



**2010 - № 2**  
**МАРТ-АПРЕЛЬ**

**УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:**

Многопрофильная  
клиника «КАМЭК»

**ДЕЛОВОЙ ПАРТНЕР:**

Ассоциация курортологов,  
физиотерапевтов,  
специалистов  
восстановительной и  
спортивной медицины  
Кыргызской Республики

**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР**

профессор Белов Г.В.

**ОТВЕТСТВЕННЫЙ  
СЕКРЕТАРЬ**

к.м.н. Маматова Н.Э.

Журнал зарегистрирован  
Министерством юстиции  
Кыргызской Республики  
13.06.2003 г.

**РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР  
856**

Журнал включен в список  
изданий рекомендованных  
Президиумом НАК  
Кыргызской Республики для  
публикации материалов  
докторских и кандидатских  
диссертаций в области  
медицины

Кыргызская Республика  
г. Бишкек, ул. Айни, 45.

Тел.: 54-45-78

49-00-04

Факс: 49-00-05

E-mail: bgv@infotel.kg

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ:**

Терапия – проф. Бримкулов Н.Н.

Педиатрия – проф. Алексеев В.П.

Хирургия – член-корр. Ашимов И.А.

Травматология и ортопедия – член-корр. Джумабеков С.А.

Гинекология – проф. Керимова Н.Р., проф. Шаршенов А.К.

Общественное здравоохранение – проф. Каратаев М.М.

Гигиена и санитария – проф. Касымов О.Т.

Фармакология – член-корр. Зурдинов А.З.

Неврология, нейрохирургия – акад. Мамытов М.М.

Курортология и физиотерапия – проф. Султанмуратов М.Т.

Морфология – проф. Сатылганов И.Ж.

Функциональная и лабораторная  
диагностика – проф. Атыканов А.О.

Фтизиатрия и инфекционные болезни –  
проф. Алишеров А.Ш.

ЛОР заболевания – проф. Насыров В.А.

Стоматология – д.м.н. Юлдашев И.М.

Офтальмология – проф. Исманкулов А.О.

Медицинское право – доц. Орозалиев С.О.

Сердечно-сосудистая хирургия  
и трансплантология – проф. Абдраманов К.А.

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

Мамбетов М.А. (Председатель),

Абдикаримов С.Т., Аалиев Г.К., Жээналиев М.Ж.,  
Боронбаев С.Б., Кутманбеков А.К., Маматов Э.А. (Бишкек),

Акимова В.А. (Ош),

Эргешев К.Э. (Джалал-Абад),

Акунова Ж.К. (Каракол),

Торобекова Г. (Талас),

Бердыкожоева А.К. (Нарын),

Тороев С.Т. (Баткен).

## СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ПРИ ГАЛЬВАНОГРЯЗЕЛЕЧЕНИИ

*Калужная О.А., Алымкулов Д.А. д.м.н., проф., Саралинова Г.М. к.м.н.,  
кафедра физиотерапии, ВК и ЛФК Кыргызско-Российского Славянского Университета,  
Бишкек, Кыргызстан  
Т.56-57-06*

**Ашказандын өнөкөт оорусун гальвандык баткак менен дарылоодо вегетативтик нерв системасынын өзгөрүлүшү**

*Калужная О.А., Алымкулов Д.А. д.м.н., проф., Саралинова Г.М. к.м.н.  
Кыргыз-Орус Славян Университети*

Ашказандын өнөкөт оорусунда гальвандык баткак жана минералдык суусун ичүү менен биргелештирип дарылоодо вегетативтик нерв системасынын өзгөрүлүшү изилденген. Дарылоонун аягында көпчүлүк ооруларда (51,3 %) вегетативтик нерв системасынын симпатикалык жана парасимпатикалык звенияларында нормалдуулугу байкалган.

**The condition of the vegetative nerve system on patients with chronic gastritis during galvano-mud therapy .**

*Kaluzhnaya O.A., Alimkulov D.A., Saralinova G.M.  
Kyrgyz-Russian Slavic University*

**Abstract:** Combined action galvano-mud and balneotherapy on the course of chronically gastric in the condition of vegetative nerve system is studied. By the end of therapy, in the majority of patients (51,3%) normal equivalent of sympathetic and parasympathic links of vegetative nerve system have established.

Хронический гастрит (ХГ) – одно из самых распространенных заболеваний гастродуоденальной зоны. Распространенность ХГ составляет до 85% среди заболеваний желудка [13]. Помимо того, что, ХГ снижает качество жизни пациента, он нередко является фоном для возникновения язвенной болезни или рака желудка [8,10]. В патогенезе ХГ важная роль отводится функционированию ВНС. Доказано, что ХГ возникает в результате истощения защитных, адаптационных механизмов [9]. Данные литературы по этому вопросу противоречивы. Большинство авторов [8] указывают на преобладание гиперсимпатикотонической вегетативной реакции (ВР), что свидетельствует об определенной неустойчивости вегетативной нервной деятельности и резком напряжении механизмов адаптации. По результатам других исследователей [6] у большинства (60%) обследуемых выявлена симпатотония, зйтония – в 28% и только в 6% случаев – ваготония. Однако, имеются сообщения и о преобладании у больных с ХГ парасимпатической регуляции, которое приводит к нарушению секреторно-моторной функции желудка и снижению трофических процессов в его слизистой оболочки [7].

Отмечаемый за последнее десятилетие рост заболеваемости ХГ выдвигает изучение различных методов его лечения на одно из первых мест среди проблем современной медицины [1,4]. Особый интерес представляет использование

методов физиотерапии, направленное влияние которых на определенные звенья патогенеза существенно повышает эффективность проводимой терапии [3,10].

Целью нашей работы явилось изучение вегетативной нервной системы (ВНС) и состояние процессов адаптации у больных хроническим гастритом в процессе (до и после) применения гальваногрязелечения с питьем минеральной воды.

### **Материал и методы исследования**

Под наблюдением находились 39 пациентов, из них 27(69,2%) женщины и 12(30,8%) мужчин, в возрасте от 18 до 47 лет (средний возраст 29 лет). Диагноз поверхностный (неатрофический) гастрит был диагностирован у 28 (71,8%) больных, из которых у 15 (38,5%) больных гастритический процесс локализовался в антральном отделе желудка, у 9 (23,1%) - в антруме и теле желудка, у 4 (10,2%) – в фундальном отделе. Диагноз атрофический гастрит был установлен у 11(28,2%) больных, из них у 7 (17,9%) пациентов имелось поражение антрального отдела, у 4 (10,2%) – тела и антрума.

Фаза затухающего обострения или неполной ремиссии была диагностирована у 12(30,8%) больных и ремиссии у 27 (69,2%). Сопутствующая патология: хронический холецистит у 14 (35,9%) больных, хронический гепатит у 3 (7,7%), эндемический зуб у 5 (12,8%) больных.

Наследственная отягощенность по заболева-

ниям органов пищеварения отмечалась у 38,5% больных. При этом по ХГ – в 28,2 % случаев, по язвенной болезни – 7,7%, по раку желудка- 2,6% соответственно.

Диагноз был подтвержден эндоскопическим эзофагогастродуоденоскопическим исследованием (ЭГДС), определением хеликобактер и кислотной продукции желудка. Исследование ВНС проводилось методом кардиоинтервалографии (КИ), которая дает наиболее объективную информацию о состоянии вегетативного тонуса и адаптивных систем организма [2,5]. КИГ регистрировали в одном из стандартных отведений ЭКГ на электрокардиографе ЭКТП-01 или Полиграфе П4Э/Д-02, в положении больного лежа до и после первой процедуры записывали 50 кардиоциклов, затем до и после последней процедуры лечения. По методике Р.М.Баевского рассчитывали основные показатели: мода –  $M_o$ , амплитуда моды –  $A_{Mo}$ , вариационный размах длительность интервалов  $R-R \rightarrow X$ , индекс напряжения – ИН, а также вторичные показатели – индекс вегетативного равновесия  $ИВР(A_{Mo} / \Delta X)$ , указывающий на соотношение между активностью симпатического и парасимпатического отделов ВНС, и вегетативный показатель ритма  $ВПР (1/ M_o \times \Delta X)$ , который позволяет судить о вегетативном балансе и его смещении в сторону одного из звеньев ВНС. Полученный материал подвергался автоматизированной статической обработке с использованием прикладной программы Microsoft Excel с определением критерия достоверности Фишера-Стьюдента. Различия между двумя средними величинами считались достоверными при значении  $P < 0,05$ .

Гальваногрязевые процедуры отпускались от аппарата «Поток-1», для процедуры использовалась торфяная грязь, Камышановского месторождения. Все больные получали гальваногрязелечение на область желудка поперечно, продолжительность 1 процедуры 20 минут, на курс 10 процедур, каждый день. Лечение проводилось через 1-2 часа после приема пищи. Перед процедурой больной выпивал стакан теплой (температура 38 градусов) минеральной воды Ыссык-Ата, не газированной, слабощелочной.

#### Результаты и их обсуждение

До лечения у всех больных включенных в исследование, были выявлены различные клинические проявления ХГ среди которых на первом месте была боль в эпигастральной области различной степени выраженности отмечались у 26 (66,7%) больных, боли после приема пищи у 7 (17,9%) . Из диспепсических синдромов наиболее часто наблюдалась изжога у 29 (74,3%) больных, отрыжка у 21 (53,8%), срыгивание у 7 (17,9%), тошнота у 17 (43,6%), рвота, приносящая облегчение состояния, была в анамнезе у 3 (7,7%) больных. Неприятный вкус во рту у 25 (64,1%) больных, изменение аппетита у 13 (33,3%) , метеоризм у

17 (43,6%), урчание у 22 (56,4%) , запоры у 18 (46,1%) , поносы у 12 (30,8%). Большинство обследуемых жаловались на быструю утомляемость 30 (76,9%), неустойчивость настроения 24(61,5%), нарушение сна 19 (48,7%) человек, характерные для астеновегетативного синдрома.

Изучение исходного вегетативного гомеостаза у пациентов с ХГ показало, что у 7 (17,9%) отмечалось равновесие в функционировании симпатического и парасимпатического звеньев ВНС – эйтония, у 6 (15,38%) была выявлена умеренная симпатикотония, у 21 (53,8%) - гиперсимпатикотония и у 5 человек (12,8%) – ваготония.

Все наблюдаемые хорошо переносили назначенный лечебный комплекс. Во время процедуры больные ощущали легкое покалывание, приятное тепло в области воздействия. Побочных реакций при проведении процедур выявлено не было. Большинство 20 (51,3%) больных уже после 2-3 процедур отмечали нормализацию общего самочувствия: исчезновение болевых явлений, диспепсических симптомов, уменьшение или полное отсутствие утомляемости, улучшение сна и аппетита. Под влиянием проведенного лечения, отмечалась положительная динамика субъективного состояния больных, что подтверждалось значительным уменьшением количества больных, предъявляющих жалобы на диспепсические явления: изжога (23,1% против 74,3%) отрыжка (17,9% против 53,8%) тошнота (10,2% против 43,6%),, неприятный вкус во рту (15,3% против 64,1%). После проведенного лечения у большинства больных отмечалось улучшение аппетита, нормализация сна, повышение работоспособности.

Положительная динамика клинических показателей подтверждалась функциональными методами исследования, такими как ЭГДС, определение секреторной функции желудка, хеликобактерное исследование и кардиоинтервалографией.

Динамика показателей кардиоинтервалографии, представленная в таблице, свидетельствует о благоприятном влиянии на ВНС курса гальваногрязелечения с приемом минеральной воды при ХГ. Как видно из таблицы после лечения у больных с ХГ отмечалось достоверное снижение величины ИН ( $p < 0,001$ ), по сравнению с таковой до лечения. По мнению Баевского Р.М.[5], чем меньше ИН, тем меньше уровень напряжения регуляторных систем организма, поэтому данная динамика показателя расценивалась нами как положительная и свидетельствовала о снижении напряжения в работе симпатического отдела ВНС.

Поскольку  $\Delta X$  отражает активность парасимпатического, а ИН симпатического отделов ВНС, то увеличение  $\Delta X$  и уменьшение ИН, указывает на снижение активности симпатической нервной системы и увеличение влияний парасимпатического отдела ВНС, что свидетельствовало о сбалансированном взаимодействии обоих отделов

Показатели кардиоинтервалографии до и после лечения у больных ХГ

	Mo, с.	AMo %	$\Delta X$ , с.	ИН усл.ед	ИВР	ВПР
Больные ХГ до лечения (n=39)	0,49 $\pm 0,18$	0,29 $\pm 0,02$	0,16 $\pm 0,01$	267 $\pm 33,92$	239,63 $\pm 24,04$	19,41 $\pm 1,64$
Больные ХГ после лечения (n=39)	0,47 $\pm 0,01$	0,23 $\pm 0,01$	0,28 $\pm 0,05$	138,75 $\pm 13,85$	133,78 $\pm 12,51$	13,30 $\pm 0,90$
P		<0,01	<0,01	<0,001	<0,001	<0,01

P – сдвиги достоверности между показателями у больных до лечения и после лечения.

ВНС, и снижения уровня ее напряжения к концу курса лечения. Такую же направленность имели и ИВР и ВПР.

Оценка вегетативного тонуса показала, что ваготония выявлялась в конце лечения у двух пациентов (5,1%), у 6 (15,4) против 5 (12,8%) до лечения, отмечалась умеренная симпатикотония, у 12 (30,8%) больных против 21 (53,8%) до лечения - гиперсимпатикотония, у большинства больных 20 (51,3%) против 7 (17,9%) до лечения, что свидетельствовало о сбалансированности симпатических и парасимпатических влияний ВНС.

Таким образом, под влиянием комплексного лечения постоянного тока, минеральной воды и грязевых аппликаций на область желудка, наряду с положительной динамикой субъективного и объективного состояния, у больных с хроническим гастритом отмечались благоприятные изменения вегетативного статуса и адаптационно-компенсаторных процессов. У большинства (51,3%) больных с хроническим гастритом по данным КИГ установлено нормальное соотношение активности симпатического и парасимпатического звеньев ВНС-зйтония.

#### Литература:

1. Алексеев С.А., Катрунов С.С., Никонов Е.Л. и др. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. - Хабаровск; 2000.
2. Алымкулов Д.А., Симоненко Т.С., Искракова С.С., Алымкулов Р.Д. Оценка адаптивных возможностей организма студентов по данным кардиоинтервалографии // Материалы IV международного симпозиума по проблемам саногенного и патогенного эффектов экологических воздействий на внутреннюю среду организма. - Бишкек, 1999. - С.149-152.
3. Алымкулов Д.А. Физиотерапия. КГМА, Бишкек, 2000-308 с.
4. Арунян Л.И., Григорьев П.Я., Исмаев В.А., Якованко Э.П. Хронический гастрит. - Амстердам, 1993.
5. Бавеский Р.М., Кириллов О.И., Клеукин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. - М: Наука, 1984.
6. Денисова Е.М. Состояние вегетативной регуляции и гемодинамики у детей с гастроудоденитом, адекватность терапии: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Ростов-на-Дону, 1999-23с.
7. Дутькин Л.А., Дулан И.Н., Скопцова О.Б. Дифференцирование назначения седативных препаратов и психоаналитиков при гастроэнтерологической патологии у детей, в зависимости от типа вегетативных дисфункций. // Вопр. охраны материнства и детства -1991, №2. -С 72-73.
8. Кравцова Т.Ю., Голованова Е.С., Рыбаловлев Е.В. Изменения психовегетативного статуса и его коррекция у больных язвенной болезнью. // Клин.мед. - 2000, №12. - С.34-36.
9. Мельцев С.В., Волгина С.Я. Особенности психовегетативного состояния при хроническом гастроудодените у детей старшего дошкольного возраста // Педиатрия -1996, №4. -С.38-42.10. Чернин В.В. Хронический гастрит. - Тверь, 2006. -№5. - С.33-35.