварения представляют собой сложную и большую медико-социальную проблему.

Таким образом, становится понятно, что даже комплексная лекарственная терапия во многих случаях не даёт нужного результата.

Рассмотрим кратко основные заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

## ЭЗОФАГИТ

Эзофагит – воспалительное заболевание стенки пищевода острого или хронического течения. При эзофагите воспалительный процесс развивается во внутренней, слизистой оболочке пищевода и при прогрессировании может поражать более глубокие слои. Среди заболеваний пищевода эзофагит является наиболее частым, при этом следует отметить, что в 30-40% случаев заболевание может протекать без выраженной симптоматики.

Эзофагиты могут быть следствием различного рода повреждений слизистой пищевода или развиться вследствие гастроэзофагеального рефлюкса. В терапии хронического эзофагита основное значение играет устранение фактора его возникновения. Важнейшей составляющей лечения является строгое соблюдение диеты и режима питания и образа жизни. Рекомендации по диете в период острых клинических проявлений: употребление умеренного количества мягкой протертой пищи комнатной температуры. Исключение из рациона продуктов, оказывающих раздражающее действие на слизистую – острые, жирные, жареные, газированные, алкогольсодержащие продукты. Также исключают пищу, содержащую большое количество клетчатки. Больным эзофагитом необходимо отказаться от курения и приема лекарственных препаратов, влияющих на тонус сфинктера пищевода (седативные препараты, транквилизаторы, теофиллин, простагландины и т. п.). Также следует отказаться от приемов пищи менее чем за полтора-два часа до сна, не принимать горизонтальное положение после еды, не проводить много времени наклонясь. Спать рекомендуется на приподнятом изголовье. Терапия хронического эзофагита: препараты, снижающие кислотность желудочного сока (антациды – оптимальным выбором являются гелевые антациды с анестетиками, ингибиторы протонной помпы, блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов); препараты, усиливающие тонус кардии (нижнего сфинктера пищевода) и ускоряющие продвижение пищевого комка из желудка в двенадцатиперстную кишку. Грязелечение и бальнеотерапия.

### **Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь**

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь представляет собой патологический процесс, который является следствием ухудшения моторной функции верхних отделов ЖКТ. Возникает вследствие рефлюкса – регулярно повторяющегося заброса в пищевод содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки, в результате чего происходит повреждение слизистой оболочки пищевода, а также могут возникать повреждения вышележащих органов (гортани, глотки, трахеи, бронхов).

В нормальном состоянии пищевод от желудка отделяет кардиальный сфинктер — кольцевидная мышца, закрывающая просвет. ГЭРБ появляется, когда эта мышца перестает справляться со своими функциями:

- нарушается нормальная моторика желудочно-кишечного тракта;
- повышается давление внутри брюшной полости;
- снижается тонус сфинктера под воздействием некоторых лекарств и продуктов.

Эксперты Всемирной гастроэнтерологической ассоциации говорят о следующих предрасполагающих факторах ГЭРБ:

- лишний вес (отложения жира на внутренних органах повышают внутрибрюшное давление);
- беременность (повышенное внутрибрюшное давление в сочетании с влиянием гормонов, расслабляющих сфинктер);

- избыток твердых жиров в пище (надолго задерживаются в желудке, увеличивая в нем давление);
- любовь к газированным напиткам;
- другие заболевания желудка и кишечника (синдром раздраженного кишечника, гастриты, язвы и т. д. — нарушают нормальную моторику ЖКТ);
- метеоризм, запоры (нарушенная моторика, повышенное внутрибрюшное давление);
- запоры (нарушенная моторика, повышенное внутрибрюшное давление);

Все симптомы ГЭРБ можно разделить на пищеводные и внепищеводные.

Пищеводные симптомы — это, как следует из названия, проявления, вызванные непосредственно раздражением и воспалением пищевода:

- изжога — чувство жжения за грудиной, как бы «поднимающееся» из желудка к горлу;
- отрыжка кислым, появление во рту содержимого желудка,
- дискомфорт при глотании — ощущение «застывшего комка»;
- боль при глотании (обычно признак язвы или эрозии пищевода).

Врачи также предполагают, что одним из внепищеводных проявлений ГЭРБ могут быть частые отиты.

Терапию ГЭРБ начинают с немедикаментозных методов — изменения питания и образа жизни:

- поднять головной конец кровати на 10-15 см;
- уменьшить количество жира в пище, повысить содержание белка;
- питаться часто и дробно;
- исключить мяту, кофе, чай, шоколад (снижают тонус пищеводного сфинктера), специи, соки цитрусовых, алкоголь (прямой раздражающий эффект);
- не ложиться в течение двух часов после еды;
- не поднимать тяжести (более 10 кг);
- не находиться долго наклоняясь, в том числе не работать в огороде;
- не делать упражнения «на пресс»;
- не носить тугие пояса, корсеты, тесную одежду;
- сбросить лишний вес;
- прекратить курение (производные никотина снижают тонус пищеводного сфинктера).

Учитывая, что ГЭРБ часто сочетается с другими заболеваниями ЖКТ, назначают диетический стол №1, 4, 5, в зависимости от основного заболевания.

Если нелекарственные методы неэффективны в течение 2-3 недель, назначают медикаменты:гастропротекторы — основа лечения. Способствуют восстановлению поврежденной слизистой оболочки (ребамипид).Ингибиторы протонной помпы — снижают выработку соляной кислоты в желудке (омепразол, лансопразол, рабепразол). H<sub>2</sub>-блокаторы, антациды — назначаются, если ингибиторы протонной помпы неэффективны (ранитидин, фамотидин, альмагель, фосфалюгель, гевискон). Прокинетики — препараты, восстанавливающие нормальную моторику желудочно-кишечного тракта (домперидон).

Как следует из вышеизложенного, несмотря на многолетнее изучение заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта во многих странах мира, актуальность проблемы значительно возрастает. Различные профилактические меры, комплексная лекарственная терапия не только не приводят к уменьшению заболеваемости, но, как было показано выше, во всём мире отмечается её рост.

Следует также подчеркнуть, что вынужденная полипрагмазия неизбежно приводит к возникновению нежелательных побочных эффектов, среди которых наиболее частые:

- тошнота;
- разжижение стула;
- метеоризм;
- головная боль;
- головокружение;
- боль в животе;
- сухость во рту;
- сонливость и нарушение сна;
- мышечная слабость;
- снижение аппетита;
- аллергические реакции на коже, в том числе зуд.
- неблагоприятные взаимодействия с другими группами лекарственных препаратов.

В этой связи внимание многих учёных и врачей направлено на поиск нелекарственных методов лечения, в частности — физиотерапевтических. В настоящее время получает всё более широкое распространение, вследствие её доказанной эффективности при различных заболеваниях, СКЭНАР-терапия. Это метод профилактики и лечения многих заболеваний, называемый само-контролируемая энергия - нейроадаптивная регуляция, а аппарат, её осуществляющий – регулятор (СКЭНАР). СКЭНАР сертифицирован как медицинский аппарат в 36 странах мира: России, США, странах Европейского Союза, Израиле, Мексике, Австралии и др. На сегодняшний день имеется много модификаций этого аппарата, безопасность и высокая эффективность которых подтверждены многочисленными испытаниями и клиническими исследованиями как в России, так и за рубежом.

Наши читатели хорошо знают, что при лечении аппаратом СКЭНАР применяются как методики общего воздействия, которые используются при любых заболеваниях, так и методики, наиболее эффективные при конкретных патологических состояниях.

При заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта рекомендуется проведение процедуры, которая состоит из нескольких этапов: воздействие на проекцию остистых отростков позвоночника и полукольцевидных «горизонталей».

- Обработка проекции остистых отростков.
- Границы зоны Th 3 сверху и Th 7 снизу.
- Электрод ориентирован вертикально, направление движения по коже – сверху вниз с компрессией. При «залипании» электрода следует задержаться на 30 секунд, затем продолжить движение вниз.
- Время воздействия 2 – 3 минуты.
- Режим воздействия: частота 90 Гц, Интенсивность 5 (у профессиональных приборов)
- Полукольца на грудной клетке
- Верх зоны обработки - нижний край остистого отростка Th 6, низ зоны Th 12
- Электрод ориентирован вертикально.
- Грудную клетку в пределах указанной зоны следует мысленно разделить горизонтальными линиями в пределах указанной зоны. Получится несколько горизонтальных колец ширина каждого из которых равна высоте вертикально ориентированного электрода. Разделим их на полукольцевидные сегменты задней срединной линией (проходящей через остистые отростки) и передней срединной линией. Получится от 4 до 6 полукольцевидных сегментов.

- Сегменты грудной клетки обрабатывается в следующей последовательности: правый верхний, левый верхний, затем смещаемся на горизонталь ниже и повторяем обработку правой и левой половины.
- Обработка «полуколец» проводится от задней срединной линии до передней.
- Электрод перемещается по коже с компрессией, залипание следует форсировать, не уделяя им дополнительного внимания.
- Время воздействия на каждый сегмент-полукольцо: 1-2 минуты в зависимости от размеров пациента.
- Режим воздействия: Частота 340 Гц.
- Если на грудной клетке после второго этапа обработки появились локальные очаги гиперемии их следует дополнительно обработать
- Режим воздействия ЧМ, Интенсивность 3 или частотная модуляция Св1 (с отключенным демпфированием).

Процедура-пособие при приступе изжоги

1. Установить встроенный электрод аппарата на рукоятку грудины по передней срединной линии. Частота 120 Гц, Интенсивность 8. Работать 3-5 минут до изменения ощущения изжоги.
2. Подключить к аппарату «Пешки» или ЭПУ и воздействовать на околопозвоночные линии в верхнем грудном отделе позвоночника в режиме ЧМ с Интенсивностью 3, в течение 5 – 10 минут.

## Гастрит

Весна у многих ассоциируется с обострением. Обостряются чувства, потребности и хронические заболевания, в том числе болезни ЖКТ. Наиболее распространенное среди заболеваний органов пищеварения, встречающееся почти у каждого третьего пациента, - гастрит. Гастриты только на первый взгляд относительно безобидны - почти в 20% случаев они осложняются образованием язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Чтобы избежать тяжелых последствий, надо внимательно следить за рационом, а если уберечься не довелось - начинать тщательно следовать рекомендациям гастроэнтерологов и диетологов. Гастрит проявляется воспалением и разрушением слизистой оболочки желудка. Повреждающими факторами для желудка являются инфекции, химические вещества, высокие или низкие температуры.

Как было отмечено выше, относительно недавно был установлен один из самых распространенных механизмов развития гастрита - болезнь провоцирует инфицирование слизистой желудка бактерией *helicobacter* (инфекция получила название «хеликобактериоз»). Она избирательно поражает слизистую оболочку желудка и вызывает ее поверхностное разрушение по типу гастрита либо более глубокое разрушение по типу язвенной болезни.

Кроме того, гастрит может развиваться в результате ожога слизистой оболочки желудка различными химическими веществами - спиртом, щелочью, кислотой. Негативно действует на слизистую прием некоторых лекарств (различные противовоспалительные препараты, некоторые антибиотики). Причем лекарства из группы противовоспалительных препаратов вызывают гастрит не только за счет прямого раздражения слизистой оболочки желудка, но и за счет нарушения молекулярных механизмов ее защиты. Проще говоря, болезнь можно заработать и при участии лекарств, использующихся в виде инъекций или мазей.

## Хронический гастродуоденит

Хронический гастродуоденит – это сочетанное поражение слизистой оболочки пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки воспалительного характера. В программу диагностики обычно включают ЭГДС, эндоскопическую биопсию с морфологическим исследованием биоптатов, ЭГГ, антродуоденальную манометрию, внутрижелудочную рН-метрию, тесты на хеликобактер. По клинической картине гастрит и гастродуоденит практически не отличаются, что создает определенные диагностические трудности для гастроэнтерологов. Характерная черта патологии заключается в том, что поражение слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки приводит к расстройству деятельности поджелудочной железы и гепатобилиарной зоны, а также к вегетативным нарушениям. Все причины хронического гастродуоденита подразделяются на внутренние (эндогенные) и внешние (экзогенные).

- К внутренним причинам относят патологию ЖКТ (повышенное кислотообразование желудка, уменьшение продукции слизи, нарушение репаративных процессов и гормональной регуляции пищеварения), а также поражение печени, поджелудочной железы и эндокринные расстройства.

- Симптомы хронического гастродуоденита

Клиническая картина хронического гастродуоденита полиморфна, обычно включает в себя дискомфорт в эпигастриальной области, чувство тяжести и распирания в желудке. Часто беспокоят спазматические, распирающие боли в эпигастриальной области, возникающие через 1-1,5 часа после принятия пищи. Нередко беспокоят диспепсические явления: тошнота, рвота, изжога, отрыжка кислотой. Стул становится неустойчивым: поносы могут чередоваться с запорами. Патогномичным признаком хронического гастродуоденита является обложенность языка желтовато-коричневым налетом, отпечатки зубов на его боковых поверхностях; неприятный запах изо рта. Типичны вегетативные расстройства: бледность, потливость, быстрая утомляемость, раздражительность, нарушения сна. При надавливании на область эпигастрия пациенты отмечают умеренную болезненность.

Лечение хронического гастродуоденита обычно длительное, включает в себя несколько этапов, последовательно следующих друг за другом. Начинается лечение с назначения специальной диеты. В питание включают протертые каши на мясном, овощном бульоне; нежирные сорта мяса и рыбы; овощи и фрукты, кисломолочные продукты; хлебобулочные изделия (исключая сдобу).

Приготовление продуктов может быть разнообразным (на пару, отваривание, тушение, запекание); допускается употребление свежеежатых соков. Разрешается даже молоко, если оно не оказывает слабительного эффекта. В питание должны быть обязательно включены продукты, богатые витаминами В1, В2, РР, С. Прием пищи должен быть не менее пяти в сутки. Еду следует употреблять теплой, тщательно пережевывать, малыми порциями. В остром периоде требуется соблюдение постельного режима в течение не менее семи-восьми дней. Если придерживаться диеты, это позволяет уменьшить интенсивность воспалительного процесса, болевого синдрома.

Лекарственная терапия начинается с воздействия на причину заболевания. Чаще всего это бактерия *Helicobacter pylori*. Поэтому без антибиотиков лечение не будет полноценным. Назначают Кларитромици, Амоксициллин, Тетрациклин и Метронидазол. Дополнительно в лечении применяют:

- блокаторы протонной помпы – Омепразол, Лансопрозол, Рабепразол( снижают кислотность в желудке);
- блокаторы H2-гистаминовых рецепторов – Ранитидин, Фамотидин, Зантак (уменьшает общий объем желудочного сока);
- пробиотики (энтерол и др.).

## **Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки**

**Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки** - хроническое заболевание, основным выражением которого служит рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки, возникающая на фоне гастрита.

Согласно классическим представлениям, язва образуется в результате нарушения равновесия между агрессивными и защитными механизмами желудочно-кишечной слизистой оболочки. При язве двенадцатиперстной кишки боли появляются через полтора часа после еды, присутствуют ночные, голодные (то есть возникающие на голодный желудок) боли в поджелудочной области или в правом подреберье, которые проходят после еды, приема антацидных препаратов, блокаторов протонной помпы. Рвота кислым содержимым желудка может наступать на высоте болей, после рвоты пациент испытывает облегчение (некоторые больные самостоятельно вызывают рвоту для уменьшения болей). Боли, возникающие через 30 минут – 1 час после еды более характерны для локализации язвы в желудке. Проявления язвенной болезни также включают тошноту, изжогу, отрыжку. Естественно, бывают случаи и с нетипичными симптомами: отсутствие характерной связи болевого синдрома с приемом пищи, отсутствие сезонности обострений не исключают данного диагноза. Так называемые немые обострения заболевания сложно заподозрить и правильно распознать.

Причинное значение *H. Pylori* для хронического гастрита определяет важнейшее место микроорганизма в развитии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки . Оказалось, что *H. Pylori* тесно связан с факторами агрессии при язвенной болезни. Важнейший результат его уничтожения – снижение частоты рецидивов заболевания. При язве двенадцатиперстной кишки боли появляются через полтора часа после еды, присутствуют ночные, голодные (то есть возникающие на голодный желудок) боли в поджелудочной области или в правом подреберье. Принципы лечения и медикаментозные препараты те же, что и при гастродуодените.

Как было отмечено ранее, назначение этих препаратов нередко сопровождается частыми побочными реакциями, ранее уже упомянутыми. Рекомендуемая нами СКЭНАР-терапия высокоэффективна при использовании следующей методики.

Обработка проекции остистых отростков грудного отдела позвоночника.

- Границы зоны Th5 сверху и Th9 снизу.
- Электрод ориентирован вертикально, направление движения по коже – сверху вниз с компрессией. При «залипании» электрода следует задержаться на 30 секунд, затем продолжить движение вниз.
- Время воздействия 2 – 3 минуты.
- Режим воздействия: частота 60 Гц, Интенсивность 5 (у профессиональных приборов)
- Обработка проекции остистых отростков поясничного отдела позвоночника.
- Границы зоны L 3 сверху и L 5 снизу.

- Электрод ориентирован вертикально, направление движения по коже – сверху вниз с компрессией. При «залипании» электрода следует задержаться на 30 секунд, затем продолжить движение вниз.
- Время воздействия 2 – 3 минуты.
- Режим воздействия: частота 60 Гц, Интенсивность 5 (у профессиональных приборов)
- Полукольца на грудной клетке
- Верх зоны обработки: нижний край остистого отростка Th 6, низ зоны Th 12
- Электрод ориентирован вертикально.
- Грудную клетку в пределах указанной зоны следует мысленно разделить горизонтальными линиями в пределах указанной зоны. Получится несколько горизонтальных колец, ширина каждого из которых равна высоте вертикально ориентированного электрода. Разделим их на полукольцевидные сегменты задней срединной линией (проходящей через остистые отростки) и передней срединной линией. Получится от 4 до 6 полукольцевидных сегментов.
- Сегменты грудной клетки обрабатываются в следующей последовательности: правый верхний, левый верхний, затем смещаемся на горизонталь ниже и повторяем обработку правой и левой половины.
- Обработка «полуколец» проводится от задней срединной линии до передней.
- Электрод перемещается по коже с компрессией, залипания следует форсировать, не уделяя им дополнительного внимания.
- Время воздействия на каждый сегмент-полукольцо: 1-2 минуты в зависимости от размеров пациента.
- Режим воздействия: Частота 90 Гц.
- Если на грудной клетке после третьего этапа обработки появились локальные очаги гиперемии их следует дополнительно обработать
- Режим воздействия ЧМ, Интенсивность 3 или частотная модуляция Св1 (с отключенным демпфированием).