

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

С.М. Манкевич, А.П. Сиваков, Л.В. Подсадчик

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Проблема эффективного лечения пациентов с соматоформными расстройствами активно обсуждается в современной медицине и вызывает интерес у врачей различных специальностей. [1].

Устойчивая аккумуляция эмоционально-аффективных, психовегетативных нарушений отмечается у пациентов с соматовегетативными дисфункциями и проявляется симптомами двух типов. Первый тип симптомов характеризуется жалобами на объективные признаки вегетативного возбуждения: сердцебиение,

потение, покраснение и тремор. Второй тип характеризуется субъективными симптомами: ощущения мимолетных болей, жжения, тяжести, напряжения, раздувания или растяжения. В некоторых случаях могут присутствовать незначительные нарушения физиологических функций, такие как икота, метеоризм и одышка, но сами по себе они не нарушают основного функционирования соответствующего органа или системы. Зачастую соматоформные расстройства сопровождаются тревожной и (или) депрессивной симптоматикой. Иногда выявляется связь с неприятными жизненными событиями, трудностями и конфликтами [2]. Поскольку в структуре центральной нервной системы лимбико-ретикулярный комплекс играет ведущую роль в регуляции аффективной сферы и поведения, функций вегетативной нервной системы и иннервируемых ею органов для лечения соматоформных расстройств нами предложена методика рефлекторной активации лимбико-ретикулярных структур через воздействие на проекционную зону коры мозга (линия MS 5 краниопунктурной системы) и зон соответствия на поверхности ушной раковины краниоаурикулярная электронейрорефлексотерапия (ЭНРТ). [3]

Цель работы — оценка эффективности метода краниоаурикулярной ЭНРТ в лечении пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией (СВД).

Материал и методы. Под наблюдением находились 40 пациентов психосоматического отделения с диагнозом: соматоформная вегетативная дисфункция (рубрика F45.3 МКБ-10), которые в основной группе распределялись следующим образом: подгруппа 1 — СВД сердца и сердечно-сосудистой системы (F45.30), 10 человек; подгруппа 2 — СВД желудочно-кишечного тракта (F45.31 и F45.32), 10 человек; подгруппа 3 — СВД дыхательной системы (F45.33), 10 человек [4]. Группа сравнения — 10 человек: по 2 человека с F45.31, F45.32 и по 3 с F45.30, F45.33. Средний возраст составлял 35,5 (23–48) года, из них: мужчин — 6 (15%), женщин — 34 (85%). Длительность заболевания колебалась от 1 до 1,5 лет.

Все пациенты с первого дня получали лечение в соответствии с утвержденными Протоколами. С 7-го дня терапии пациентам основной группы добавляли краниоаурикулярную ЭНРТ. Воздействие проводилось на программно-аппаратном комплексе «Кадр-16А». Electroдами являлись акупунктурные иглы, одна из которых вводилась в зону линии скальпа MS5 (средняя линия вертекса) между точками акупунктуры VG20, 21. Эта зона соответствует проекции лимбико-ретикулярного комплекса на скальп. Показаниями для воздействия на эту зону являются: неврозы, психозы, вегетативные нарушения. Второй электрод: (1–3) акупунктурные иглы располагался в области заинтересованных зон поверхности ушной раковины (AT 34, 28, 26а, 31, 55, 100, 51, 82, 87), которые выбирались под контролем аурикулярного тестирования. Через 2 процедуры краниоаурикулярная методика чередовалась с биаурикулярной. Параметры электротерапии включали: биполярный импульсный ток с формой импульса «спайк-волна», воспроизводящий потенциал действия элементов нервной ткани с проработкой резонансных частот: 2,5; 6,3; 10; 18; 25; 125; 146Гц с экспозицией по 2 мин. Количество процедур — 8–10. Оценка эффективности краниоаурикулярной ЭНРТ проводилась в начале лечения, на 14 и 21-й день госпитализации и включала динамику клинических проявлений заболевания в комплексе с психологическим тестированием: шкала самооценки тревоги Шихана, шкала депрессии Бека, шкала субъективной оценки выраженности вегетативных симптомов: сердцебиение, потливость, покраснение, тремор.

Результаты и их обсуждение. Исходно у всех пациентов обнаруживались умеренные психоэмоциональные расстройства (тревожность, субдепрессивный фон настроения, патологическая фиксация на своем здоровье, мнительность, повышенная утомляемость, неудовлетворенность ночным сном, раздражительность, рассеянность, колебания аппетита) и выраженные вегетативные реакции (сердцебиение, потливость, покраснение, тремор, мимолетные боли, жжение, тяжесть, «ком в горле» и др.). Непосредственной связи с определенной психотравмирующей ситуацией выявлено не было. Через 2 недели от начала лечения и недели проведения ЭНРТ выявлялись намечающиеся различия в динамике редукции симптомов во всех подгруппах. Непосредственное количество и разнообразие жалоб уменьшилось, стала снижаться интенсивность патологических ощущений. После завершения курса ЭНРТ на 21-й день комплексного лечения отмечалось дальнейшее снижение проявлений заболевания в основной и группе сравнения наблюдения, но с заметным отставанием по динамике регресса в группе сравнения, что коррелировало с результатами психологического тестирования (таблицы 1–3).

Таблица 1

Шкала самооценки тревоги Шихана

Период обследования	Группа сравнения	F45.30	F45.31, F45.32	F45.33
Начало лечения	41,9	42,1	41,8	43,5
14-й день	34,8	31,4	30,9	32,8
21-й день	27,3	22,1	19,4	20,9

Примечание — Целью лечения должно быть достижение уровня тревоги ниже 20 баллов.

Таблица 2

Шкала депрессии Бека

Период обследования	Группа сравнения	F45.30	F45.31, F45.32	F45.33
Начало лечения	17,8	17,3	17,6	17,9
14-й день	15,2	12,7	13,0	13,9
21-й день	13,9	10,2	11,4	11,8

Примечание — Целью лечения должно быть достижение уровня депрессии ниже 10 баллов. Уровень депрессии выше 19 баллов считается клиническим нарушением.

Таблица 3

Шкала субъективной оценки пациентом выраженности вегетативных симптомов:

1 — сердцебиение, 2 — потливость, 3 — покраснение, 4 — тремор

Период обследования	Группа сравнения				F45.30				F45.31, F45.32				F45.33			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Начало лечения	4,2	4,6	4,3	4,5	4,7	4,9	4,5	4,5	3,4	4,1	3,1	3,9	4,2	4,9	3,8	4,8
14-й день	3,8	3,7	3,5	3,7	3,9	3,2	3,2	3,6	2,6	3,1	2,2	2,5	3,4	3,4	2,1	3,5
21-й день	2,7	2,4	1,8	2,1	1,9	1,3	0,7	1,1	0,3	0,4	0,1	0,6	2,1	1,1	0,7	0,4

Примечание — 0 — отсутствие симптома, 1–2 — слабовыраженный симптом, 3–4 — умеренно выраженный симптом, 5 — максимально выраженный симптом.

По шкале самооценки тревоги Шихана на 14-й день лечения, включая проведение 4–5 процедур ЭНРТ, тревожность снизилась во всех группах наблюдения: в группе сравнения на 17%, в 1-й основной — на 25%, во 2-й — на 26%, в 3-й — на 24,6%. Снижение тревожности в основных подгруппах на 8,2% опережало группу сравнен. На 21-й день лечения положительная динамика улучшилась, и закрепился достигнутый результат. Так, если в группе сравнения тревожность снизилась на 34,9%, то в основных подгруппах соответственно на 47,5, 53,6 и 52%, что в среднем опережало показатели в контроле на 16,1%. Причем у пациентов с симптоматикой желудочно-кишечных (подгруппа 2) и респираторных (подгруппа 3) СВД уровни тревоги снизились до нормальных показателей. Оценка состояния пациентов по шкале депрессии Бека выявила в контроле снижение уровня депрессии на 14 и 21-й дни лечения на 14,6 и 21,9%. В основных подгруппах на 14-й день депрессивная симптоматика снижалась более эффективно: соответственно на 25,7, 26 и 22%, что на 10% опережало группу сравнения. Тестирование на 21-й день лечения выявило регресс депрессии в основных подгруппах соответственно на 41, 35 и 34%, что на 15,6% опережало показатели контроля. Вегетативные проявления (сердцебиения, потливость, гиперемия, тремор) по усредненным показателям шкалы снижались на 14-й день до умеренно выраженных (3–4 балла) и максимально на 21-й день лечения при всех формах СВД, достигая в основных подгруппах слабовыраженного характера (1–2 балла).

Заключение. Метод краниоаурикулярной ЭНРТ значительно повышает эффективность лечения страдающих СВД. Результаты психологического тестирования выявляют снижение уровня тревоги на 51%, депрессии на 37%, показателей вегетативных нарушений до слабовыраженных (1–2 балла), что позволяет оценить данный метод как перспективный и рекомендовать в лечебную практику. Краниоаурикулярная ЭНРТ внедрена в городском отделении медицинской реабилитации — клинический центр традиционной восточной медицины с эффективностью 84%.

REFLEXOTHERAPY OF SOMATOFORM DISORDERS

S.M. Mankevich, A.P. Sivakov, L.V. Podsadchik

40 patients with somatoform autonomic dysfunction (SAD) were treated by method craniouricular electric neuroreflexotherapy. Conclusions: the revealed leading dynamics of the regression of signs according to The Scale of Anxiety (by 51%), The Scale of Depression (by 37%) and the decrease of vegetative disorders till the mild level (1–2 scores) let consider this method as perspective one and recommend it for medical practice.

Литература

1. Александр, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александр. — М., 2006. — 352 с.
2. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина: учебник / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 1999. — 376 с.
3. Самосюк, И.З. Акупунктура: мед. энциклопедия / И.З. Самосюк, В.П. Лысенюк. — М.: АСТ-Пресс, 2004. — 526 с.
4. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб.: АДИС, 1994.