

Опубликовано в: Актуальные вопросы курортологии Материалы межрегиональной научно-практической конференции (санаторий «Ключи») Под общей редакцией профессоров Е. В. Владимирского, Е. В. Рыболовлева, 2004 г., с. 84-88

Автор(ы): Кочурова И.А., Владимирский Е.В.
Пермская государственная медицинская академия

Название статьи: Влияние СКЭНАР-терапии на состояние вегетативного гомеостаза у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе рецидива

Ключевые слова: СКЭНАР-терапия, гастроэнтерология, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

Аннотация: В настоящей работе авторы рассматривают влияние нарушений со стороны вегетативной нервной системы на патогенез язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Клинические наблюдения и специальные исследования проводили в сравнительном аспекте: 36 человек получали СКЭНАР-монотерапию, а 25 пациентов получали традиционную противоязвенную фармакотерапию. По результатам делается вывод, что в механизмах лечебного действия СКЭНАР-терапии при рецидиве ЯБ ДПК, имеет значение ее способность уменьшать степень вегетативных нарушений, тем самым, оказывая воздействие на общие механизмы адаптивной регуляции и саморегуляции гастродуоденальной зоны.

ВЛИЯНИЕ СКЭНАР-ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ФАЗЕ РЕЦИДИВА

В патогенезе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) существенная роль принадлежит нарушениям со стороны вегетативной нервной системы (ВНС). Коррекция вегетативных нарушений является одним из актуальных направлений патогенетической терапии ЯБ ДПК. Многие физические факторы, повышая адаптационные возможности организма, обладают способностью дифференцированно и целенаправленно воздействовать на различные стороны патологического процесса, в том числе на нарушенные механизмы вегетативной регуляции на различных уровнях. Исходя из этого, мы сочли обоснованным применить при рецидиве ЯБ ДПК метод СКЭНАР-терапии (самоконтролируемая энерго-нейроадаптивная регуляция), - разновидность низкочастотной электроимпульсной терапии с биологической обратной связью. Механизм действия СКЭНАР-терапии, по данным ряда авторов, объясняется с позиций теории формирования функциональных систем (по П. К.Анохину), а также как нервно-рефлекторный механизм с активацией нейрогуморального звена через местные, сегментарные и генерализованные реакции.

Цель исследования

Изучение характера вегетативных нарушений у больных ЯБ ДПК и оценка возможности их коррекции с использованием метода СКЭНАР-терапии.

Материалы и методы

Клинические наблюдения и специальные исследования проводили в сравнительном аспекте у 61 пациента (39 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 16 до 55 лет (средний возраст $31,5 \pm 1,3$ года) с клиническими и эндоскопическими признаками рецидива ЯБ ДПК и давностью заболевания в среднем $7,79 \pm 1,21$ года, сопоставимых по основным клинико-функциональным и эндоскопическим показателям (средний диаметр язвы $0,76 \pm 0,03$ см). У части обследованных ($n=36$) проводили СКЭНАР-монотерапию аппаратами серии «СКЭНАР-97.1.» и «СКЭНАР-97.4.» в непрерывном и индивидуально дозированном режиме, в течение 30 минут, на курс 10 ежедневных сеансов. Осуществляли воздействие на область эпигастрия по сегментарно-рефлекторной методике и трансцеребрально по методике общего действия. Контрольную группу составили пациенты (25 человек), получавшие традиционную противоязвенную фармакотерапию (омепразол 40 мг/сут, кларитромицин 1000 мг/сут, амоксициллин 2000 мг/сут или метронидазол 1200 мг/сут в течение 7 дней) без использования физиотерапевтических методов. Исследование состояния ВНС проводилось методом кардиоинтервалографии (КИТ) с автоматической расшифровкой данных (диагностическая система «ВАЛЕНТА»). Вариабельность ритма сердца оценивалась согласно международным стандартам во временной и частотной областях.

До лечения у большинства больных (83,3%) был выявлен вегетативный дисбаланс различной направленности. У части обследованных (55,6%) отмечалось преобладание в покое активности парасимпатического отдела ВНС (индекс напряжения регуляторных систем (ИН) в положении лежа менее 30 усл.ед.). У 27,7% больных, в основном с небольшой давностью заболевания (до 5 лет), исходно отмечалось умеренное повышение в состоянии покоя тонуса симпатического отдела ВНС (ИН в положении лежа от 100 до 200 усл.ед.). При этом отмечалась нормальная или гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность (ИНорт. >90 и ИНорт/ИНфон $>0,9$), что может рассматриваться как благоприятный прогностический признак и отражает достаточную активность адаптационно-компенсаторных механизмов организма. У трети больных (30,5%), в основном с клиническими признаками сопутствующего астеновегетативного синдрома, имела место асимпатикотоническая реактивность (ИНорт/ИНфон $<0,9$).

При анализе спектральных показателей КИТ исходно у большинства исследованных (80,2%) отмечалось некоторое снижение показателя общей мощности спектра (TP) преимущественно за счет уменьшения рефлекторных симпатических влияний (снижение волн низкой частоты, LF). Аналогичные изменения нередко встречаются у лиц, длительно находящихся в состоянии психоэмоционального напряжения. При этом в структуре спектральной мощности доминирующими (51,16 \pm 4,92%) оказались волны очень медленного периода (VLF), отражающие активацию церебральных эрготропных влияний. Интересно, что указанные изменения в наибольшей степени были свойственны лицам с длительным «язвенным» анамнезом ($r=0,72$). Можно предположить, что с увеличением длительности заболевания происходит переход регуляции сердечного ритма с рефлекторного вегетативного уровня на более низкий - гуморально-метаболический, который в меньшей мере способен обеспечивать адекватный гомеостаз.

При изучении вегетативного обеспечения деятельности (ВОД) в ортостатической и дыхательной пробах у большинства обследованных обнаружено чрезмерное напряжение обоих отделов ВНС, а также дисбаланс между ними.

По-видимому, состояние психоэмоционального напряжения в период обострения ЯБ ДПК проявляется вначале относительным увеличением сегментарных симпатических влияний. По мере истощения симпатoadренальной активности ВОД осуществляется все в большей степени за счет церебральных эрготропных и гуморально-метаболических влияний. Курсовая СКЭНАР-терапия привела к нормализации исходно извращенной (асимпатикотонической) вегетативной реактивности, при этом исходно нормальные и гиперсимпатикотонические показатели вегетативной реактивности не изменились.

Наблюдалась положительная динамика в отношении исходно измененных показателей ортостатической пробы. Так, после лечения достоверно увеличились коэффициент реакции (Кр) ортостатической пробы и коэффициент К 30:15, отражающие функциональное состояние парасимпатического отдела ВНС.

В процессе лечения с применением метода СКЭНАР-терапии произошло уменьшение напряжения регуляторных механизмов и снизилась активность центрального контура регуляции сердечного ритма. Это нашло отражение в увеличении общей спектральной мощности, преимущественно за счет высокочастотного компонента (HF). Кроме того, почти в 2 раза уменьшились амплитуда и процентный вклад волн VLF, что коррелировало со снижением эмоциональной напряженности и тревоги ($r=0,58$). Используемая трансцеребральная методика, обладая нейротропной направленностью действия, оказалась более эффективной, по сравнению с традиционным воздействием на эпигастральную область, в отношении ее влияния на показатели вегетативного статуса ($p<0,05$).

Вывод

В механизмах лечебного действия СКЭНАР-терапии при рецидиве ЯБ ДПК, вероятно, имеет значение ее способность уменьшать степень вегетативных нарушений, тем самым, оказывая воздействие на общие механизмы адаптивной регуляции и саморегуляции гастродуоденальной зоны.