

В.В. Антонян

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

Проведена сравнительная оценка особенностей вегетативной нервной системы (ВНС) у больных язвенной болезнью желудка и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Больные обследовались по единой программе, включающей клинические, эндоскопические, электрогастрографические, рентгенологические, доплерографические методы. Результаты исследования показали, что любой вид вегетативного дисбаланса может влиять на течение ЯБ. Многообразие вегетативных реакций свидетельствует о патогенетической роли ВНС при ЯБ.

Ключевые слова: язвенная болезнь, вегетативная нервная система, хеликобактериоз, кардиоритмография.

V.V. Antonyan

THE PECULIARITIES OF VEGETATIVE NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH ULCER DISEASE OF STOMACH AND DUODENAL INTESTINE

The comparative characteristic of peculiarities of vegetative nervous system among patients with ulcer disease of stomach and duodenal intestine was made. The patients were examined according to unique program including clinical, endoscopic, electrogastrographic, roentgenologic, doppler-graphic methods. The results of investigation showed that any kind of disbalance in vegetative system could influence the course of ulcer disease (UD). The variety of vegetative reactions prove the pathogenetic role of vegetative nervous system (VNS) in case of ulcer disease (UD).

Key words: ulcer disease, vegetative nervous system, helicobacteriosis, cardiorhythmography.

В настоящее время для оценки вегетативного статуса организма, помимо рекомендаций А.М. Вейна [9] (с помощью которых по клиническим симптомам и функциональным пробам оценивается вегетативный тонус, вегетативная реактивность и вегетативная обеспеченность), применяется метод кардиоритмографии, основанный на анализе структуры синусового сердечного ритма, что открывает возможность к дальнейшему изучению этой проблемы. Nomura M. с соавт. [23] оценивали связь между изменчивостью частоты сердечных сокращений и инфекцией *Helicobacter pylori* (НР). Функцию вегетативной нервной системы (ВНС) изучали с помощью суточного мониторинга ЭКГ по Холтеру. Авторы пришли к выводу, что дисфункция ВНС так же, как и инфекция НР, является необходимым условием для образования хронической пептической язвы.

Любой вид вегетативного дисбаланса может оказывать пусковое влияние на возникновение рецидива язвенной болезни (ЯБ) [6, 7, 15]. При этом «ваготония» способствует усилению агрессии, а «симпатикотония» – нарушению микроциркуляции, снижению секреции слизи и бикарбонатов [1, 8, 13]. ВНС является связующим звеном между психикой и соматикой [9, 10, 11, 14, 16, 18, 19].

Учитывая противоречивость литературных данных по поводу нарушений вегетативной регуляции при ЯБ [4, 5, 12, 24], возникает необходимость дальнейшего изучения этой проблемы с помощью объективных методов исследования, а именно применением метода кардиоритмографии.

ЯБ с ее высокой частотой рецидивирования представляет собой в настоящее время важную научную и практическую проблему, связанную с ее лечением. Выяснение патогенеза ЯБ было и остается предметом интенсивных исследований [17, 21, 22]. Поэтому

разностороннее изучение физиологических процессов у больных ЯБ, регулируемых нервной системой, с помощью современных объективных методов исследования является актуальным.

Цель работы. Провести сравнительную оценку особенностей вегетативной нервной системы у больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), применяя объективный метод диагностики – кардиоритмографию.

Материал и методы. Исследование состояния тонуса ВНС было проведено у 40 больных ЯБЖ, у 36 больных ЯБДК и у 30 здоровых людей (контрольная группа) с помощью кардиоритмографического метода и определения индекса Кердо (ИК) по формуле: $ИК = (1 - ДАД/ЧСС) \times 100$, где ДАД – диастолическое артериальное давление, ЧСС – частота сердечных сокращений.

Кардиоритмографическое исследование реализовывалось на базе диагностической системы «Валента». Построение кардиоритмограммы (КРГ) осуществлялось по записи второго стандартного отведения ЭКГ. Записывалось 200 кардиоинтервалов. Проводился автоматический анализ и определение показателей моды (M_0). Она характеризует доминирование симпатического или парасимпатического отдела ВНС. Определялся индекс напряжения (ИН), который зависит от степени вовлеченности всех регулирующих систем и индекс вегетативного равновесия (ИВР), отражающий преимущественно активность симпатического отдела ВНС. Участие парасимпатической нервной системы в регуляции сердечного ритма определялось по замедлению ритма, увеличению аритмии, появлению дыхательной аритмии на пневмограммах, на ритмограммах – увеличению мощности быстрых волн, выявлению «горба» на графике частотного спектра в области высоких частот. Участие симпатической нервной системы определялось по увеличению ЧСС, отсутствию на ритмограммах быстрых волн, превалированию медленных волн второго порядка, увеличению мощности медленных волн второго порядка на фоне увеличения ЧСС на графике частотного спектра, увеличению ЧСС на фоне ригидного синусового ритма.

Для выяснения реакции ВНС на внешние раздражители применялась кардиоритмографическая активная клиноортостатическая проба [3]. Анализ пробы строится на основании характера ритмограммы в смысле ее симпатической или вагусной направленности на первом и втором этапах исследования. Клинически вегетативную реактивность оценивали по глазосердечному и соляному рефлексам.

Для исследования психологических особенностей и субъективного восприятия пациентом вегетативной дисфункции использовался клинический опросник К.К. Яхина, Д.М. Менделевича [20].

Возраст исследуемых варьировал от 19 до 70 лет. Среди группы больных ЯБЖ мужчин было 30, женщин – 10. Впервые выявленная ЯБЖ наблюдалась у 25 больных, у 15 больных был длительный анамнез заболевания. Среди группы больных ЯБДК мужчин было 24, женщин – 12. Впервые выявленная ЯБ наблюдалась у 20 больных, у 16 больных был длительный анамнез заболевания. В контрольной группе мужчин – 20, женщин – 10.

Инфицированность НР определяли уреазным дыхательным тестом (ХЕЛИК-тест), а также определением суммарного титра антител к антигену CagA НР методом ИФА («ХеликоБест-антитела»).

Моторная деятельность желудка изучалась электрогастрографическим методом (аппаратом ЭГС-4М).

Радиоизотопная сцинтиграфия, заключающаяся в наружном детектировании последовательных изменений скорости счета над областью желудка после приема пациентом меченых пищевых веществ радиоактивным $^{113}\text{M In}$ и вычислении времени половинного и полного опорожнения желудка.

Исследование кислотопродуцирующей функции желудка проводилось с помощью внутрижелудочной РН-метрии микропроцессорным ацидогастрометром «АГМ-03».

Для изучения состояния микроциркуляции в зонах проекции желудка применялась лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ). Исследование кровотока производилось в эпигастральной области и на ладонной поверхности кисти. Состояние микроциркуляции характеризовалось следующими параметрами: показатель микроциркуляции (М), отражающий уровень базального кровотока; его среднеквадратическое отклонение (δ), характеризующее временную изменчивость, колеблемость потока эритроцитов (флакс); частотные характеристики микроциркуляции.

Результаты. При обследовании пациентов суммарный титр антител (М, G, А) к антигену СаgА НР выявлялся в 70% случаев (28 человек) в группе больных ЯБЖ и в 80,5% случаев (29 человек) в группе больных ЯБДК. В контрольной группе суммарный титр антител выявлялся у 20% (6 человек). Данные по уреазному дыхательному тесту совпадали с данными иммуноферментного анализа. Инфицированность НР чаще наблюдалась при ЯБДК.

При исследовании тонуса ВНС по данным ИК и в результате кардиоритмографического исследования установлено, что в контрольной группе у 66,6% (20 человек) наблюдалась эйтония, у 13,3% (4 человека) – умеренная симпатикотония, у 20% (6 человек) – ваготония. В группе больных ЯБЖ чаще наблюдались отклонения вегетативного равновесия. Так, преобладание симпатического отдела ВНС установлено у 65% (26 больных), у 25% (10 больных) преобладание парасимпатического отдела ВНС, у 10% (4 больных) – эйтония. В группе больных ЯБДК преобладание симпатического отдела ВНС установлено у 50% (18 больных), у 33,3% (12 больных) – парасимпатического отдела ВНС, у 16,6% (6 больных) – эйтония. Данные ИК и показатели кардиоритмограмм совпадали, что позволяет уверенно определить преобладание тонуса того или иного отдела ВНС. Однако ИК не дает возможность оценить вегетативную реактивность и выделить функциональные классы при проведении кардиоритмографических проб.

Имеется связь между состоянием ВНС, клинической картиной и течением заболевания. Проведенные исследования показали, что вегетативная дистония и инфицированность НР достоверно чаще встречаются при ЯБЖ и при ЯБДК, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). Вегетативная дистония чаще наблюдалась при ЯБЖ, причем симпатикотония чаще наблюдается при ЯБЖ (65%), а преобладание парасимпатического отдела ВНС – при ЯБДК (33,3%). Вегетативный дисбаланс чаще обнаруживался во время обострения заболевания (85% при ЯБЖ, 83,3% при ЯБДК).

Симпатикотония преимущественно наблюдается у пациентов с коротким анамнезом заболевания (у больных ЯБЖ 80%, ЯБДК 83,3%), что указывает на сохраненные адаптационные способности организма. При благоприятном течении заболевания симпатический дисбаланс быстро приходил в состояние эйтонии, и язвы быстро рубцевались, что указывает на адекватные адаптационные способности организма. При снижении адаптационных способностей развивается стойкая симпатикотония, которая компенсаторно сменяется системной ваготонией. Парасимпатикотония в большей мере характерна для пациентов с более длительным язвенным анамнезом, с осложненным течением заболевания (у больных ЯБЖ 53,3%, ЯБДК 75%). В клинических исследованиях больные ЯБЖ и ЯБДК молодого возраста в значительном числе случаев (мужчины 92,5%, женщины 85,3%) связывали начало и обострение заболевания со стрессовыми ситуациями. При исследовании ВНС у них отмечался симпатический дисбаланс ВНС. Существенной разницы в состоянии тонуса ВНС по полу не наблюдалось. При преобладании тонуса симпатического отдела ВНС чаще наблюдался болевой синдром, нарушение моторики желудка, тошнота. При ваготонии чаще наблюдалась изжога, гиперацидное состояние.

У больных ЯБЖ нормальный тип вегетативной реактивности (замедление ЧСС на 4-10 в минуту по глазосердечному рефлексу и на 4-12 в минуту по соляному рефлексу) был зарегистрирован у 10 обследуемых (25%), реактивность по парасимпатическому типу (замедление ЧСС свыше 10 в минуту по глазосердечному рефлексу и свыше 12 в минуту по

солярному рефлексу) отмечалась у 6 человек (15%), по симпатическому типу (ЧСС в пробах не уменьшалась или увеличивалась) – у 24 больных (60%).

У больных ЯБДК нормальный тип реактивности был зарегистрирован у 10 обследуемых (27,7%), реактивность по парасимпатическому типу отмечалась у 6 человек (16,6%), по симпатическому типу – у 20 больных (55,5%).

При проведении активной клиноортостатической пробы у больных ЯБЖ были получены следующие результаты: нормальная реакция наблюдалась у 10 (25%) больных, асимпатикотоническая реактивность – у 6 (15%), гиперсимпатикотоническая (ИН более 90 усл. ед.) – у 24 (60%) больных. У больных ЯБДК нормальная реакция наблюдалась у 10 (27,7%) больных, асимпатикотоническая реактивность – у 6 (16,6%), гиперсимпатикотоническая – у 20 (55,5%) больных. Общим для обеих групп была неадекватно выраженная симпатическая реакция в ортостазе. Степень перенапряжения симпатического отдела ВНС при определении вегетативной реактивности наиболее была выражена при ЯБЖ, что говорит о мобилизации защитных механизмов и увеличении адренергических влияний на метаболические процессы.

В контрольной группе вегетативная реактивность во всех случаях была нормальной, выделялись нормальный симпатический (19 человек, 63,3%) и нормальный парасимпатический (11 человек, 36,6%) типы вегетативных соотношений. Усиленный симпатический, усиленный парасимпатический, а также парадоксальный типы у здоровых лиц не наблюдались.

Вегетативное обеспечение у 10 (25%) больных ЯБЖ расценено как достаточное (кратковременное повышение систолического АД на 20 мм рт.ст. и меньше, переходящее повышение ЧСС до 30 в минуту), у 22 (55%) – как избыточное (подъем систолического АД больше чем на 20 мм рт.ст., увеличение ЧСС при вставании больного на 30 в минуту), у 8 (20%) – дефицит вегетативного обеспечения (снижение систолического АД больше, чем на 15-20 мм рт.ст., либо изолированное снижение диастолического АД). Вегетативное обеспечение у 12 (33,3%) пациентов ЯБДК расценено как достаточное, у 16 (44,4%) – как избыточное, у 8 (22,2%) – дефицит вегетативного обеспечения. Таким образом, у больных ЯБДК в 66,6%, а у больных ЯБЖ в 75% случаев имело место нарушение вегетативного обеспечения. В контрольной группе вегетативное обеспечение было достаточным ($p < 0,001$). Нарушения вегетативного обеспечения говорят о дисбалансе в функционировании ВНС при нагрузках у больных ЯБ.

Таблица 1

Показатели микроциркуляции по данным ЛДФ-граммы (М – перфузионные единицы)

Эпигастральная область					Ладонная поверхность кисти			
Здоровые	Больные ЯБ	Симпатикотония	Ваготония	Эйтония	Здоровые	Симпатикотония	Ваготония	Эйтония
(n=30) 6,624± ±0,924	ЯБДК (n=36)	(n=18) 2,279±0,227	(n=12) 4,133±0,249	(n=6) 6,104±0,911	(n=30) 11,658± ±2,701	(n=18) 8,927±2,601	(n=12) 9,323±1,75	(n=6) 10,757±1,717
	ЯБЖ (n=40)	(n=26) 2,279±0,225	(n=10) 4,121±0,250	(n=4) 6,124±0,923		(n=26) 8,923±2,522	(n=10) 9,318±1,32	(n=4) 10,633±1,811

Имелись особенности микроциркуляции в зависимости от вегетативного тонуса (табл. 1). Больные с симпатoadреналовым типом вегетативного тонуса имеют более низкие значения базального кровотока, чем при ваготонии и эйтонии, что согласуется с литературными данными о том, что симпатикотония в большей степени способствует нарушению микроциркуляции, чем ваготония [2]. У больных ЯБЖ показатели микроциркуляции были значительно ниже, чем в контрольной группе и ниже, чем у больных ЯБДК.

При исследовании моторной функции желудка у больных ЯБ нормокINETический тип моторики наблюдался у 6 больных, гипокINETический тип – у 16, гиперкинез – у 14. У больных ЯБЖ нормокINETический тип моторики наблюдался у 6 больных, гипокINETический тип – у 22, гиперкинез – у 12 (табл. 2). При гипермоторике желудка отмечено преобладание парасимпатического отдела ВНС (83,3% у больных ЯБДК, 90% у больных ЯБЖ), что объясняется повышенным высвобождением ацетилхолина, приводящего к усилению двигательной активности желудка. При гипомоторике отмечено преобладание симпатического отдела ВНС (72,2% у больных ЯБДК, 77% у больных ЯБЖ). Гипомоторика желудка у больных с симпатикотонией способствует задержке кислого содержимого и создает условия для кислотно-пептического повреждения слизистой оболочки. Равновесие между отделами ВНС (эйтония) характерно для нормомоторики желудка (табл. 3).

Таблица 2

Показатели моторной функции желудка в зависимости от локализации язвы

Данные ЭГГ M±m (в мВ)	НормокИнез 0,23±0,009	ГипокИнез 0,13±0,005	Гиперкинез 0,35±0,007
ЯБДК (n=36)	6 (16,6%)	16 (44,4%)	14 (38,9%)
ЯБЖ (n=40)	6 (15%)	22 (55%)	12 (30%)

Таблица 3

Моторика желудка в зависимости от состояния ВНС

Данные ЭГГ (в мВ)	Больные ЯБДК (n=36)			Данные ЭГГ (в мВ)	Больные ЯБЖ (n=40)		
	Эйтония (n = 6)	Симпатикотония (n = 18)	Ваготония (n = 12)		Эйтония (n = 4)	Симпатикотония (n = 26)	Ваготония (n = 10)
НормокИнез (n = 6)	6 (100%)	-	-	НормокИнез (n = 6)	2 (50%)	3 (11,5%)	1 (10%)
ГипокИнез (n = 16)		13 (72,2%)	3	ГипокИнез (n = 22)	2 (50%)	20 (77%)	-
Гиперкинез (n = 14)		2	10 (83,3%)	Гиперкинез (n = 12)		3 (11,5%)	9 (90%)

У больных с гиперсимпатикотонией чаще наблюдались сфинктерные нарушения. При сцинтиграфическом исследовании эвакуаторной функции у 64,7% больных ЯБДК и у 62,5% больных ЯБЖ эвакуация была замедлена. Результаты исследования показали, что моторная функция гастродуоденального комплекса была нарушена практически у всех обследованных больных ЯБ (как ваготоников, так и симпатотоников). Таким образом, симпатикотония так же, как и ваготония, нарушая моторику, способствует язвообразованию, а согласованная, координированная деятельность парасимпатического и симпатического звеньев нервной регуляции (в случае эйтонии) создает условия для нормальной перистальтики. Двигательные нарушения гастродуоденальной зоны создают условия для кислотно-пептического повреждения слизистой оболочки (табл. 4).

Усиление кислотности желудочного сока с наибольшими изменениями обнаружено у ваготоников (91,6% у больных ЯБДК, 80% у больных ЯБЖ). При симпатикотонии также отмечается высокий уровень кислотности у значительного количества больных ЯБДК – 50%, у больных ЯБЖ – 19,2% , что объясняется тоническим стимулирующим воздействием

β 2-рецепторов симпатической нервной системы на секрецию соляной кислоты и пепсина. Кислотопродукция у больных ЯБЖ часто была недостаточна (42,3%).

ВНС является связующим звеном между психикой и соматикой. Проведено исследование тревожности, депрессии, субъективного восприятия пациентами вегетативных нарушений с использованием соответствующих шкал опросника для выявления невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. Показатели, представленные в таблице 5, имеют патологические изменения по всем шкалам в группе больных ЯБДК и ЯБЖ. Наличие стресса у пациентов, страдающих ЯБ, сочеталось с повышенной тревожностью. В контрольной группе средние значения показателей соответствуют норме (более +1,28). Различия между группами статистически значимы ($p < 0,001$).

Таблица 4

**Показатели кислотности по данным РН-метрии
в зависимости от состояния ВНС**

Данные РН-метрии в луковице ДПК (пределы РН в норме 5,6-7,9); в антральном отделе (пределы РН в норме 1,6-7,2).	Больные ЯБДК (n=36)			Больные ЯБЖ (n=40)		
	Эйтония (n=6)	Ваготония (n=12)	Симпатикотония (n=18)	Эйтония (n=4)	Ваготония (n=10)	Симпатикотония (n=26)
Гиперацидность РН в луковице ДПК (2,6±0,25); РН в антральном отделе (0,9±0,1)	n=2 (33,3%)	n=11 (91,6%)	n=9 (50%)	n=1 (25%)	n=8 (80%)	n=5 (19,2%)
Нормацидность РН в луковице ДПК (4,5±0,4); РН в антральном отделе (1,6±0,4)	n=4 (66,6%)	n=1 (8,3%)	n=7 (38,8%)	n=3 (75%)	n=2 (20%)	n=10 (38,4%)
Гипоацидность РН в луковице ДПК (7,9±0,38); РН в антральном отделе (7,4±0,1)	-	-	n=2 (11,1%)	-	-	n=11 (42,3%)

Был проведен качественный анализ определения специфичности психологических изменений для пациентов с различными характеристиками вегетативных функций (таблица 6).

У пациентов с симпатикотонией патологические изменения по всем шкалам встречались чаще, чем у пациентов с ваготонией и эйтонией. 61,1% больных ЯБДК и 80% больных ЯБЖ имели патологические отклонения по шкале вегетативных нарушений опросника, что может быть использовано для разграничения особенностей нормального функционирования ВНС и ее болезненного изменения, требующего лечения. Патологические изменения по всем трем шкалам были наиболее выражены у больных ЯБЖ.

Обсуждение. Состояние ВНС у больных ЯБ имеет достоверные различия с таковым у здоровых лиц. В периоде обострения ЯБ и у лиц с недолгим анамнезом заболевания отмечается повышение тонуса симпатической нервной системы при нормальной или гиперсимпатической реактивности, что является прогностически благоприятным признаком и отражает достаточную активность адаптационно-компенсаторных механизмов организма. Под влиянием дисфункции ВНС возникают факторы, способствующие язвообразованию, такие как нарушения регионарного кровотока, моторики, кислотообразования в гастродуоденальной зоне, создающие условия для персистенции НР.

При ЯБЖ, помимо инфицированности НР, имеются выраженные нарушения в ВНС. Так, симпатoadреналовый тип ВНС встречается чаще (65 %), что, по данным ЛДФ, в большей степени нарушает микроциркуляцию слизистой оболочки. Симпатoadреналовый тип ВНС чаще наблюдается при обострении ЯБ (85% при ЯБЖ, 83,3% при ЯБДК). Кислотопродукция у больных ЯБЖ часто недостаточна (42,3%). Поэтому факторами, способствующими язвообразованию в желудке, в большей степени являются симпатoadреналовый тип вегетативной регуляции и гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность, ухудшающие процессы микроциркуляции и приводящие к гипомоторике желудка, что создает условия для кислотно-пептического повреждения слизистой оболочки и инфицированности НР. Усиление кислотности желудочного сока с наибольшими изменениями обнаружено у ваготоников (91,6% у больных ЯБДК, 80% у больных ЯБЖ).

При ЯБДК чаще наблюдается парасимпатический тип ВНС (33,3%), особенно у больных с длительным анамнезом заболевания и с осложненным течением (75%), что указывает на срыв адаптационных возможностей организма. Отмечается выраженное усиление кислотности и моторики желудка. У больных с коротким анамнезом заболевания, без осложнений отмечается симпатикотония (при ЯБЖ 80%, ЯБДК 83,3%). При благоприятном течении заболевания симпатический дисбаланс быстро приходил в состояние эйтонии, и язвы быстро рубцевались, что указывает на адекватные адаптационные способности организма. Важную роль здесь играет НР и нарушения микроциркуляции.

При снижении адаптационных способностей развивается стойкая симпатикотония и гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность, которая компенсаторно сменяется системной ваготонией. При избыточности симпатических воздействий компенсаторно усиливаются эфферентные влияния блуждающего нерва. Развивается вторичная ваготония. Поэтому парасимпатикотония в большей мере характерна для пациентов с более длительным язвенным анамнезом, с осложненным течением заболевания (у больных ЯБЖ 53,3%, ЯБДК 75%).

Таким образом, в развитии ЯБ большое значение имеет вегетативный дисбаланс и снижение адаптационных резервов организма. Хронические и острые стрессы, как причины снижения адаптации, способствуют нарушениям вегетативного тонуса. Нарушения вегетативного тонуса в сочетании с нарушениями микроциркуляции, инфицированностью НР, нарушением моторики и пищеварительной секреции снижают эффективность факторов защиты и способствуют язвообразованию. Инфекция НР, по-видимому, выступает в роли местного фактора, влияющего на слизистую оболочку и активизирующего факторы агрессии. Результаты исследования показали, что любой вид вегетативного дисбаланса может влиять на течение ЯБ. Многообразие вегетативных реакций свидетельствует о патогенетической роли ВНС при ЯБ, что определяет дифференцированный патогенетический подход к лечению ЯБ, включающий коррекцию вегетативных нарушений.

Выводы:

1. Проведенное исследование позволяет сделать заключение о том, что ЯБЖ и ЯБДК являются различными нозологическими формами.
2. Вегетативный дисбаланс является фактором риска формирования язвенной болезни.
3. Комплексная оценка вегетативного статуса, определение хеликобактериоза, РН-метрия, ЭГГ, ЛДФ, выявление невротических состояний дает возможность адекватно оценить симптомы ЯБ и провести коррекцию лечения с учетом нарушений тонуса ВНС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова В.А., Козлова И.П. Спорные и нерешенные вопросы хеликобактерной инфекции у детей // Лечащий врач. – 2002. – № 11. – С. 70-74.
2. Баранская Е.К. Патогенез язвенной болезни // Рос. мед. журн. – 2000. – № 2. – С. 29-35.
3. Березный Е.А., Рубин. А.М. Практическая кардиоритмография. – СПб.: НПП «Нео», 1999. – 144 с.

4. Бородин Д.С., Беляева Г.С. Дуоденогастральный рефлюкс и показатели вегетативного тонуса у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Гастробуллетень. Материалы 2-го Российского науч. форума. СПб., 2000. – № 1-2, прил. 1. – С. 13.
5. Бурма О.Б. Хронобиоритмологическая оценка вегетативной нервной системы у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с неблагоприятными течениями заболевания в зависимости от сроков рубцевания язвы // Язвенная болезнь желудка. – Краснодар, 1996. – С. 24-26.
6. Бутов М.А. Вегетативный дисбаланс и его коррекция при язвенной болезни // Российск. журн. гастроэнтерол., гепатол. – 1998. – № 5., прил. 5. – С. 18.
7. Бутов М.А. Об этиологии и патогенезе язвенной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 5. – С. 5-9.
8. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь // М.: Медицина, 1987. – 288 с.
9. Вейн А.М. Идеи «нервизма» в гастроэнтерологии // Российск. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1997. – № 3. – С. 38-45.
10. Волкова Т.А., Захарченко Д.И., Влияние типа вегетативного реагирования на характер гастродуоденальной патологии // Вопросы педиатрии. – Ярославль, 1995. – С. 74.
11. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Клиническая гастроэнтерология // М.: МИА., 2001. – 647 с.
12. Гриневиц В.Б., Успенский Ю.П., Шабанова Г.Ж. Особенности язвенной болезни, не связанной с *Helicobacter pylori* // Тер. архив. – 2002. – № 2. – С. 24-27.
13. Дудникова Э.В., Домбаян С.Х. Роль вегетативной нервной системы в патологии желудочно-кишечного тракта // Южно-Российский мед. журн. – 2001. – № 5-6. – С. 19-23.
14. Кокуева О.В., Корочанская Н.В. Сравнительная характеристика личностных особенностей больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Язвенная болезнь желудка. – Краснодар, 1996. – С. 69-71.
15. Коротько Г.Г., Фаустов Л.А. Функциональные и морфологические аспекты язвенной болезни – Краснодар, 2002. – 156 с.
16. Кравцова Т.Ю., Рыболовцев Е.В., Шутов А.А. Психовегетативный синдром у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и его коррекция магнитопунктурой переменным магнитным полем // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1993. – Т. 93., № 6. – С. 50-52.
17. Крылов Н.Н. Мифы и реалии современного учения о язвенной болезни // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 40.
18. Лазебник Л.Б., Арбузова В.Г., Соколова Г.Н. Роль стресса в этиопатогенезе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных молодого возраста // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002. – № 4. – С. 30-33.
19. Мальцев С.В., Волгина С.Я. Особенности психовегетативного состояния при хроническом гастродуодените у детей старшего возраста // Педиатрия. – 1996. – № 4. – С. 38-42.
20. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология – М.: МЕДпресс, 1999. – 592 с.
21. Циммерман Я.С., Михайловская Л.В., Циммерман И.Я. Актуальные вопросы патогенеза и лечения язвенной болезни желудка // Язвенная болезнь желудка. – Краснодар, 1996. – С. 159-160.
22. Чернов В.Н., Дурманов А.Г. К вопросу этиопатогенеза и лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 54-55.
23. Nomura M., Yukinaka M., Miyajima H. [et al.]. Is autonomic dysfunction a necessary condition for chronic peptic ulcer formation? // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2000. – Vol. 14, Suppl. 1 – P. 82-86.
24. Yukinaka M., Nomura M., Miyajima H. [et al.]. Evaluation of autonomic nervous function in patient with essential hypertension complicated with peptic ulcer // J-Gastroenterol-Hepatol. – 2000. – Vol. 15, № 1. – P. 40-44.

Антонян Виталина Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом ревматологии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 39-41-30, e-mail: agma@astranet.ru