

**Результаты.** После лечения у всех пациентов отмечалось улучшение состояния – снижение частоты болевых приступов, нормализация сна, работоспособности. Отмечалось повышение толерантности к физической нагрузке, нормализация показателей ЭКГ, улучшение показателей углеводного и липидного обмена – небольшое снижение уровня глюкозы крови, уровня общего холестерина, липопротеинов низкой плотности. Все пациенты отмечали улучшение состояния, уменьшение проявления вегетативных клинических симптомов.

**Выводы.** Использование метода лазеропунктуры в лечении пациентов со стенокардией способствует улучшению течения заболевания и профилактике тяжелых сердечно-сосудистых осложнений.

### Литература

1. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии.–М.:–Наука.–1986.–576с.
2. В.Е. Илларионов. Техника и методики процедур лазерной терапии. - М. : Центр, 2001. - 174 с.

УДК 616.89-008.42-085.814.1-048.34

### ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МЕТОДАМИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

С.М. МАНКЕВИЧ, А.П. СИВАКОВ, В.А. ЛУКАШЕВИЧ, Л.В. ПОДСАДЧИК, Т.И. ГРЕКОВА

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,*

Аннотация. В статье представлены результаты лечения пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией (СВД) с применением метода краниоаурикулярной электронеурорефлексотерапии. Оценка эффективности проводилась в комплексе с психологическим тестированием: шкала самооценки тревоги Шихана, шкала депрессии Бека, шкала субъективной оценки выраженности вегетативных симптомов. 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.

*Ключевые слова:* соматоформная вегетативная дисфункция, краниоаурикулярная электронеурорефлексотерапия.

**Abstract.** This article presents the results of treatment 40 patients 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.

*Keywords:* somatoform autonomic dysfunction, craniouricular electric neuroreflexotherapy.

### Введение

Данные статистического исследования указывают на значительный рост психосоматических нарушений в структуре невротических расстройств. Эффективное лечение пациентов с данной патологией является предметом интересов врачей различных специальностей, что предполагает разработку новых подходов и оптимизацию методов рефлексотерапии [1].

### Теоретическая часть

Устойчивая аккумуляция эмоционально-аффективных, психовегетативных нарушений отмечается у пациентов с соматовегетативными дисфункциями, расстройством адаптации. Нередко соматоформные расстройства сопровождаются тревожной и (или) депрессивной симптоматикой. Иногда выявляется связь с неприятными жизненными событиями, трудностями и конфликтами [2].

Так как 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 рефлексорной активации лимбико-ретикулярных структур через воздействие на проек-

ционную зону коры мозга (линия MS 5 краниопунктурной системы) и зон соответствия на поверхности ушной раковины - краниоаурикулярная электронейрорефлексотерапия (ЭНРТ) [3].

**Цель исследования** – разработка и оценка эффективности метода краниоаурикулярной ЭНРТ в лечении пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией (СВД).

#### Материалы и методы

Под наблюдением находились 40 пациентов психосоматического отделения с диагнозом: соматоформная вегетативная дисфункция (рубрика F 45.3 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] Контрольная группа - 10 человек: по 2 человека с F45.31, F45.32 и по 3 - F45.30, F45.33. Средний возраст составлял 35,5(23-48) лет. 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 седьмого дня терапии пациентам основной группы присоединяли краниоаурикулярную ЭНРТ. Воздействие проводилось на программно-аппаратном комплексе «Кадр-16А». Электродами 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 (АТ 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 минуты. Количество процедур - 8-10.

Оценка эффективности краниоаурикулярной ЭНРТ проводилась в начале лечения, на 14-й 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 две недели от начала лечения и недели проведения ЭНРТ выявлялись намечающиеся различия в динамике редукции симптомов контрольной и основных подгрупп. 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 контрольных группах наблюдения, но с заметным отставанием по динамике регресса в контрольной группе, что коррелировало с результатами психологического тестирования (таблица 1,2,3).

Табл.1. Шкала самооценки тревоги Шихана

Период исследования	Контрольная группа	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.

Табл.2. Шкала депрессии Бека

Период об-следования	Кон-трольная груп-па	F45.30	F45.31, F45.32	F45.33
Начало лече-ния	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.

Табл.3. Шкала субъективной оценки пациентом выраженности вегетативных симптомов:

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

Период обследо-вания	Контр. группа				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.

Так, по шкале самооценки тревоги Шихана на 14-й день лечения, включая проведение 4-5 процедур ЭНРТ, тревожность снизилась во всех группах наблюдения: в контроле - на 17%, в 1-ой основной - на 25%, во 2-ой - на 26%, в 3-ей - на 24,6%. Снижение тревожности в основных подгруппах на 8,2% опережало контрольную. На 21-й день лечения положительная динамика улучшилась, и закрепился достигнутый результат. Так, если в контрольной группе тревожность снизилась на 34,9%, то в основных подгруппах соответственно на 47,5%, 53,6%, 52%, что в среднем опережало показатели в контроле на 16,1%. Причем у больных 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-й 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 контроль. Тестирование на 21-й день лечения выявило регресс депрессии в основных подгруппах соответственно на 41%, 35%, 34%, что на 15,6% опережало показатели контроля.

Вегетативные проявления (сердцебиения, потливость, гиперемия, тремор) по усредненным показателям шкалы снижались на 14-ый день до умеренно выраженных (3-4 балла) и максимально - на 21-ый день лечения при всех формах СВД, достигая в основных подгруппах слабовыраженного характера (1-2 балла).

### Заключение

Разработанный метод краниоаурикулярной ЭНРТ значительно повышает эффективность лечения больных 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.

### Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М. 2006, 352с.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. - Краткий учебник. М.:ГЭОТАР МЕДИЦИНА,1999,376с.
3. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура: Медицинская энциклопедия.-М.:АСТ-Пресс.2004.-526с.
4. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.:АДИС,1994  
УДК 616.74/75-009.7: [615.814.1+615.837