

14,8%, в группе 2 – на 23,3%. В то же время фибрин-агрегация уменьшилась и составила 93,6% и 58,9% в группе 1 и 2 соответственно, что достигло контрольных показателей и приблизилось к значению до лечения. Самым надежным критерием эффективности служит оценка процессов ремоделирования сосудов и показателей базальной микроциркуляции [5]. При лечении препаратами телмисартаном и клопидогрелем получена положительная динамика: снижение ТИМ/Д в группе 1 на 21,1%, а в группе 2 – на 23,6%. При этом данный показатель был выше, чем в контроле, что говорит о стойкости механизмов ремоделирования. Улучшение микроциркуляции было в обеих группах больных: ПМ в группе 1 и 2 увеличился на 23,9% и 24,6% соответственно.

Заключение. Лечение больных с сосудистыми нарушениями при ВБ и в сочетании с АГ должно быть направлено на улучшение кровотока. С этих позиций важную роль будут играть схемы лечения, направленные на коррекцию эндотелиальной дисфункции, улучшение системного гемостаза, прежде всего, сосудисто-тромбоцитарного. Включение в схему лечения телмисартана и клопидогреля позволило наряду с клиническим улучшением, нормализацией АД, улучшить эндотелиальную функцию, прежде всего, повысить уровень NO, снизить уровень эндотелина-1, агрегацию тромбоцитов, протромбогенную активность плазмы, снизить агрегацию, причем прежде всего прендотелиальную и мембранную, что подтверждается специфическими индукторами АДФ и нативным фибрином. Улучшение показателей гемостаза и эндотелиальной сосудистой функции позволило привести к снижению темпов ремоделирования, улучшению кровотока в периферических сосудах и микроциркуляции.

Литература

1. Артамонова В.Г. и др. // Медицина труда и промышленная экология.– 2000.– №2.– С.1–4.
2. Баркаган З.С. и др. Патология кровообращения и кардиохирургия.– 2002.– № 1.– С. 65–71.
3. Потеряева Е.Л. Вибрационные ангиопатии: патогенез, клинико-морфологические особенности и лечение (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис... док. мед. наук.– Новосибирск, 2000.– 43 с.
4. Ignarro L.J. et al. // Proc. Natl. Acad. Sci. USA.– 2003.– Vol. 84.– P.9265–9269.
5. Lefer D.J. et al. // Methods Findings in Experimental Clinical Pharmacol.–2001.– Vol.15 (9)–P.617–622.

УДК 364-786+616.891.4

ОСОБЕННОСТИ ЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

В.В.КОШЕЛЕВ, Ю.А.БЕКЕТОВ*

Эпидемиологические данные свидетельствуют о широком распространении психических расстройств с преобладанием в клинической картине астенической симптоматики [3, 9]. Являясь одним из наименее специфичных вариантов общей патологии, комплекс астенических нарушений может возникать как при неврологических расстройствах, так и при органических поражениях ЦНС различного генеза, а также – в результате соматогенных влияний [1, 4, 13]. В свою очередь, наличие астении определяет снижение неспецифической резистентности и специфических иммунологических параметров организма, вызывает вегетативную и эндокринную дисфункцию, ухудшает толерантность к воздействию различных стрессогенных факторов [2,3]. Клинические проявления и степень выраженности астенических нарушений варьируют в континууме от физиологического утомления, развивающегося у практически здоровых людей, парциальных, формирующихся в рамках реакций адаптации астенических жалоб – до симптомокомплексов, где астения является ядром психопатологической картины, возникающей при психогенных, эндо- и экзогенных психических заболеваниях [4, 8]. Варибель-

ность патогенеза и клинической картины астенических состояний, их этиологическая гетерогенность определяют сложность разработки лечебно-восстановительных подходов для эффективной реабилитации пациентов с астенической патологией [9,12].

Цель работы – изучение особенностей этапной дифференцированной реабилитации пациентов с астенической патологией.

Материалы и методы. Исследование проведено в 1994–2006 гг. в Московской городской психиатрической клинической больнице №12. В соответствии с задачами для исследования отбирались больные с преобладанием в структуре психического состояния астенических расстройств в виде быстрой физической и психической истощаемости, гиперестезии, нарушений сна, волевой и эмоциональной неустойчивости, вегето-сосудистых расстройств, метеопатии. Всего изучено 55 больных с преобладанием в клинической картине астенических нарушений. Средний возраст – 46,10±8,61. Преобладали женщины – 38 человек (69,09%). Большая часть пациентов имела высшее образование – 46 человек (83,64%). В зависимости от проявлений астенических расстройств выделялись их основные варианты: астенический с преобладанием гиперстенических проявлений; астенический с преобладанием гипостенических проявлений; дистимический

При гиперстенических расстройствах настроение отличалось выраженной неустойчивостью с легко возникающими эмоциональными реакциями раздражительности, обиды или тревоги. Больные отмечали «гипертрофированную» ранимость, чрезмерную чувствительность к яркому свету и громким звукам. В случаях преобладания явлений гипостении преобладали жалобы на снижение жизненного тонуса, выраженную утомляемость, упадок сил. Дистимический вариант определялся, когда наряду с выраженной астенией, явлениями физического и психического истощения, гиперестезией наблюдалось устойчивое снижение настроения, заниженная самооценка, нарастающие при утомлении, чаще к вечеру. Отмечались снижение аппетита и ухудшение ночного сна с «ранним пробуждением», утрата прежних интересов, увлечений, «радости жизни».

Границы между указанными выше синдромами в определенной мере условны, поскольку в структуре каждого из них представлены в разной степени выраженности астенические расстройства и симптомы: нарушения интеллектуальной продуктивности, жизненных функций (расстройства сна, аппетита) а также снижение либидо и потенции. Согласно МКБ-10 диагностировалось следующие состояния: органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство F06.6, органическое расстройство настроения F 06.3; легкое когнитивное расстройство F06.7; депрессивный эпизод легкой степени F32.0; смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2; расстройство приспособительных реакций F 43.2; невращения 48.0.

Для оценки эмоционального состояния пациентов применялись методики САН [6] и метод световых выборов [11]. Эффективность оценивалась с использованием группы сравнения, сопоставимой по клиническому и социально-демографическим характеристикам, в количестве 30 человек, которым проводилось традиционное лечение с применением фармакотерапии, физиотерапии и лечебной физкультуры.

Восстановительные мероприятия проводились поэтапно: консультативный этап → этап клинической терапии → этап восстановительной терапии → этап реадaptации.

В отличие от описанных в литературных источниках этапов реабилитации [12] у изученного контингента пациентов выделялся консультативный этап. Такое внимание к консультативным и лечебно-диагностическим мероприятиям обусловлено не только частотой выявляемых при астенических расстройствах соматических нарушений, но и формированием при первичном приеме и обследовании основ психотерапевтического контакта между пациентом и лечащим врачом, медицинским персоналом, формирование доверительного отношения к лечебному учреждению в целом («эффект лечебного влияния стен ЛПУ»).

Выделение этапа клинической терапии основано на необходимости активной фармакотерапевтической редукции основных синдромообразующих проявлений астенического расстройства: эмоциональной лабильности и гиперестезии, вегетативных и диссомнических нарушений, психической и физической истощаемости. Для решения этой задачи, как правило, применялась комбинированная психофармакотерапия, включающая нейрометаболические стимуляторы, вегетостабилизирующие средства,

* Каф. нелекарственных методов лечения и клинической физиологии с курсом психотерапии и клинической психологии ФДПОП ГОУВПО ММА им. И.М. Сеченова, 119992, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11 корп. 9, тел (495) 246-96-76

гипнотики, антидепрессанты. При этом акцент фармакотерапии определялся преобладающими в клинической картине нарушениями. Предпочтение отдавалось препаратам, сочетающим в спектре действия влияние на разные компоненты астенического синдрома, а также лишённым нежелательных эффектов.

На этапе восстановительной терапии дозировки применяемых препаратов уменьшались до поддерживающих, происходило смещение акцента с психофармакотерапии на нелекарственные методики, включение в восстановительный комплекс психокоррекционных и телесно-двигательных методов, социальная активация. В отличие от предшествующих этапов, длительность этапа восстановительной терапии определялась клиническими и психологическими показателями. На этом этапе завершалась редукция астенической и сопутствующей симптоматики, полностью восстанавливалась трудоспособность, осуществлялась активная коррекция личностных психологических стратегий, закладывались основы профилактики астенических нарушений.

Задачей этапа реадaptации являлось формирование устойчивой ремиссии и активная вторичная профилактика астенических расстройств. В основе решения указанной задачи лежало активация эмоционально-мотивационной составляющей, продолжение занятий лечебной гимнастикой и телесно-ориентированными методиками, групповая психотерапия, индивидуальное психологическое консультирование (табл. 1.)

Таблица 1

Основные направления реабилитационных мероприятий у пациентов с астеническими расстройствами на разных этапах

Консультативный	Первичная консультация психиатра - психотерапевта и планирование объемов, методов и сроков лечения. Выявление вероятной соматической патологии (ЭКГ, клинические анализы крови и мочи, консультирование). Психодиагностика актуального состояния - в большинстве случаев компьютеризированная. Мероприятия данного этапа осуществляются в амбулаторном режиме, с экспертизой трудоспособности.
Клинической терапии	Основан на фармакологической коррекции астенических расстройств с применением лекарственных препаратов, обладающих соответствующим спектром действия и минимальной вероятностью развития побочных и нежелательных явлений. Данный этап осуществляется в условиях стационарного или «полустационарного» лечебно-восстановительного режима, включает дообследование, подбор и начало применения нелекарственных методов восстановительного комплекса.
Восстановительной терапии	Направлен на восстановление механизмов психологической и биологической адаптации, активацию эмоционально-волевой сферы. Проводится постепенное смещение акцента с психофармакотерапии на нелекарственные методики, уменьшение дозировок применяемых препаратов до поддерживающих, активное включение в восстановительный комплекс психокоррекционных и двигательных методов. Социальная активация с использованием системы лечебных отпусков, переводом на более свободный режим пребывания. Восстановление трудоспособности обуславливает возможность возвратиться к трудовым обязанностям, совмещать их с лечебно-восстановительными мероприятиями.
Реадаптации	Продолжение восстановления функциональных механизмов адаптации с акцентом на психотерапевтические мероприятия (коррекцию социально-психологических стереотипов, реконструкцию дезадаптивных личностных установок). Возможно продолжение занятий лечебной физкультурой, посещение психотерапевтических групп, индивидуальное психологическое консультирование. Занимает более длительный временной интервал, чем предыдущие этапы восстановления и, как правило, осуществляется в амбулаторно-консультативном режиме при совмещении с трудовой деятельностью и социальным функционированием в полном объеме.

Изучение влияния консультативного этапа реабилитации на психоэмоциональное состояние пациентов, позволило нам установить, что на данном этапе пациенты решают задачу доверия своих психологических проблем и своего здоровья в целом специалистам, происходит сравнение ожидаемых и реальных впечатлений от посещения ЛПУ, у пациента возникает ощущение - оценка психотерапевтического климата учреждения в целом. Применение методики САН позволило отметить изменение эмоционального состояния пациентов при прохождении первичных консультативных мероприятий и медобследования (рис. 1.)

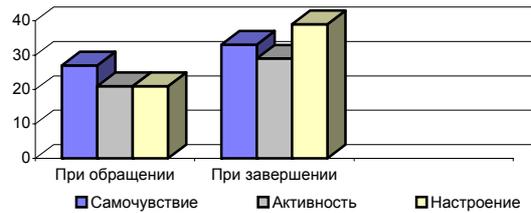


Рис. 1. Динамика самооценки по методике САН в процессе первичного консультативного приема.

Примечание: При обращении – непосредственно перед началом первичного консультативного приема. При завершении – на завершающей стадии первичного консультативного приема

Применение метода цветочных выборов позволило установить, что в процессе консультативного приема, у исследуемых пациентов уменьшалась частота присутствия дополнительных цветочных таблиц на первых 4-х позициях, основных цветов – на 7-й и 8-й позициях, что соответствовало повышению уровня оптимизма, формированию психологической установки на преодоление медицинских и иных проблем (табл. 2).

Таблица 2

Динамика цветочных выборов в процессе первичного консультативного приема

	Частота присутствия дополнительных цветов на 1 и 2 позиции	Частота присутствия дополнительных цветов на 3 и 4 позиции	Частота присутствия основных цветов на 7 и 8 позиции
До консультативного приема	22,6 %	32,2 %	33,9 %
По завершении консультативного приема	12,2 %	20,4 %	4,1 %

Исследования показали, что этапная организация лечебно-восстановительного процесса при астенических нарушениях способствует более раннему повторному обращению при необходимости медицинской или психологической помощи, что обуславливает профилактику развития психической дизадаптации, в том числе - астенических расстройств (рис. 2.).

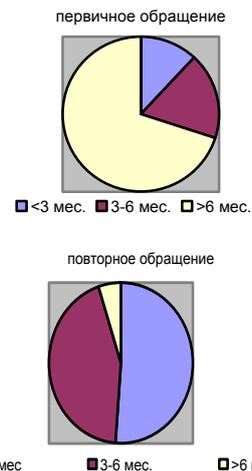


Рис. 2. Длительность периодов от появления симптомов дизадаптации до первичного и повторного обращения.

Удельный вес пациентов, обратившихся за медицинской помощью в течение 3–6 месяцев после появления симптомов психической дизадаптации, существенно преобладает в группе повторных больных. Тогда, как первичные пациенты в большинстве случаев обращались за медицинской помощью лишь по истечении 6 месяцев от начала заболевания.

Сравнительная оценка эффективности этапной реабилитации у пациентов с астеническими расстройствами см. в табл.3.

При оценке эффективности реабилитационных мероприятий, проводившейся по катamnестическим данным в течение 1 года после выписки пациентов, отмечается значительно более

высокая эффективность этапной реабилитации по сравнению с группой сравнения. Выявленное преимущество объясняется более полной редукцией астенических расстройств и восстановлением социальной активности, большей устойчивостью реабилитационного эффекта, сохранившегося в течение относительно длительного периода (1 года) после выписки пациентов и ЛПУ.

Таблица 3

Показатели сравнительной эффективности этапных реабилитационных мероприятий при астенических расстройствах

Оценка эффективности	Этапная реабилитация N=55	Группа сравнения N=30
Практическое выздоровление	69,09 %	36,67 %
Значительное улучшение	18,18 %	50,00 %
Незначительное улучшение	12,73 %	13,33 %
Отсутствие динамики или ухудшение	0	0

Этапность реабилитационных мероприятий при астенических расстройствах имеет свои особенности: выделен консультативный этап реабилитации, что обусловлено как частотой выявляемых при астенических расстройствах соматических нарушений, так и необходимостью формирования базиса психотерапевтического контакта; показано изменение психоэмоционального состояния в процессе консультативно-диагностического этапа реабилитации, определяющее успешность формирования доверительного, психореабилитационного «климата» в ЛПУ.

Эффективное проведение этапной реабилитации при астенических расстройствах позволяет сократить период от появления симптомов дизадаптации до повторного обращения за медицинской помощью. Эффективность этапной реабилитации при астенических расстройствах превышает эффективность реабилитации в группе сравнения, осуществляющуюся традиционным методом. Оценка эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий при астенических расстройствах, учитывая многофакторность и устойчивость патогенетических механизмов астении, надо проводить длительно, используя данные катамнеза.

Литература

1. Айрапетянц М.Г., Вейн А.М. Неврозы в эксперименте и в клинике.– М.:Наука. 1982.–272 с.
2. Александровский Ю.А. и др. // Невропат. и психиатр.– 1989.–Т.89, Вып.5.– С.111–117.
3. Андресен Б. и др. // Социальная и клиническая психиатрия.– 1995.– Вып.2.– С.6–14.
4. Бобков Ю.Г., Виноградов В.М. Фармакологическая коррекция утомления.– М.: Медицина, 1984.–208 с.
5. Голодец Р.Г., Авербах Я.К. / В кн.: Эпидемиологические исследования в неврологии и психиатрии.– М., 1982.– С. 130.
6. Доскин В.А. и др. // Вопросы психологии.– 1973.– №6.– С.141–145.
7. Краснов В.Н., Вельтищев Д.Ю. // Психиатрия и психофармакотерапия.– 2000.–Т.2, №6.– С.168–171.
8. Незнамов Г.Г. и др. // Мат-лы Всерос. науч. конф. и с междунар. Участием «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической фармакологии».– СПб, 1999.– С.146.
9. Петраков Б.Д., Беляева Г.Г. Профилактика и терапия пограничных нервно-психических расстройств у рабочих промышленных предприятий.– М., 1997.– С. 496–500.
10. Подрезов В.П. и др. // Мат-лы конф. «Современные подходы к программам восстановительной медицины и реабилитации в ведомственном здравоохранении».– М., 2005.– С.70
11. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности: Теория и практика психодиагностики.– М., Ин-т прикладной психологии, 1997.– 480 с.
12. Тихоненко В.А. / В сб. Нелекарственные методы реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами.– М., 2005.– С.6-17.
13. Туманов В.П. Реабилитология и внутриклеточные регенераторные процессы.

УДК 613.644:616.15/17]-07-091

СИСТЕМНЫЙ ГЕМОСТАЗ И СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

О.Н. ГЕРАСИМЕНКО, Л.А. ШПАГИНА, И.С. ШПАГИН, З.К.ЧАЧИБАЯ*

Вибрационные ангиопатии представляют собой адекватную модель для изучения сосудистых расстройств, поскольку в клинике заболевания нарушения периферического кровообращения и микрососудов являются наиболее яркими и специфичными [1]. В механизмах развития вибрационных ангиопатий важное значение имеет синдром высокой липопероксидации, тканевая гипоксия, ранние нарушения сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза, изменения нейро-гормональной регуляции сосудистого тонуса [5]. В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) и атеросклероз (АТ) являются ведущими в структуре сердечно-сосудистой заболеваемости и развитии осложнений у лиц трудоспособного возраста, нанося серьёзный медико-социальный и экономический ущерб обществу [9]. Изучение системного гемостаза при сосудистой патологии [2, 3] актуально. В патологических условиях, при воздействии индукторов (замедление кровотока, катехоламины, коллаген, комплексы «антиген – антигено», гиперлипидемия, нарушение целостности эндотелия и др., резко возрастает агрегационная функция тромбоцитов, в результате чего образуется тромбоксан А₂, обладающий мощным проагрегантным и вазоконстриктивным действием [2, 6]. Тромбоцитарные агрегаты могут повреждать сосудистый эндотелий, проникать в интиму и вести направленную доставку липопротеидов низкой плотности в сосудистую стенку, способствуя липоидозу и развитию атеросклероза, т.е. в условиях патологии тромбоциты могут выступать в качестве патогенных факторов, ухудшая процессы микроциркуляции и ускоряя атерогенез [7–8].

Методика. Проведено комплексное исследование 136 больных ВБ I степени тяжести от воздействия локальных вибраций. Их них, 47 больных ВБ, 46 – больные ВБ и АГ, 43 – больные ВБ в сочетании с АГ и АТ. Все обследованные – мужчины, рабочие отрасли самолетостроения города Новосибирска. Средний возраст больных составил 47,02±0,58 лет. Группу сравнения составили 37 практически здоровых мужчин, работающих на том же предприятии вне контакта с вибрацией, средний возраст рабочих – 46,41±1,51. Профессиональный состав обследованных больных: сборщики-клепальщики (87%) слесари механосборочных работ (13%). Стаж виброопасной работы больных ВБ в среднем по группе составил 20,06±0,87 лет. Верификация сосудистых нарушений при ВБ и в сочетании с АГ и атеросклерозом осуществлялась на основе УЗДГ сосудов верхних и нижних конечностей и ЛДФ микроциркуляции. Из исследования исключались больные с острыми или обострениями хронических воспалительных заболеваний, пороки сердца, ишемическая болезнь и цереброваскулярная патология, заболевания бронхолегочной системы.. Диагностика включала в себя лабораторные, функциональные и инструментальные методы исследования. В исследование были включены больные ВБ с начальными стадиями АГ и атеросклероза (доклинический вариант) сонных и периферических сосудов. АГ I и II степени с умеренным риском была в группе больных 1. Атеросклероз начальной (доклинической) стадии установлен по данным УЗДГ, КТ. Всем обследованным по рекомендациям Европейских обществ по гипертензии и кардиологии (2003) проводилась рискметрия по системе SCORE (Systemtic Coronary Risk Evaluation), исключались лица с высоким риском.

Для оценки системы гемостаза определяли общие параметры с использованием наборов и реагентов фирмы «Технология-стандарт» (Барнаул) и НПФ «Ренам» (Москва): активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ) по Caen et al. (1968); протромбиновое время (ПВ) по Quick (1935) с тромбопластином, стандартизованным по международному индексу чувствительности (МИЧ 1,1); тромбиновое время (ТВ) по Biggs, Macfarlane (1962); уровень аутополимеризации фибринмономеров по А.Ш. Бышевскому и соавт. (1985); уровень растворимого фибрина в плазме – орто-фенантролиновым тестом (О-ФТ) по В.А. Елькомову и А.П. Момоту (1987); XIIa-зависимый лизис эуглобулинов по Г.Ф. Еремину и А.Г. Архипову (1982); концентрацию фибриногена в плазме по Clauss (1957); актив-

* Новосибирский ГМУ