

на 100 мл при ПНК, оба показателя достоверно отличались от контрольных значений. Уровень протеина С при ПНК снизился до 88,3±4,8%. Также определен недостоверно сниженный при ПВК, уровень антикоагулянтов – антитромбина III - 86,3±2,5% и достоверное от контроля снижение при ПНК 82,1±1,7%.

После операции определено дальнейшее удлинение фибринолиза. Уровень ХIIа-зависимого фибринолиза составил при ПНК 25,5±2,1 мин. Выявлен сохраняющийся повышенный уровень концентрации РФМК 23,8±1,4 мг на 100 мл, более выраженный при ПНК. Определена сниженная активность прокоагулянтных факторов. Активность антитромбина-III составила 77,4±4,6% при ПНК. Снижение уровня протеина С выявлено при ПНК 82,4±4,3%, что отличало данные показатели от контроля на 16%.

На 10 сутки показатели ХIIа-зависимого фибринолиза составили 16,2±1,7 мин при ПНК, с сохранением достоверного отличия от контрольных значений. Сохранялся также повышенный уровень концентрации РФМК, что было более выражено при ПНК, и составило 21,4±1,4 мг на 100 мл. Также определен недостоверно сниженный уровень антикоагулянтов – антитромбина III – 89,3±2,5% при ПВК и 87,2±4,5% – при ПНК. Уровень протеина С был сниженным, однако достоверно не отличался от контроля.

У больных выявлено угнетение системы фибринолиза (достоверное удлинение ХIIа-зависимого фибринолиза), что сопровождалось ростом содержания в плазме продуктов распада фибрина РФМК и на фоне снижения активности антикоагулянтных факторов и протеина С, что связано с истощением их резервного потенциала. Эти изменения на фоне усиленной пристеночной и внутрисосудистой активации свертывания в условиях эндотелиальной дисфункции могут определять более выраженную степень тромбинемии развитие микротромботических изменений.

Выводы. Состояние системного гемостаза у больного с травмами конечностей характеризуется ранней преимущественно преэндотелиальной и эндотелиальной активацией тромбоцитов (адреналин и коллаген-гиперагрегация). Усиление протромбогенного потенциала сосудистой стенки (фактор Виллебранда), истощением антикоагуляционного резерва (протеин С) наряду с изменениями плазменно-коагуляционного гемостаза и фибринолиза. Изменения показателей сосудисто-тромбоцитарного, плазменно-коагуляционного гемостаза и фибринолиза зависят от локализации травмы. Наиболее выраженные нарушения у всех механизмах активации тромбоцитов (эндотелиальных, мембранных, внутриклеточных), системы плазменно-коагуляционного гемостаза и фибринолиза наблюдается при ПНК, особенно в послеоперационный период. Сохраняющиеся изменения в системном гемостазе на 10 сутки наблюдения, преимущественно при ПНК, обуславливают необходимость более длительного использования антиагрегатных и антитромбиновых препаратов.

Литература

1. Власов С.В. Тромбозмобилические осложнения при политравме. Политравма: диагностика, лечение и профилактика осложнений. Мат-лы конф. г. Ленинск-Кузнецкий.– 2007.– С 251.
2. Горшков С.З. // Мед. помощь.– 2000.– № 4.– С. 14–16.
3. Долганова Т.П. и др. Мат-лы науч.конф. «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии», проводимой в рамках международного форума «Человек и травма», Н. Новгород.– 2001.– Н. Новгород.– 2001.– Ч. 1.– С. 35–36
4. Джумабеков С.А. и др. // Травматология и ортопедия.–, 2005.– №2.– С. 198–199.
5. Исаков Б.Д. и др. // Здоровоохранение Кыргызстана.–2005.– №1.– С. 163–164.
6. Шпагина Л.А. и др. Эндотелиальная дисфункция при вибрационной болезни: клинические и патогенетические аспекты. Монография.– 2004.
7. Ansari MT et al.//SAR.– 2006.– Vol.17 (5)– P.335–341.
8. Kohro S. et al. Intermittent pneumatic foot compression can activate blood fibrinolysis without changes in blood coagulability and platelet activation. Department of Anesthesiology, Sapporo Medical University School of Medicine, South 1 West 16, Chuo-ku, Sapporo, Hokkaido 060-8543, Japan. 2005 May; 49(5):660-4.

УДК: 616-009;616.895;633.88

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАНИЙ НЕЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕВРАСТЕНИЕЙ

С.А.БОЖКО, Ю.А. БЕКЕТОВ*

В настоящее время насчитывается около 400 миллионов человек, которые больны той или иной формой психического расстройства. Из них порядка 80% страдают пограничными (на грани здоровья и болезни) нервно-психическими нарушениями, среди которых лидирующее место занимают неврозы [1]. Лица с пограничными психическими расстройствами часто являются больными поликлиник общемедицинского профиля, составляя от 20 до 64% пациентов [3]. Астенический синдром является одним из самых частых в практике любого врача и наблюдается у всех категорий населения. [8]. По данным различных исследователей, астенией больны от 10 до 45% людей. [2]. На долю жалоб, связанных с астенией, приходится более 60%. [8].

Ослабленная активность системы психической адаптации лежит в основе многих заболеваний. Как правило, невротические реакции и состояния являются следствием высоких психических нагрузок или резко воздействующих стрессовых факторов, которые, помимо физических ощущений, приводят к дизадаптации социального положения личности [4], соответственно успешность лечения в значительной мере определяется подбором адекватных методов терапии с учетом многофакторности этиопатогенеза и полисимптомности расстройств невротического уровня. В последнее время значительно возрос интерес к немедикаментозным методам лечения, изучается вопрос их правильного использования и оптимального применения с максимальным эффектом.

Цель исследования – оценка клинической эффективности используемых комплексов методов (психотерапии в сочетании с рефлексотерапией (акупунктурой) и фитотерапией) у изучаемого контингента больных,.

Критериями включения в исследование были: репродуктивный возраст больных и наличие в структуре психопатологического состояния неврастения, в соответствии с критериями МКБ-10. Критериями исключения из материала исследования являлись: наличие у больных психопатологических расстройств эндогенного и соматогенного происхождения, неврозоподобных расстройств в рамках органического поражения ЦНС. В исследование не включали пациентов с любой клинически значимой соматической патологией. Проведено клиническо-психологическое, катamnестическое и статистическое исследование. В методы исследования входил набор стандартных тестов: шкала оценки Гамильтона (HDRS-21 пункт), шкала общего клинического впечатления (CGI), опросник САН. Оценку вели до начала лечения, на 14, 21 и 35 день терапии.

Таблица 1

Распределение пациентов в группах в зависимости от вида лечения

Деление пациентов на подгруппы		Пациенты, чел.
Номер группы	Лечебные сочетания в подгруппах	
1	Психотерапия Рефлексотерапия	36
2	Психотерапия Фитотерапия	33
3	Психотерапия	27
Итого:		96

Исследуемую группу составили пациенты (96 человек) с неврастенией (F48.0 по МКБ-10), из них 31,6% женщин (31 чел.) и 68,4% мужчин (65чел.) в возрасте от 18 до 40 лет.

Методами немедикаментозного лечения были психотерапия, фитотерапия и рефлексотерапия (акупунктура). Контролем являлась группа, в которой проводилась только психотерапия. В зависимости от применяемых методов, пациенты были разделены методом рандомизации на три сопоставимые группы, которые различались между собой только схемой лечения (табл.1).

Психотерапия включала в себя следующие методы: недирективная, каузальная, рациональная, семейная психотерапия, гипнотерапия, а также обучение техникам аутогенной тренировки. При выборе методов психотерапевтического лечения мы подходили индивидуально к каждому пациенту, учитывая осо-

* Каф. немедикаментозных методов лечения и клинической физиологии ФДПОП ММА им И. М.Сеченова

бенности его личности, роль среды, ситуации, глубину и психопатологическую структуру аффективного состояния, степень дизадаптации. В работе с пациентами с астеническим компонентом большое значение придавалось психотерапевтическим методикам, стимулирующим механизмы активной компенсации («уход в деятельность»), формирование мотиваций, реалистической оценки поведения и коррекцию коммуникативного стиля.

В исследовании использовался метод корпоральной акупунктуры, который проводился по общим правилам. Курс лечения состоял из 10-12 сеансов иглоукалывания в специфические активные корпоральные точки. Выбор точек и метода воздействия определялся индивидуально в зависимости от структуры психопатологического состояния, соматовегетативной патологии и клинических проявлений заболевания у пациента. В основном использовался 2-й вариант тормозного метода.

Метод фитотерапии подразумевал использование лекарственных сборов. Составляя фитопрописи для нашего исследования, мы исходили из того, что все травы, входящие в фитосбор, разрешены к применению и описаны в руководствах, использованные растения доступны и адаптированы для пациентов той местности, где проводилось исследование (средняя полоса России) [5–7] и др.). При составлении сбора учитывался спектр терапевтического действия каждого растения, тип психопатологического расстройства, синдромологическая картина расстройства, имеющиеся в анамнезе соматовегетативные заболевания, наличие/отсутствие противопоказаний и аллергических проявлений. Применение сборов растений базировалось на том, что эффект от приема трав, составленных исходя из нескольких, необходимых в каждом конкретном случае растений, несравненно выше, влияние его на организм более разностороннее, а действие мягче [7]. Использованные в исследовании травяные сборы включали в себя, как правило, 5-7 компонентов.

Среди клинических особенностей, характерных для этой категории лиц, выявлялось наличие повышенной эмоциональной возбудимости по незначительному поводу в сочетании с быстрой истощаемостью, утомляемостью, слезливостью, жалобами на головную боль, рассеянность, трудность сосредоточения внимания, поэтому затруднено запоминание, сниженная работоспособность. Отмечалось нарушение сна (затруднено засыпание, поверхностный сон с беспокойными сновидениями, не приносящий отдыха и т. п.). Настроение изменчивое с явлениями раздражительности или вялости, с утратой привычных интересов.

Наиболее характерные жалобы пациентов

Таблица 2

Клинический признак (симптом)	Частота встречаемости, %
общая слабость	100
Утомляемость, снижение работоспособности	100
истощаемость даже после минимальных усилий	100
чувство постоянной усталости	80
нарушение концентрации внимания	78
раздражительность	
головная боль, головокружения	56
нарушение сна (трудности засыпания, поверхностный сон, кошмарные сновидения, бессонница)	53
ухудшение памяти, трудности усвоения новой информации	50
Различные вегетативные нарушения (сердцебиение, аритмия, неустойчивость артериального давления)	37

Кроме того, были выявлены неспецифические жалобы, характерные для целого ряда синдромов: неспецифические жалобы на повышенную тревожность (75%), чувство постоянного внутреннего напряжения (62,5%), снижение фона настроения (65%), снижение самооценки (55%), снижение аппетита (65%), учащенное сердцебиение (45%), боли в левой половине грудной клетки, не связанные с физической нагрузкой (40%), сердцебиение, вазомоторная лабильность в виде быстрого покраснения или побледнения лица, потливость, похолодание конечностей, запоры. Характерно, что указанные жалобы появлялись в основном после эмоциональных или умственных нагрузок, к концу рабочей недели, а облегчались при устранении эмоционального напряжения, при нормализации режима труда, отдыха и сна. Среди причин, заболевания можно выделить наличие чрезмерного или длительного переутомления на фоне отрицательных эмоций, сопровождающихся факторами, ослабляющими организм (нарушение ре-

жима сна и питания, интоксикации алкоголем и никотином). Все обследуемые завершили курс лечения, который составил 35 дней. Можно отметить положительную динамику во всех группах на фоне проводимой терапии. В результате лечения улучшилось самочувствие и настроение. Положительный эффект подтвержден динамикой показателей использованных стандартных шкал и тестов со спадом выраженности в баллах ($p > 0,05$).

В первую половину курса лечения наиболее быстрое и динамичное нарастание терапевтического эффекта отмечалось в группе, получавшей лечение сочетанием рефлексотерапией и психотерапией, но к концу лечения терапевтическая динамика несколько ослабевала. Группа больных, получавшая лечение сочетанием психотерапии и фитотерапии, характеризовалась более медленным нарастанием терапевтической динамики на начальном этапе лечения, чем в двух других, однако к концу курса у больных отмечался стабильный рост лечебного эффекта. Группа лиц, получавшая лечение только методом психотерапии, характеризовалась постоянной положительной динамикой, но не столь динамичной, как в сравниваемых группах.

Использование сочетания психотерапии и фитотерапии целесообразно для лечения лиц, в клинической картине которых астеническая симптоматика сочетается с тревожной, и с депрессивной симптоматикой. Применение сочетания рефлексотерапии и психотерапии оправдано при наличии достаточно выраженных вегето-соматических проявлений, при наличии в клинической картине на фоне невращения, выраженного тревожного компонента. Метод психотерапии в качестве монотерапии продемонстрировал недостаточную эффективность в рамках времени, отведенного для проведения данного исследования.

Комплексный подход, включающий психотерапию с фитотерапией и рефлексотерапией, дает возможность добиться эффективного результата, а хорошая переносимость, отсутствие побочных эффектов, доступность с практической и финансовой точки зрения позволяют рекомендовать их при невращении.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.– 2000.
2. Александровский Ю.А. и др. Нооклерин в решении проблемы астении // TERRA MEDICA nova.– 2004.– № 4.
3. Бойко Ю.П., Гончарова Э.Л. Методические рекомендации №38, Комитет здравоохранения г.Москвы.– М., 2002.
4. Вальдман А. В., Александровский Ю. А.// Психофармакотерапия невротических расстройств.– М.: Медицина.– 1987.
5. Носов А. Лекарственные растения.– М.: ЭКСМО-Пресс, 2001.– 349 с.
6. Свиридонов Г. Лесной огород.– М.: Молодая гвардия; 1984.– 223 с.
7. Соколов С.Я, Замотаев И.П. Спр-к по лекарственным растениям (фитотерапия).– М.: Недра, 1987.– 512 с.
8. Юдельсон Я. Б. и др. Лечение функциональной астении // Вестник Смоленской медицинской академии.– 2003.– № 4

УДК 616.74/75-009.7-053.9-085.84

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ГЕРОНТОЛОГИИ

Л.М.КУДАЕВА, В.А.ФРИДМАН*

Терапия миофасциального болевого синдрома (МФБС) является одной из актуальных и приоритетных проблем современной неврологии [1]. МФБС – наиболее частая причина хронических болей в спине и конечностях. В основе МФБС лежит формирование в мышцах триггерных точек, раздражение которых вызывает и локальную, и отраженную боль (в удаленной от этой точки зоне). Причиной формирования триггерных точек могут быть травмы (в т.ч. хроническая микротравматизация мышц), перегрузка мышц (например, при длительном пребывании в неудобной позе, асимметрии скелета, сколиоз), метаболические расстройства, нарушение питания. Вторичный МФБС может возникнуть на фоне ревматологических и неврологических заболеваний, вертеброгенной патологии, радикулопатии, туннельные

* Московская медицинская академия имени И.М.Сеченова