

УДК 616.32/33-053.5-039.34

ИНТЕГРАТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Г.В. Кокуркин, В.П. Акимова,

ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет», г. Чебоксары

Кокуркин Геннадий Васильевич – e-mail: G.Kokurkin@mail.ru

Результаты исследования функционального состояния вегетативной нервной системы у 120 подростков с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта выявили изменения вегетативной нервной системы. Отмечено расстройство механизмов вегетативного регулирования, неадекватность вегетативных реакций жизнеобеспечения, все это способствует формированию у подростков с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта синдрома вегетативной дистонии. Для коррекции синдрома вегетативной дистонии нами использовано интегративно-восстановительное лечение. Использование данного способа лечения ускорило регенеративные процессы гастродуоденальной области и способствовало улучшению качества жизни подростков с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта.

Ключевые слова: вегетативная, интегративно-восстановительное лечение, дистония, кардиоинтервалография, фиброэзофагогастродуоденоскопия, ортостатическая, клиностатическая, парасимпатическая, симпатическая, интроверсия, экстраверсия, центроверсия.

Results of research of a functional condition vegetative nervous system of 120 teenagers with diseases of the upper departments of a digestive path, have revealed changes of vegetative nervous system. Is noted disorder of mechanisms vegetative regulation, inadequacy of vegetative reactions of the life supporting, all this promotes to formation at teenagers with diseases of the upper departments of a digestive path syndrome of a vegetative dystonia. For corection syndrome of vegetative dystonia we use integrative-regenerative treatment. Use of the given way of treatment has accelerated regenerative processes of gastroduodenal area and promoted to improvement teenagers life quality with diseases of the upper departments of a digestive path.

Key words: vegetative, integrative-regenerative treatment, dystonia, cardiointervalografia, fibroezofagogastroduodenoscopy, ortostatical, clinical, parasymphatical, simpatical, introversion, exstraversion, centroversion.

Введение

Заболевания верхних отделов пищеварительного тракта занимают большое место в структуре патологии ЖКТ [1–9], составляя от 110 до 436,7 на 1000 детского населения [10, 11]. Очевиден рост этого заболевания, хронизация процесса с увеличением тяжести обострений, с переходом в язвенную болезнь [4, 5, 7, 9–15].

С нарастанием социальной нестабильности повышаются требования к адаптивным возможностям человека. Состояние срыва адаптации включает в себя многообразные проявления предболезни или начальной формы различных заболеваний [11, 16–19]. Вегетативная нервная система, выполняя регуляторную функцию, определяет уровень адаптации как органной, так и всего организма в целом. Одним из наиболее часто встречающихся синдромов дезадаптации является синдром вегетативной дистонии [4, 5, 19–25].

Вегетативные нарушения, будучи полиморфными, встречаются преимущественно в молодом возрасте у наи-

более активной части населения и определяют необходимость поиска решений диагностики, лечения и профилактики синдрома вегетативной дистонии [4–6, 11, 13, 20–22, 24, 25].

Вопросы комплексной терапии заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта продолжают оставаться актуальными, что, прежде всего, объясняется отсутствием в ряде случаев достаточного ее эффекта [11]. У подростков эта проблема усугубляется противопоказанием к применению большинства препаратов, используемых в гастроэнтерологии. Это определяет необходимость поиска новых методов лечения этого контингента больных.

Цель исследования: разработать дифференцированную схему интегративно-восстановительного лечения подростков с заболеваниями верхних отделов пищеварительной системы с учетом особенностей психовегетативных расстройств разными типами психосоматической конституции.

Материалы и методы

Состояние вегетативной нервной системы изучено у 120 подростков с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта (ЗВОПТ) (гастрит, дуоденит, язвенная болезнь 12-перстной кишки). Среди обследованных подростков было 70 (58,3%) мальчиков и 50 (41,7%) девочек в возрасте 14–18 лет. Средний возраст подростков составил $16,1 \pm 2,5$ года. Давность заболевания больных варьировала от нескольких месяцев до 9 лет. Средняя продолжительность заболевания составила $5,7 \pm 2,1$ года. Диагноз выставлялся коллегиально гастроэнтерологами и неврологами.

Подростки в зависимости от способа лечения были распределены на 4 группы, сопоставимые по возрасту, полу и клиническим проявлениям. 90 подростков 1-, 2-, 3-й групп (основная группа) получали интегративно-восстановительное лечение. 30 больных 4-й группы (контрольная) получали общепринятый комплекс лечения (Н-2 блокаторы, ингибиторы протонной помпы, витамины, ЛФК, массаж).

Клиническое обследование проводилось с учетом диагностической программы для подростков с заболеваниями пищеварительной системы. Сбор анамнеза осуществлялся путем анкетирования родителей и анализа медицинской документации. Для установления субъективной выраженности клинических симптомов (тошнота, изжога, метеоризм, рвота, боли в животе, нарушения стула) у подростков нами разработана анкета.

Проведено комплексное психофизиологическое исследование, которое включало гастроэнтерологическое и вегетологическое обследования с использованием традиционных параклинических методов. Состояние вегетативной нервной системы (ВНС) оценивали по результатам исследования вегетативной регуляции в трех измерениях: исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения различных форм деятельности. Интегративный показатель состояния вегетативной нервной системы у подростков изучали методом вариационной кардиоинтервалографии. Для характеристики психоэмоциональной сферы подростков оценивали уровень тревожности (тест Спилбергера); определение уровня экстраинтраверсии проводилось по тесту Айзенка. Выполнены фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) на аппарате «Олимпус Р 20»; определена кислотообразующая функция желудка методом хромоскопии; проведен дыхательный «хелик-тест» для выявления хеликобактериоза.

Для статистической обработки данных применялись стандартные методы описательной и вариационной статистики с использованием простого и множественного линейного регрессионного анализа с помощью программы «Statistica 6» (StatSoft, USA, 2001).

Результаты и их обсуждение

Среди факторов риска ЗВОПТ у подростков наиболее часто встречались: наследственная отягощенность по заболеваниям органов пищеварения – 76,3%, аллергический дерматит в анамнезе – 59,7%, перенесенные пищевые отравления и острые кишечные инфекции неясной этиологии – 39,1%, ранний перевод на искусственное вскармливание – 41,5%, перинатальное поражение ЦНС – 50,0%, дисбактериоз кишечника – 43,3%.

По результатам ФЭГДС установлено, что у 43 (35,8%) подростков был распространенный поверхностный гастрит, из

них у 7 имелись мелкие эрозии желудка. Явление дуоденита с гиперемией слизистой отмечено у 46 (38,3%) подростка. Язвенные дефекты слизистой оболочки 12-перстной кишки обнаружены у 31 (25,8%), из них у 11 выявлены мелкие эрозии луковицы.

У обследованных доминировали следующие жалобы: боль в эпигастриальной области (85,9%), тошнота (39%), метеоризм (35,7%) и диспепсические нарушения (23,5%).

Хеликобактериоз был обнаружен у 73,3% подростков с ЗВОПТ.

Для выяснения особенностей развития и проявлений ЗВОПТ с учетом типа психосоматической конституции все подростки разделены на экстравертов, центровертов и интровертов согласно подходу, предложенному И.Е. Бобошко (2000).

У интровертов выявлены наиболее выраженные изменения в области верхних отделов пищеварительного тракта, которые характеризовались преобладанием язвенной болезни 12-перстной кишки, эрозивными изменениями и диффузным распространением, с вовлечением в процесс нескольких отделов пищеварительной системы.

Экстраверты отличались от интровертов тем, что течение ЗВОПТ у них характеризовалось менее выраженной тяжестью, хроническим гастродуоденитом, в отдельных случаях имелись эрозии 12-перстной кишки.

Наиболее легкое течение ЗВОПТ отмечено у центровертов, для них были характерны поверхностные гастриты и дуодениты.

Раннее возникновение заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта отмечено у интровертов, а наиболее позднее – у центровертов. У 71,2% интровертов «стаж» составляет от 2 до 9 лет, а у экстравертов и центровертов составляет от нескольких месяцев и до 2 лет.

Жалобы подростков разных конституциональных типов с ЗВОПТ несколько отличались. Интроверты наиболее часто жаловались на тошноту (57,9%), снижение аппетита (69,5%), у них преобладал спастический вариант запоров (31,3%). У экстравертов был выражен болевой синдром (73,4%), а центровертов чаще беспокоили метеоризм и дискомфорт в животе (47,5%).

Отличия выявлены и в нарушении кислотности. У интровертов обнаружены наибольшие значения кислотности желудочного сока, и у большинства из них (87,7%) выявлено инфицирование хеликобактериозом пилорического отдела. У экстравертов установлены умеренные изменения кислотности, при этом наличие хеликобактериозной инфекции выявлено у 49,5% подростков. У центровертов кислотность и частота хеликобактериоза были наименьшими (17,3%).

Функциональное состояние ВНС изучено у 67 подростков ЗВОПТ. Полученные данные сопоставили с результатами контрольных исследований (10 чел.). При обследовании детей преобладание парасимпатических проявлений в исходном вегетативном тоне было выявлено у 43 из них. У 24 отмечена эйтония, то есть состояние, при котором парасимпатические и симпатические влияния относительно уравновешены. Исходный вегетативный тонус сердечно-сосудистой системы, по данным индекса Кердо, имел парасимпатическую направленность ($ВИ = -22,9 \pm 1,37$ ед.) и достоверно ($p < 0,01$) отличался от здоровых испытуемых ($ВИ = -0,7 \pm 0,01$). У подростков ЗВОПТ отметили низкие (относительно здоровых $2663,7 \pm 106,71$ мл) показатели МОК

(2432,1±103,37 мл), что также свидетельствовало о преобладании парасимпатических влияний в вегетативной регуляции. Индекс МОК (0,75±0,02) у подростков ЗВОПТ существенно не отличался от показателей (0,80±0,01) здоровых испытуемых.

Вегетативная реактивность с помощью рефлекса Даныни-Ашнера изучена у 67 подростков ЗВОПТ. При этом у 36 (53,7%) она была снижена, отмечено небольшое замедление ЧСС соответственно на -1,07 в мин. ($p<0,01$) по сравнению с контрольной группой (-3,3±0,95 в мин.); у 8 (11,9%) – повышена, у 23 (34,3%) – в пределах нормы.

Оценка вегетативного обеспечения деятельности с помощью ортостатической пробы дала следующие результаты: неадекватное вегетативное обеспечение – у 12 (17,9%) подростков ЗВОПТ, избыточное вегетативное обеспечение – у 23 (34,3%), реакция в пределах нормы – у 32 (47,8%).

Данные клиностатической пробы показывают, что у 14 (20,9%) подростков ЗВОПТ отмечено недостаточное вегетативное обеспечение, избыточное вегетативное обеспечение – у 31 (46,3%), реакции в пределах нормы – у 22 (32,8%). У большинства подростков выявлено избыточное вегетативное обеспечение физической деятельности.

У подростков ЗВОПТ при изучении вегетативного обеспечения физической деятельности с помощью орто- и клиностатических проб выявлен срыв адаптационно-компенсаторных возможностей мозга (высокие значения ИН – индекс напряжения), прежде всего, за счет эрготропной активности (высокие значения АМо – амплитуда моды).

Таким образом, у подростков ЗВОПТ с разным типом психосоматической конституции формируется синдром вегетативной дистонии.

Результаты исследования уровня тревожности по шкалам Спилбергера свидетельствуют о довольно высоких показателях как личностной (здоровые – 36,7±0,51, больные – 40,9±0,73; $p<0,01$) так и реактивной тревожности (здоровые – 37,5±0,77, больные – 41,5±0,75; $p<0,01$) подростков ЗВОПТ.

Таким образом, результаты экспериментально-психологического исследования объективно и достоверно подтверждают наличие у подростков ЗВОПТ с разным типом психосоматической конституции невротических расстройств.

В зависимости от проводимой терапии подростки разделены на 4 группы:

1-я группа – леченые аппаратами ДИА ДЭНС-ПКМ и местно ДЭНАС;

2-я группа – леченые полупроводниковым лазером, чередуя с аппаратом ДИА ДЭНС-ПКМ, и местно аппаратом ДЭНАС;

3-я группа – леченые серебряными иглами, чередуя с аппаратом ДИА ДЭНС-ПКМ, и местно аппаратом ДЭНАС;

4-я группа (сравнения) – леченые с медикаментозной терапией.

После 3–4 сеансов у подростков улучшились настроение, ночной сон, уменьшились явления эмоциональной неустойчивости. Параллельно отмечался регресс гастралгических, диспепсических симптомов и нормализация вегетативных показателей.

Отмечена тенденция к нормализации индекса Кердо (ВИ = -15,7±1,197 ед.) и достоверно $p<0,01$, хотя он и сохранял отрицательное значение. В пробе Ашнера под влиянием лечения количество случаев нормальных реакций возросло в 2,3–3,9 раза.

После курса интегративно-восстановительного лечения исходный вегетативный тонус (по данным комбинированной таблицы) продемонстрировал уменьшение парасимпатических влияний с 56,5±0,67 до 51,1±0,85 ($p<0,01$).

С помощью ортостатической пробы была установлена нормализация вегетативного обеспечения деятельности у большинства подростков. Данные клиностатической пробы также показывают нормализацию вегетативного обеспечения деятельности у подростков. После курса интегративно-восстановительного лечения примерно у половины подростков получена положительная динамика ряда вегетативных клинических показателей.

При нейропсихологическом тестировании (Спилбергера) после курса лечения отмечено уменьшение величины как личностной (до лечения – 40,9±0,73, после лечения – 37,5±0,71; $p<0,01$), так и реактивной тревожности (до лечения – 41,5±0,75, после лечения – 38,3±0,75; $p<0,01$).

По данным динамики эндоскопических показателей у подростков ЗВОПТ, леченых интегративно-восстановительной терапией, регенерация слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки отмечена у 93,3%, а в контрольной группе – у 71,4%.

Выводы

1. Наибольшая тяжесть заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта была свойственна подросткам-интровертам, с преобладанием у них язвенной болезни 12-перстной кишки, эрозий желудка и луковицы 12-перстной кишки, частым инфицированием *Helicobacter pylori* и наибольшими значениями уровня кислотности, а также диффузным распространением и поражением нескольких отделов пищеварительной системы. У экстравертов отмечена меньшая тяжесть данной патологии, у них часто выявлялся гипертрофический гастродуоденит, а для центровертов было характерно наиболее легкое течение этих заболеваний с преобладанием поверхностных форм гастритов и дуоденитов.

2. Использование дифференцированной схемы интегративно-восстановительного лечения подростков с заболеваниями верхних отделов пищеварительной системы с учетом особенностей психовегетативных расстройств разными типами психосоматической конституции способствует нормализации синдрома вегетативной дистонии и ускорению процессов репарации слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.



ЛИТЕРАТУРА

1. Ахметова Р.А. Клинические особенности течения хронических заболеваний органов пищеварения у детей и подростков с лямблиозом. Материалы XIV конгресса детских гастроэнтерологов России. М. 2007. С. 246-248.
2. Баранов А. А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты. Вестник РАМН. 1999. № 3. С. 40-44.
3. Баранов А.А., Щербаков П.Л. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии. Вопросы современной педиатрии. 2002. № 1. С. 1-12.
4. Баранов А.А., Щербаков П.Л., Чемоданов В.В. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Избранные лекции по педиатрии. /Под ред. А.А. Баранова. М.: Издательский дом «Династия», 2005. С. 283-313.
5. Баранов А.А., Намазова Л.С. Эффективность методов альтернативной терапии у детей. Педиатрическая фармакология. 2007. № 4. С. 37-41.
6. Васильев Ю.В. Функциональная диспепсия. Лечащий врач. 2007. № 1. С. 50-56.
7. Галова Е.А. Морфологические особенности хронического гастродуоденита у детей дошкольного возраста по данным фиброгастродуоденоскопии.

Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России. /Под общей ред. В.А. Таболина. М.: «МЕДПРАКТИКА – М», 2007. С. 147-148.

8. Ignus I. Evaluation of treatment efficacy in gastritis and duodenitis in children with *Helicobacter pylori* infection. *Pediatr.-Pol.* 1995. № 6. P. 59-65.

9. Mera R. Logterm follow up of patients treated for *Helicobacter pylori* infection. *Gut.* 2005. № 54-10. P. 1536-1540.

10. Избранные лекции по педиатрии. Под ред. А.А. Баранова, Р.Р. Шиляева, Б.С. Каганова. М.: Издательский Дом «Династия», 2005. С. 283-312.

11. Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние и прогноз здоровья школьников (итоги 40-летнего наблюдения). *Российский педиатрич. журнал.* 2007. № 1. С. 53-57.

12. Волков А.И., Усанова Е.П. Региональные особенности, эпидемиология и пути снижения гастроэнтерологической заболеваемости у детей (текст). *Российский педиатрический журнал.* 2000. № 2. С. 61-63.

13. Дмитриева Н. В. Полиметрический анализ вегетативного статуса человека при развитии стресса. *Вестник РАМН.* 1995. № 11. С. 16-21.

14. Chelimshy G., Czin S.V. *Helicobacter pylori* infection in children: update. *Curr. Opin.Pediatr.* 2000. Oct. № 12 (5). P. 460-462.

15. Moayyedi P. Effect of population screening and treatment for *Helicobacter pylori* on dyspepsia and quality of life in the community: a randomized controlled trial. *Lancet.* 2000. № 355. P. 1665-1669.

16. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М. 1975. С. 447.

17. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. М. 1984. С. 220.

18. Назарова Е.В., Кузмичев Ю.Г., Авдеева Н.В. и др. Особенности гастроэнтерологической патологии у детей и пути оптимизации гастроэнтерологической помощи. *Здравоохранение Российской Федерации.* 2006. № 1. С. 32-34.

19. Нормальная физиология: Курс физиологии функциональных систем. Под ред. К.В.Судакова. М.: Медицинское информационное агентство, 1999. 718 с.

20. Авдеева Н.В. Особенности вегетативного статуса у детей дошкольного возраста с гастроэнтерологическими заболеваниями. *Вопросы современной педиатрии.* 2006. № 5-1. 687 с.

21. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика. Под ред. А.М.Вейна. М.: Медицинское информационное агентство, 2000. 752 с.

22. Вейн А.М. Синдром вегетативной дистонии. *Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова.* 1989. № 89-10. С. 13-19.

23. Жданова Л.А., Юхименко Ж.В., Салова М.Н. и др. Нейросоматический подход к реабилитации детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта. *Вестник Ивановской медицинской академии.* 2009. № 14-3. С. 18-21.

24. Кокуркин Г.В. Вегетативные расстройства в клинике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и их пунктурная рефлексотерапия. *Журн. невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова.* 1992. № 5-12. С. 9-10.

25. Кокуркин Г.В. Рефлексотерапия в гастроэнтерологии. Монография. 3-е изд., перераб. и доп. Чебоксары. 2003. 404 с.