

**КОМІТЕТ З ПИТАНЬ НАРОДНОЇ І НЕТРАДИЦІЙНОЇ
МЕДИЦИНИ МОЗ УКРАЇНИ**

БУКОВИНСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ УАНМ

НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ІНФОРМОТЕРАПІЇ

КИЇВСЬКА ФІЛІЯ НДІ ІНФОРМОТЕРАПІЇ

НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ БІОІНФОРМАТИКИ

НАУКОВО-ВИРОБНИЧЕ ПІДПРИЄМСТВО "ДЕЛЬФІ"

VIII Міжнародна конференція

ІНФОРМОТЕРАПІЯ:

Теоретичні аспекти та практичне застосування

М.Київ, 1-3 листопада 2002 р.

Цей випуск цілком присвячено висвітленню восьмої міжнародної конференції "Інформотерапія: теоретичні аспекти та практичне застосування", яка проходить у м.Києві, 1-3 листопада 2002 р.

Випуск містить тези доповідей, що інформують про доробок як науковців, так і практичних лікарів, які працюють в галузі інформотерапії та негентропійної медицини.

Інформаційна та негентропійна терапія №1, 2002
Информационная и негентропийная терапия №1, 2002

Редколегія: **Скрипнюк З.Д.**
Кобилянська Р.М.
Волкова Г.М.
Смілянець О.Б.

Свідоцтво про реєстрацію КВ № 963

Відповідальність за достовірність наданої інформації несуть автори

Адреса:

м. Київ, Б.Хмельницького, 50-б, т. 238-88-20,
Верхній Вал, 72 т. 531-37-79, 531-37-76,
E-mail: skrup@ukrpack.net

м. Чернівці, вул. Червоноармійська, 3
т. (0372) 54-19-35
E-mail: innet@au.cv.ua

НВП "Дельфі"
02175, Київ, Харківське шоссе, 17, оф. 300а
т/ф: (044) 559-73-25
E-mail: inta@ukrpack.net
Web: <http://www.inta.kiev.ua>

ИНФОРМОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ.

Вакарчук А.В., Прасол Ю.Г.

НИИ Информотерапии, г. Черновцы;

Буковинская государственная медицинская академия, г. Черновцы.

Вегетология является разделом неврологии и в то же время междисциплинарной по своей сущности проблемой. Практически нет форм патологии, в патогенезе и саногенезе которых не принимала бы участие вегетативная нервная система. И в современной медицине еще не найдено методики, способной более тонко определить нарушение тонуса симпатического и парасимпатического отделов на различных уровнях, обнаружить полисистемность патологических проявлений даже при субклиническом течении вегетативных расстройств, чем информотерапевтическая диагностика по З.Д. Скрыпнюку [3,7].

Вегетативная система оказывает решающее влияние на организацию адаптационных процессов, поведения и поддержания внутреннего гомеостаза. Клинические проявления синдрома вегетативной дистонии относятся к наиболее частым симптомам во врачебной практике и составляют 25-80% среди всех больных с патологией неинфекционного происхождения [1,2,5]. В последние годы термину "синдром вегетативной дистонии" (СВД) отдают предпочтение перед "синдромом вегетососудистой дистонии". Это дает возможность говорить и о синдроме вегетативно-висцеральной дистонии, которая может быть разделена на многообразные системные дистонии (вегетокардинальные, вегетогастральные и др.).

Нами было проведено информодиагностическое обследование с последующей информотерапевтической коррекцией 69 пациентам в возрасте от 12 до 62 лет, из них – 17 мужчинам, 45 женщинам и 7 подросткам.

В нашу задачу входило:

- внедрение информационной методики в диагностику СВД, так как существующие методы постановки данного диагноза (специальные опросники, тесты многостороннего исследования личности, экспериментальное моделирование личности, электрофизиологические исследования [6] и др.) являются трудоемкими и редко применяемыми в неврологической практике;
- выявление этиопатогенетических механизмов возникновения СВД и выяснение определенных информодиагностических и информотерапевтических закономерностей в отдельно представленных группах в зависимости от генеза заболевания;
- определение эффективности применения информотерапии у пациентов с СВД.

Учитывая, что подавляющая доля вегетативных расстройств является вторичной [1,2], больных разделили на следующие группы в зависимости от факторов, вызывающих СВД:

1. СВД конституционального типа – 21 человек;
2. СВД психофизиологической природы – 9 человек;
3. СВД при гормональных перестройках: а) 10 – период климакса; б) 7 – период пубертата;
4. СВД при неврозах – 10 человек;
5. СВД при органических соматических заболеваниях – 12 человек.

Информотерапевтическое воздействие заключалось в электропуктурной диагностике по Р. Фоллю с использованием диагностических микрогенераторов. Измерялись параметры всех дистальных точек для выявления возможных нарушений функционального состояния информационных каналов (ИК). Основными диагностическими критериями служили величина показателей шкалы прибора и феномен падения стрелки (ФПС) [3].

Данные таблицы свидетельствуют о том, что в представленных группах в 100% случаев наблюдаются изменения на ИК нервной дегенерации, которые указывают на диагностическую значимость данного канала в выявлении СВД. У всех исследуемых (100%) нарушения на ИК желчного пузыря регистрировались в группах с СВД психофизиологической природы и в период климакса. Почти в таком же процентном соотношении (85,7-91,7%) были выявлены изменения на этом же канале у пациентов с СВД у период пубертата, при неврозах, при органических соматических заболеваниях.

Таблица 1. *Нарушения функционального состояний ИК у пациентов с СВД.*

№ИК	Название ИК	Исследуемая группа											
		СВД конституционального типа		СВД психофизиологической природы		СВД при гормональных перестройках				СВД при неврозах		СВД при органических соматических заболеваниях	
		Кол-во больных	%	Кол-во больных	%	Период климакса		Период пубертата		Кол-во больных	%	Кол-во больных	%
						Кол-во больных	Кол-во больных	Кол-во больных	Кол-во больных				
I	Ly	14	66,7	8	66,7	6	60	5	71,4	7	70	5	41,7
II	P	5	23,8	2	22,2	4	40	2	28,6	5	50	3	25
III	Gi	9	42,8	2	22,2	2	20	2	28,6	7	70	5	41,7
IV	Nd	21	100	9	100	10	100	7	100	10	100	12	100
V	MC	18	85,7	7	77,8	9	90	5	71,4	9	90	10	83,3
VI	Al	9	42,8	3	33,3	6	60	3	28,6	6	60	5	41,7
VII	Pd	6	28,6	5	55,6	5	50	2	28,6	2	20	4	33,3
VIII	TR	15	71,4	7	77,8	10	100	5	71,4	6	60	11	91,7
IX	C	4	19	5	55,6	7	70	5	71,4	7	70	4	33,3
XI	G	7	33,3	2	22,2	3	30	1	14,3	2	20	2	16,7
XId	RP	8	38,1	6	66,7	7	70	5	71,4	9	90	7	58,3
Xis	RP	-	-	1	11,1	-	-	2	28,6	1	10	1	8,3
XII	F	7	33,3	3	33,3	6	60	2	28,6	7	70	5	41,7
XIII	Ad	7	33,3	4	44,4	5	50	2	28,6	2	20	3	25
XIV	E	7	33,3	6	66,7	5	50	5	71,4	4	40	8	66,7
XV	Cd	11	52,4	4	44,4	5	50	1	14,3	3	30	8	66,7
XVI	S	-	-	-	-	-	-	1	14,3	1	10	1	8,3
XVII	Fd	11	52,4	3	33,3	3	30	2	28,6	3	30	4	33,3
XVIII	VB	16	76,2	9	100	10	100	6	85,7	9	90	11	91,7
XIX	R	11	52,4	8	88,9	5	50	4	57,1	6	60	4	33,3
XX	V	9	42,8	5	55,6	5	50	2	28,6	4	40	6	50

У больных с СВД в период климакса в 100% случаях наблюдаются изменения цифровых значений и ФПС на канале эндокринной системы (чаще во 2,3,4,5 измерительных точках), что отображало гормональный дисбаланс, а в группе с СВД при органических соматических заболеваниях эти нарушения (как правило, в 1,6,7,9 измерительных точках) отвечали структурным изменениям периферических эндокринных желез (гипертиреоз, тиреоидит, фиброаденоматоз). У остальных исследуемых нарушения на эндокринном канале распределились приблизительно в одинаковом процентном соотношении (71,4-77,7%) и были менее выражены (60%) у пациентов с СВД на фоне неврозов.

У 50% больных в климактерическом периоде наблюдались изменения как на канале органической, так и соединительно-тканной дегенерации, чего не отмечалось у остальных исследуемых, а у пациентов с СВД психофизиологической природы в 88,8% выявлены нарушения на канале почек, что, очевидно указывает на взаимосвязь стрессового фактора с активацией реминангиотензиноподобной системы. В этой же группе отмечается достаточно высокая степень изменений цифровых показателей и ФПС (66,7%) на канале поджелудочной железы. Такая же закономерность наблюдается у пациентов в период гормональных перестроек и у больных с неврозами, при чем у последних она коррелирует с нарушениями на каналах печени и толстого кишечника.

В одинаково высоком процентном соотношении (около 70%) регистрировали функциональные изменения на канале сердца у пациентов в период гормональных перестроек и при неврозах.

СВД в большинстве случаев (60-71,4%) сопровождался ФПС на лимфатическом канале во всех исследуемых группах, за исключением группы с органической соматической патологией, где обнаруженные функциональные нарушения распределялись на каждом ИК в приблизительно одинаковом процентном соотношении (34,3%).

Во всех исследуемых группах регистрировались изменения показателей и ФПС на канале крово-

обращения (71,4-90%), что является информодиагностическим подтверждением колебаний величин АД у больных с СВД и зависит от тонуса симпатического и парасимпатического отделов ВНС.

Учение о симпатикотонии и ваготонии часто подвергалось критике, так как в реальной практике редко встречаются "чистые" синдромы. Чаще приходится иметь дело со смешанными симпатическо-парасимпатическими проявлениями, однако нередко удается выделить преимущественную направленность нарушений. Принцип выделения вегетативных нарушений по симпатикотоническим и ваготоническим проявлениям широко используется клиницистами и сегодня.

О преобладании тонуса ВНС мы судим по величине общей электропроводимости (ОЭП) и цифрам АД, которые измерялись неоднократно и в динамике. Обнаружены интересные закономерности.

Таблица 2. Показатели активности симпатического и парасимпатического отделов ВНС.

№ п/п	Исследуемая группа	Тонус ВНС						
		Симпатикотония		Парасимпатикотония		Амфотония		
		Абсолют. показатель	%	Абсолют. показатель	%	Абсолют. показатель	%	
1	СВД конституционального типа	3	14,28	14	66,6	4	19	
2	СВД психофизиологической природы	6	66,6	–	–	3	33,3	
3	СВД при гормональных перестройках	Период климакса	1	10	4	40	5	50
		Период пубертата	–	–	6	85,7	1	14,28
4	СВД при неврозах	5	50	4	40	1	10	
5	СВД при органических соматических заболеваниях	6	50	3	45	3	25	

В группе с СВД в период пубертата отмечается абсолютное преобладание ваготоников, тогда как при СВД психофизиологического типа превалируют симпатикотоники, а в группе с СВД конституционального типа процент парасимпатикотоников превышает симпатикотоников. У больных с СВД в период климакса и при неврозах четких закономерностей в преобладании тонуса ВНС не выявлено; а у пациентов с СВД на фоне органических соматических заболеваний активность симпатического или парасимпатического отделов ВНС, очевидно, зависит от первопричины – заболевания, сыгравшего роль пускового механизма в вегетативном дисбалансе (например, симпатическая активность в кардиоваскулярной и парасимпатическая – в гастроинтестинальной системах), и требует дальнейшего исследования.

Итак, данные информодиагностики дают возможность не только подтвердить диагноз СВД, но и проследить этиопатогенетические звенья в развитии данного синдрома.

Анализ полученных данных по ИК показывает высокую частоту функциональных нарушений на каналах: • нервной дегенерации – у 100% больных; • желчного пузыря – 90,6%; • кровообращения – 83%; • эндокринной системы – 78,7%, что превышает данные по контрольной группе (20 человек), которая проходила лечение по поводу других заболеваний.

Выявленные нарушения функционального состояния ИК корригировались информотерапевтическим влиянием микрогенераторов во время осмотра и информотерапевтической жидкостью, которая принималась в амбулаторных условиях.

Таким образом, полученные различия в информотерапевтическом воздействии в каждой отдельно взятой группе (табл. 3) позволяет не только проследить генез развития СВД, но и провести адекватное этиопатогенетическое лечение, чего на данное время нельзя достигнуть ни одним из известных методов терапии.

Эффективность лечения оценивалась по регрессу клинической симптоматики, нормализации цифр АД и электропунктурным показателям.

Из полученных результатов следует, что наиболее выраженный информотерапевтический эффект достигнут в группах с СВД конституционального типа и при гормональных перестройках в период пубертата. Более резистентными к лечению оказались пациенты в период климакса и при органических соматических заболеваниях. Как правило, этот контингент больных с

выраженной структурной патологией и требует более длительного и интенсивного информотерапевтического влияния с использованием микрогенераторов точечного воздействия. В группе с СВД психифизиологической природы и при неврозах необходимо сочетание информотерапии с минимальными дозами транквилизаторов (седуксен по 5 мг/сут.) и антидепрессантов (флуоксетин по 20 мг/сут.) в комплексе с сеансами психотерапии.

Итак, данные информодиагностики дают возможность не только выявить функциональные нарушения органов и систем установить патогенетические звенья в развитии СВД, но и провести адекватное этиопатогенетическое лечение.

Таблица 3. Информотерапевтическое воздействие на основные этиопатогенетические каналы, %.

ИК	Вид информотерапевтического воздействия	СВД конституционального типа	СВД психофизиологической природы	СВД при гормональных перестройках		СВД при неврозах	СВД при органических соматических заболеваниях
				Период климакса	Период пубертата		
IV. Нервной дегенерации	01+02	33,3	–	10	42,8	10	–
	01	66,7	100	90	57,2	90	100
	02	–	–	–	–	–	–
V. Кровообращения	01+02	83,3	14,3	44,4	100	77,8	50
	01	16,7	85,7	55,6	–	22,2	50
	02	–	–	–	–	–	–
VIII. Эндокринный	01+02	73,3	71,4	50	80	66,7	45,4
	01	6,7	14,3	50	20	16,6	27,3
	02	20	14,3	–	–	16,6	27,3
XVIII. Желчного пузыря	01+02	43,7	25	40	80	–	9,1
	01	56,3	75	60	20	100	90,9
	02	–	–	–	–	–	–

Таблица 4. Эффективность информотерапии СВД.

№ п/п	Исследуемая группа	Исследуемая группа Терапевтический эффект, %			
		Хороший	Удовлетворительный	Без эффекта	
1	СВД конституционального типа	66,7	33,3	–	
2	СВД психофизиологической природы	33,3	66,7	–	
3	СВД при гормональных перестройках	Период климакса	30	60	100
		Период пубертата	57,1	42,9	–
4	СВД при неврозах	50	30	20	
5	СВД при органических соматических заболеваниях	50	25	25	

Выводы:

1. Информотерапевтическое исследование является оптимальным методом в постановке СВД и позволяет определить этиологию синдрома;

2. В подавляющем большинстве случаев информотерапия дает хорошие результаты (50-66,7%) при СВД конституционального типа и гормональных перестройках в период пубертата;

3. При СВД психофизиологической природы и в период климакса информотерапия чаще оказывает удовлетворительный эффект (42,9-66,7%); а в группах больных с СВД при неврозах и органических соматических заболеваниях наряду с преобладанием хороших результатов наблюдаются отдельные случаи отсутствия положительного влияния ее, что требует дополнительного применения у этих больных традиционных методов лечения или продления курсов информотерапевтического воздействия в комбинации с точечными микрогенераторами.