

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ МАГНИТОПУНКТУРОЙ ПЕРЕМЕННЫМ МАГНИТНЫМ ПОЛЕМ

Т.Ю.Кравцова

Медицинский институт, Пермь

У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки обнаружены изменения адапционно-компенсаторных возможностей. Выявлено оптимизирующее влияние магнитопунктуры переменным магнитным полем на резервные возможности больных, что привело к более быстрому рубцеванию язвы.

В структуре язвенной болезни (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) особое место занимают психоэмоциональные и вегетативные дисфункции, определяющие своеобразие клинической картины, формируя особый психосоматический характер этого заболевания. Несмотря на значительное число публикаций, посвященных многим аспектам ЯБ ДПК, остаются недостаточно разработанными патогенетические основы психо-вегетативного синдрома, определяющего в значительной степени характер и течение заболевания. В результате применяемые в настоящее время методы лечения оказываются малоэффективными. Все это и определяет актуальность проблемы, связанной с поиском новых методов лечения больных ЯБ ДПК. Вместе с тем положительное влияние переменного магнитного поля (ПеМП) на универсальные адаптивные механизмы могло бы способствовать уменьшению выраженности психовегетативного синдрома и улучшению результатов консервативного лечения больных ЯБ. Не определено место магнитопунктуры ПеМП среди других рефлексо-терапевтических воздействий.

Материалы и методы

Нами обследованы 96 больных ЯБ ДПК в стадии обострения заболевания, все мужского пола, в возрасте от 18 до 60 лет.

Состояние вегетативной регуляции характеризовали в соответствии с рекомендациями А.А.Вейна и соавт. [2, 3] и Р.М.Баевского [1]. Кроме того, изучали нейروпсихологический статус больных по тестам Айзенка [4] и Спилберга [5].

Результаты и их обсуждение

При тестировании эмоционально-личностной сферы отметили, что среди больных ЯБ ДПК преобладали интровертированные ($9,18 \pm 0,13$ баллов) замкнутые лица с выраженным ($13,01 \pm 0,28$ баллов) уровнем нейротизма, возбудимости. Зарегистрировали довольно высокие ($44,02 \pm 0,73$ баллов) показатели как личностной, так и реактивной тревожности ($44,67 \pm 0,38$ баллов) больных. Исследование исходного вегетативного тонуса выявило преобладание ($57,03 \pm 0,62$ %) в нем парасимпатических проявлений. При дальнейшем изучении вегетативной регуляции с помощью глазосердечной и синокаротидной проб отметили небольшие замедления частоты сердечных сокращений (ЧСС) (соответственно $-1,26 \pm 0,26$ и $-1,59 \pm 0,23$ в 1 мин.), которые

достоверно ($P_d < 0,001$) отличались от изменений ЧСС при регистрации этих рефлексов у здоровых испытуемых. Это свидетельствовало о сниженной вегетативной реактивности у больных ЯБ ДПК. Исследование вегетативного обеспечения физической деятельности ортоклино-статической пробой выявило высокостатистически достоверные ($P < 0,001$) более интенсивные изменения ЧСС у больных ЯБ ДПК по сравнению со здоровыми лицами. Это характеризовало избыточное обеспечение моторной активности больных, неадекватности вегетативного реагирования при выполнении физической работы. Вегетативное обеспечение психической деятельности больных оказалось отчетливо сниженным. Дальнейшее изучение кардиоинтервалограмм подтвердило преобладание парасимпатических проявлений в исходном вегетативном тоне, изменения адаптационно-компенсаторных механизмов прежде всего за счет активации симпатического звена вегетативной нервной системы и за счет выраженных изменений гуморальной компоненты адаптации.

Исходя из лечебного комплекса, больные были разделены на несколько групп. 1 группе из 31 больного наряду с медикаментозной терапией (холинолитики, антациды, блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов, репаранты слизистой оболочки желудка и ДПК) дополнительно осуществлялось воздействие ПеМП низкой частоты (50 Гц) на биологически активные точки (БАТ). С этой целью использовался аппарат низкочастотной локальной магнитопунктуры НЛМ-1, разработанный Е.В.Рыболовлевым и разрешенный Минздравом СССР для клинического применения (регистрационный номер сертификата 90/345-107, 1990 г.). В течение 1 мин проводилось воздействие ПеМП индукцией 20-25 мТл на БАТ как общеадаптивного действия (Е 36, GI 4, VB 20), так и на БАТ непосредственного влияния на функционирование желудка

и ДПК (Е 20, Т 9, Т 8). Курс магнитопунктуры ПеМП состоял из 10 ежедневных сеансов.

Во 2 группу вошли 40 больных ЯБ ДПК, которым проводилось воздействие ПеМП на БАТ без медикаментозной коррекции. Курс магнитопунктуры в этой группе больных состоял из 15 ежедневных сеансов. Самостоятельную 3 группу составили 15 больных, которым наряду с медикаментозной терапией осуществлялось воздействие на вышеперечисленные БАТ плацебо по описанной выше методике. 10 больным, составившим 4 группу, проведен курс электропунктуры на те же БАТ. Электростимуляция проводилась в течение 1 мин. Курс электропунктуры состоял из 15 ежедневных сеансов. Медикаментозная коррекция не проводилась.

Больные 1 группы отмечали улучшение самочувствия с 1-2-3 процедуры магнитопунктуры ПеМП. Боли в эпигастрии исчезали через $8,61 \pm 1,05$ дней, диспепсические явления – через $6,05 \pm 0,86$ дней. Рубцевание язвенного дефекта наблюдали через $19,00 \pm 0,55$ дней. После курса лечения уровень нейротизма имел тенденцию к уменьшению, отмечалось статистически незначимое уменьшение величины личностной тревожности с $41,84 \pm 1,94$ до $38,84 \pm 1,11$ балла. Исходный вегетативный тонус продемонстрировал уменьшение парасимпатических влияний с $56,23 \pm 0,92$ до $54,48 \pm 1,26$ % ($P_d > 0,05$). Показатели вегетативной реактивности и обеспечения статистически достоверно отличались от исходных, однако характеризовали четкую однонаправленную тенденцию к оптимизации вегетативных нарушений. После курса лечения выявили оптимизацию адаптационно-компенсаторных возможностей организма (снижение индекса напряжения (ИН) на 10 сек ортостатической пробы с $848,65 \pm 191,87$ до $434,24 \pm 45,30$ ед. $P_d < 0,05$, на 20 сек – с $586,83 \pm 99,03$ до $276,87 \pm 31,11$ ед. $P_d < 0,001$,

50 сек – с $657,28 \pm 99,14$ до $358,15 \pm 47,65$ ед. $P < 0,01$). У 40 больных 2 группы болевой синдром был купирован через $2,75 \pm 0,45$ дня, диспепсический – через $2,42 \pm 0,33$. Язвенный дефект зарубцевался через $18,25 \pm 0,49$ дней. При нейропсихологическом тестировании зарегистрировали статистически значимое ($P_d < 0,01$) уменьшение величины личностной тревожности с $43,05 \pm 1,48$ до $36,30 \pm 2,21$ балла. Показатель реактивной тревожности незначимо уменьшился с $43,60 \pm 1,76$ до $40,90 \pm 1,29$ балла. Уровень нейротизма снизился с $12,40 \pm 0,80$ до $11,70 \pm 0,98$ баллов ($P_d > 0,05$). Выраженность парасимпатикотомии уменьшилась с $58,50 \pm 1,25$ до $57,40 \pm 1,26$ % ($P_d > 0,05$). Выявили достоверное ($P < 0,01$) урежение ЧСС при глазо-сердечной пробе с $-0,60 \pm 0,67$ до $-4,35 \pm 0,96$ в 1 мин, что также указывало на оптимизацию вегетативной регуляции. Отметили тенденцию к улучшению адаптивных возможностей больных. В частности, на 60 сек ортостатической пробы зарегистрировали снижение ИН с $387,94 \pm 52,32$ до $340,25 \pm 33,63$ ед. ($P < 0,05$).

При воздействии на БАТ магнитопунктурой ПеМП плацебо в сочетании с медикаментозной терапией (3 группа больных) боли исчезли через $22,13 \pm 1,53$ дня, диспепсические явления – через $23,69 \pm 2,57$. Язва зарубцевалась спустя $26,60 \pm 1,01$ дней. В этой группе больных сохранялось неадекватное вегетативное регулирование. У больных 4 группы, которым проводилась электропунктура, боли купировались через $7,00 \pm 0,86$, диспепсические явления – через $6,83 \pm 0,26$ дней. Язвенный дефект был зарубцован через $20,10 \pm 0,37$ дней от начала лечения. В этой группе больных выявили некоторую тенденцию к оптимизации вегетативной регуляции.

Таким образом, у больных ЯБ ДПК формируется отчетливо выраженный психо-вегетативный синдром. Развивающееся несомненное рассогласование механизмов вегетативно-

го регулирования, неадекватность вегетативных реакций жизнеобеспечения характеризуют синдром дезадаптации больных ЯБ ДПК. Магнито-пунктура ПеМП в значительной степени нормализовала функционирование универсальных регуляторных систем организма. Это способствовало более быстрому купированию обострения ЯБ ДПК и зарубцеванию язвы. Это подтверждает априорно предполагаемое опосредованное воздействие общих адаптивных систем на “местный” патологический процесс и еще раз подчеркивает роль дезорганизации адаптационно-компенсаторных систем в патогенезе ЯБ ДПК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. – М.: Наука, 1984. – 221 с.
2. Вейн А.М., Колосова О.Д., Соловьева А.Д. Вегето-сосудистая дистония. – М.: Медицина, 1981.
3. Заболевания вегетативной нервной системы / А.М.Вейн, Т.Г.Вознесенская, В.Л.Голубев и др.; Под ред. А.М.Вейна. – М.: Медицина, 1991. – 624 с.
4. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Кожно-гальваническая реакция как показатель изменения внимания и эмоций // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л., 1983. – 206 с.
5. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилберга. – Л., 1976.

PECULIARITIES OF TREATING PATIENTS WITH DUODENAL ULCERS BY MAGNETOPUNCTURE WITH ALTERNATING MAGNETIC FIELD

T.Ju.Kravtsova

Changes in adaptation and compensation have been revealed in patients with duodenal ulcers. Optimizing effect of magnetopuncture with, alternating magnetic field on the patients reserve potentials contributing to a more rapid ulcer cicatrization.