

УДК 615.015.32

«МЯГКИЕ» ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
С АСТЕНО-АГРИПНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

И.А.БОКОВА, Л.Г.АГАСАРОВ, С.А.РАДЗИЕВСКИЙ\*

Исследование посвящено проблематике лечения больных с астено-агрипническим синдромом. В качестве основного метода воздействия был использован клиническая гомеопатия, отличающаяся результативностью и мягкостью воздействия. В результате подтверждено преимущество данного подхода над классическим медикаментозным воздействием или вариантом плацебо. Отмеченную эффективность гомеопатии, в 52,5% наблюдений, следует признать удовлетворительной, так как под наблюдением находились хронические больные, резистентные к стандартной терапии.

**Ключевые слова:** астенический синдром, агрипния, дорсопатии, клиническая гомеопатия

Согласно статистическим данным, астенизация населения в современном обществе приобретает характер пандемии [4]. При этом агрипния (бессонница), характерная для астенического синдрома, является, как правило, терапевтически устойчивым феноменом. В частности, применяемые здесь гипнотики не всегда результативны и, к тому же, не лишены негативных влияний. В связи с этим понятен интерес к «мягким» способам воздействия, к которым по праву относят и гомеопатию. Так, установлена эффективность гомеопатических препаратов в купировании астенических расстройств [1,2]. В развитие этих сведений выполнено настоящее исследование, посвященное оценке эффективности клинической гомеопатии при астеническом синдроме.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 90 больных (49 женщин и 41 мужчина) от 27 до 60 лет, принятых на лечение в связи с жалобами на астено-агрипнию. В 36 наблюдениях (40%), в равной степени у мужчин и женщин, эти сдвиги укладывались в рамки неврастения. В остальных 54 случаях (60%), преимущественно у женщин, астенизация развивалась на фоне шейно-грудной дорсопатии.

На момент осмотра основной процесс носил характер ремиссии, а в клинической картине доминировала астеническая симптоматика. Агрипния, выявляемая у всех больных, носила вторичный характер. Составляющие сна (время засыпания, его продолжительность, количество ночных пробуждений) оценивали по 5-балльной шкале [4], суммируя эти параметры.

Всем больным проводили клиническое и психопатологическое обследование, с применением методики *многостороннего исследования личности* (МИЛ) [3]. Дополнительно выполняли ультразвуковую доплерографию вертебро-базиллярных артерий, используя автоматизированный комплекс «Спектр-1000» (Россия).

Исходно 84,4% больных получали классические медикаменты, преимущественно гипнотики бензодиазепинового ряда. С целью оптимизации терапии этого контингента были сформированы 3 группы, каждая из 30 человек. В 1 группе проводили лечение гомеопатическим препаратом Церебрум композитум (Хеель, Германия). В 4 наблюдениях данное средство использовали изолированно, в 26 – на фоне гипнотиков, с последовательным снижением дозировки последних. Во 2 группе прием гомеопатического препарата был заменен плацебо. В группе сравнения была продолжена курс классической медикаментозной терапии. Продолжительность курса лечения во всех группах составила 2 месяца.

При анализе результативности лечения выделяли позиции «значительное улучшение», «улучшение», «отсутствие эффекта» и «ухудшение». Исследования проводили в динамике, с компьютерно-статистической обработкой данных по критерию Т-Стьюдента.

**Результаты и их обсуждение.** В ходе обследования у 36 больных установлен диагноз «неврастения», с провоцирующей ролью социально-бытовых факторов. В этом случае достоверный пик профиля МИЛ по 1 шкале и менее выраженный подъем по 6-8 шкалам отражали сосредоточенность на соматических жалобах.

В 54 наблюдениях астения была ассоциирована с дорсопатией шейно-грудной локализации. В 51,9% этих наблюдений астению связывали (по аналогии с неврастением) с невротическими механизмами. Усредненный профиль МИЛ этих лиц характеризовался практически изолированным пиком по 1 шкале, отражающим сосредоточенность на соматических жалобах. Однако у 48,1% этих больных астенические явления усиливались в период манифестации вертеброгенных болей, а сам процесс рассматри-

вали как неврозоподобный [5]. В этой ситуации профиль МИЛ, отличался достоверным подъемом 6-8 шкал, подтверждая психопатические тенденции.

Практически во всех наблюдениях длительность агрипнии совпадала со сроком астенизации; суммарно оценка качества сна при неврастении составляла 12,8 балла, шейном остеохондрозе – 13,7 балла, т.е. достоверно отличаясь от нижней границы условной нормы 19 баллов ( $p < 0,05$ ).

Для детализации механизмов формирования астено-агрипнии был проведен анализ церебральной гемодинамики. При этом, только в случае дорсопатий спастические сосудистые сдвиги носили отчетливый характер. Они прослеживались у 44,4% больных, преимущественно – с неврозоподобным состоянием, однако, в данной ситуации статистическая обработка результатов была затруднена из-за частоты аномального развития позвоночных артерий.

В целом, ведущим механизмом астении в случае невроза является психогенный, а у значительной части (48,1%) больных с шейными вертеброгенными синдромами отмечены неврозоподобные звенья процесса. В свою очередь, эффекты проводимого лечения также зависели от генеза наблюдаемых расстройств.

Установлено, что гомеопатическая терапия (1 группа) была эффективна в 53,3% наблюдений, вне зависимости от пола или возраста больных. Наблюдался один случай ухудшения состояния, связь которого с проводимой терапией сомнительна. При детализации наблюдаемых эффектов у лиц с улучшением состояния отмечено, что 3 больных исходно получали монотерапию Церебрум композитум. В других 13 наблюдениях устойчивость результатов позволила отменить прием или снизить вдвое дозировку гипнотиков. При этом у 13 из 16 больных превалировали нервно-психические механизмы процесса и только в 3 случаях – неврозоподобный синдром.

Результативность лечения в сравниваемых группах составила 30% и 16,7% соответственно, т.е. достоверно ( $p < 0,05$ ) уступающая гомеопатическому подходу (табл. 1).

Таблица 1

Результативность лечения в сравниваемых группах больных

Группы больных	Состояние							
	Значительное улучшение		Улучшение		Без эффекта		Ухудшение	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-ая	7	23,3	9	30	13	43,3	1	3,3
2-ая	3	10	6	20	20	66,7	1	3,3
Сравнения	-	-	5	16,7	25	83,3	-	-

При этом в 1 группе, на фоне регресса жалоб, показатели сна суммарно достигли 17,7, вплотную приблизившись к нижней границе нормы. Динамика показателей структуры сна у лиц с улучшением состояния представлена в табл. 2. Заключительный анализ теста МИЛ этих больных отразил достоверное ( $p < 0,05$ ) падение исходного пика по 1 шкале и умеренное по 7, указывающее на снижение уровня тревоги о своем здоровье.

Таблица 2

Динамика показателей структуры сна у больных 1 группы с положительной динамикой ( $M \pm m$ )

Признак (n = 16)	Уровень (в баллах)		
	Исходно	Через месяц	Через 2 месяца
Время засыпания	2,5±0,5	3,0±0,3	3,1±0,4*
Продолжительность сна	2,7±0,4	3,0±0,3	3,3±0,4*
Количество ночных пробуждений	2,5±0,2	2,7±0,2	2,7±0,2
Качество сна	2,5±0,6	2,8±0,7	2,9±0,5*
Количество сновидений	2,7±0,3	2,9±0,6	3,0±0,4
Качество утреннего пробуждения	2,4±0,4	2,6±0,2	2,7±0,3

Примечание: n – количество наблюдений; \* – достоверность ( $p < 0,05$ ) изменений по отношению к исходному уровню

Катамнестический анализ, выполненный по истечению полугода, отразил сохранение достигнутого эффекта в первой группе в 49% случаев, а в двух других группах – в 20-22% наблюдений.

**Выводы.** Таким образом, выполненное исследование подтверждает целесообразность гомеопатического подхода в лечении больных с астено-агрипнией, особенно при нервно-психических механизмах процесса. Сам достигнутый результат – 53,3% следует признать удовлетворительным, так как под наблюдением

\* ФГБУ РНЦ «Медицинская реабилитация и курортология» Минздравсоцразвития России, Москва, Борисоглебский пер., 9

находились больные хронического профиля, длительно принимающие психотропные средства.

Сохранение при этом эффекта в 48,9% случаев в течение полугода, последующего за лечением, свидетельствует о необходимости динамического наблюдения за больными и своевременного проведения гомеопатической терапии. С другой стороны, терапевтическая устойчивость астено-агрипнии невротоподобного генеза свидетельствует о необходимости проведения дополнительных, в том числе – физических методов лечения.

#### Литература

1. Пластика комбинированная в комплексном лечении больных с проявлениями атеросклероза сосудов головного мозга / Л.Г. Агасаров [и др.] // Гомеопатический ежегодник. – 2001. – С. 80–82.
2. Агасаров, Л.Г. Технологии восстановительного лечения при дорсопатиях Учебное пособие. изд. 2-ое / Агасаров Л.Г. Агасаров. – М., 2010. – 95 с.
3. Березин, Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности / М.И. Березин, М.И. Мирошников, Р.В. Рожанец. – М., 1976. – 176 с.
4. Левин, Я.И. Современная сомнология и некоторые аспекты применения снотворных препаратов / Я.И. Левин, Я.М. Вейн // Кремлевская медицина. – 1998. – №5. – С. 56–58.
5. Мальцев, С.Н. Хронический болевой синдром в клинической психоневрологии / С.Н. Мальцев, В.С. Мальцев // Патологическая боль. – Новосибирск, 1999. – С.51–52.

THE "SOFT" TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT IN THE PATIENTS WITH ASTHENO-AGRIPNIA

I.A.BOKOVA, L.G.AGASAROV, S.A.RADZIEVSKIY

"Medical Rehabilitation and Balneology"

The study is devoted to the problems of patients with asthenogrripnia. The main method used in the clinical effects of homeopathy has been distinguished by efficiency and soft impact. The result confirmed the advantage of this approach over the classical influence of medication or a placebo version. Marked efficacy of homeopathy, in 52.5% of observations should be considered satisfactory, as were under the supervision of chronic patients, refractory to standard therapy.

**Keywords:** asthenic syndrome, agripnia, dorsopathies, clinical homeopathy.

УДК 616.127

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН

А.Н. ЛИЩУК, А.Б. ШАМЕС\*

В статье представлены результаты хирургического лечения женщин с ишемической болезнью сердца по методам используемым в центре кардиохирургии госпиталя. Авторами показана высокая эффективность отработанных принципов и методов в лечении таких пациентов.

**Ключевые слова:** коронарное шунтирование, реваскуляризация миокарда.

В течение прошлых трех десятилетий в многочисленных сообщениях отмечены гендерные различия при хирургической реваскуляризации миокарда [4,9]. Признано, что результаты у женщин, подвергнутых *коронарному шунтированию* (КШ), отличаются от результатов мужчин, в частности, госпитальная летальность после КШ выше у женщин, причем с большей выраженностью в младших возрастных группах [13]. В одном из первых исследований по эффективности КШ (Coronary Artery Surgery Study - CASS) периоперационная смертность у женщин составила 4,5%, у мужчин – 1,9% [11]. В публикациях 80-х годов прошлого века авторы отмечали, что женщины имеют худшую проходимость трансплантатов после КШ, при шунтировании у них реже используется внутренняя грудная артерия, чаще развиваются периоперационный *инфаркт миокарда* (ИМ) и сердечная недостаточность; женщины в меньшей степени испытывают облегчение симптомов стенокардии после операции и у них большая вероятность необходимости в повторной реваскуляризации

миокарда в течение первых 5 лет после КШ. У женщин после КШ более часто развиваются послеоперационный инсульт, кровотечения, необходимость в продленной *искусственной вентилиции лёгких* (ИВЛ) [13]. Увеличение смертности приписывают более мелким размерам коронарных артерий (КА), что может привести к менее долговечным результатам из-за технических ограничений по шунтированию КА [7,8]. В ряде исследований продемонстрированы положительные результаты у женщин в плане снижения послеоперационной смертности, дыхательных осложнений и уменьшения длительности госпитального лечения при выполнении КШ без искусственного кровообращения, однако этот метод лечения у женщин используется редко [3,5]. Поэтому целью нашей работы было изучить эффективность КШ у женщин с *ишемической болезнью сердца* (ИБС).

**Материалы и методы исследования.** На хирургическую реваскуляризацию миокарда направлены 163 женщины с ИБС, их средний возраст составил 69,5±0,5 лет.

Клинические характеристики ИБС устанавливали по терминологии и диагностическим критериям классификации, разработанной и утвержденной Ученым Советом ВКНЦ АМН СССР в 1984 году на основе предложений Комитета экспертов ВОЗ [12], *функциональный класс* (ФК) *стабильной стенокардии напряжения* (ССН) – согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов [10], ФК *нестабильной стенокардии* (НС) – по классификации Hamm C.W., Braunwald E.A [10], стадии (ст.)/ФК *хронической сердечной недостаточности* (ХСН) – по классификации ХСН Национального Общества специалистов по сердечной недостаточности 2002 г. [2].

Всем больным при поступлении выполнено комплексное лабораторно-инструментальное обследование: исследование системного гемостаза, углеводного и липидного обменов, функции почек, ЭКГ, ЭхоКГ, тредмилметрия или суточное (Холтеровское) мониторирование ЭКГ, коронарная ангиография (КАГ).

У 152 пациенток диагностирована ССН: 16,2% случаев ФК II, в 69,1% – ФК III, в 14,7% – ФК IV. Из 11 больных НС у пяти установлена первичная НС IIIB класса, у шести – ранняя постинфарктная стенокардия IС или IIС класса. 32,8% женщин в прошлом перенесли ИМ с формированием постинфарктного кардиосклероза, 88,6% – страдали артериальной гипертонией, 14,3% – алиментарным ожирением, 12,6% – сахарным диабетом, 4,5% – хронической почечной недостаточностью. У 25,7% больных ИБС ранее или при поступлении на лечение диагностирована мерцательная аритмия. У 8,6% женщин выявлены клинические признаки ХСН: IА ст. (ФК II) – у 40%, IБ ст. (ФК III) – у 31,4%, II ст. (ФК IV) – у 2,8%. Объем оперативных вмешательств по хирургической реваскуляризации миокарда представлен в табл. 1.

Таблица 1

Виды выполненных оперативных вмешательств по реваскуляризации миокарда у женщин с ИБС (n=163)

Вид оперативного вмешательства	Число больных	
	абс.	%
Коронарное шунтирование (КШ) с использованием 1 аутовенозного шунта	7	4,2
КШ с использованием 2 аутовенозных шунтов	51	31,2
КШ с использованием 3 аутовенозных шунтов	45	27,6
Маммарно-коронарный анастомоз (МКА)	4	2,4
МКА + КШ с использованием 1 аутовенозного шунта	11	6,7
МКА + КШ с использованием 2 аутовенозных шунтов	4	2,4
КШ с использованием 2 аутовенозных шунтов + пластика аневризмы левого желудочка	3	1,8
КШ с использованием 3 аутовенозных шунтов + пластика аневризмы левого желудочка	4	2,4
КШ с использованием 1 аутовенозного шунта + протезирование аортального клапана	9	5,5
КШ с использованием 2 аутовенозных шунтов + протезирование аортального клапана	17	10,4
КШ с использованием 1 аутовенозного шунта + протезирование митрального клапана	4	2,4
КШ с использованием 2 аутовенозных шунтов + протезирование митрального клапана	2	1,8
КШ с использованием 1 аутовенозного шунта + протезирование восходящего отдела аорты	2	1,8
<b>Всего</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

Оперативные вмешательства с использованием внутренней грудной артерии выполнены у 19 (11,6%) больных, аутовенозное КШ – у 103 (63,2%), сочетанные операции (КШ и пластика аневризмы левого желудочка или протезирование аортального или митрального клапана - у 41 (25,1%). Распределение больных по количеству шунтированных КА представлено в табл. 2.

\* ФГКУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого Минобороны России», Красногорский р-н, п. Нахабино, ул.Школьная д.1, Московская обл., 43430