

Литература

1. Слоан Т.Б. Успехи в решении проблемы защиты мозга // Вестник интенсивной терапии. 1993, № 1. С. 14-18.
2. Nattie E.E. Ionic mechanisms of cerebrospinal fluid acid-base regulation // J. Appl. Physiol. 1983, № 1. P. 3-12.
3. Rafalowska J., Friedman A., Karczewska E., Niebroj-Dobosz I., Tomankiewicz Z. Ocena badan gazometrycznych oraz kwasu mlekowego w krwi tetnicznej i plynie mozgowordzeniowym w zawalach mozgu // Neurol. Neurochir. Pol. 1978. №12. P. 689-697.
4. Schnaberth G., Schubert H., Summer K. Das Saure-Basengleichgewicht im normalen Liquor cerebrospinalis // Wien Klin. Wochenschr. 1975. № 15. P. 480-484.

ОРЕШНИКОВ ЕВГЕНИЙ ВИТАЛЬЕВИЧ родился в 1969 г. Окончил Чувашский государственный университет. Кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней, главный анестезиолог-реаниматолог Управления здравоохранения администрации г. Чебоксары. Область научных интересов – интенсивная терапия, в том числе интенсивная неврология, нейрореаниматология. Имеет около 40 опубликованных работ.

ОРЕШНИКОВА СВЕТЛАНА ФЕДОРОВНА родилась в 1975 г. Окончила Чувашский государственный университет. В 1998-2002 гг. – клинический ординатор кафедры внутренних болезней, с 2002 г. – врач реанимационно-анестезиологического отделения МУЗ «Городская больница №5» г. Чебоксары. Диссертант кафедры внутренних болезней Чувашского университета. Область научных интересов – интенсивная терапия, в том числе интенсивная неврология, нейрореаниматология, анестезиология. Имеет 10 опубликованных работ.

УДК 616.8 + 616.89

Ф.В. ОРЛОВ, А.В. ГОЛЕНКОВ

РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ ГОЛОВНОЙ БОЛИ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Головная боль (ГБ) является одной из наиболее частых жалоб, предъявляемых больными при самых разнообразных заболеваниях [2, 5, 10, 11]. Почти 70% населения страдают ГБ периодически, примерно 7% – постоянно. ГБ является важнейшей мультидисциплинарной медицинской проблемой [3], достаточно актуальной для современной психиатрии. Распространенность ГБ при психических расстройствах (ПР) составляет 31,0 [8], среди больных неврозами – 58,0% [11]. У психически больных в ряде случаев ГБ рассматривается среди состояний, требующих оказания неотложной психологической и психиатрической помощи [9].

Разноречивость точек зрения на проблему диагностики ГБ в структуре ПР, разная трактовка взаимоотношений ГБ и ПР с недостаточной изученностью их взаимосвязей и отсутствием единой теории делают очевидной необходимость дальнейшего изучения этих вопросов и разработки комплексной терапии и новых подходов.

Материалы и методы исследования. Обследован 181 больной (50 мужчин и 131 женщина) в возрасте от 18 до 59 лет (средний возраст – $36,2 \pm 12,3$ года) с длительностью заболевания от четырех месяцев до шести лет (средняя – $2,6 \pm 0,9$ года). Критерием отбора больных для исследования явилось сочетание жалоб на ГБ с наличием слабовыраженных признаков ПР. Из исследования исключались больные с выраженными эндогенными заболеваниями (большой депрессивный эпизод, биполярное аффективное расстройство, шизофрения), органическим поражением ЦНС. Для изучения отбирались формы цефалгий без острой боли; ГБ на момент обращения к врачу не носила пульсирующего характера.

Клиническая оценка характера ПР проводилась в соответствии с критериями МКБ-10. Анализ клинических особенностей цефалгического синдрома проводился в рамках невротических (НР), шизотипических расстройств (ШР), хронических аффективных расстройств и легкого депрессивного эпизода (ХАР), ПР вследствие дисфункции головного мозга и посткоммоционного синдрома (ДГМ).

Клинико-психопатологический метод включал изучение жизненной истории больного, анамнеза заболевания, преморбидных особенностей личности, психопатологического и соматического состояния больного. Все полученные сведения вносились в разработанную нами «Карту исследования ГБ у лиц с ПР».

Из анамнеза заболевания учитывали возраст к моменту заболевания, длительность заболевания, факторы, способствующие развитию заболевания, особо отмечались провоцирующие и уменьшающие ГБ факторы. Выяснялись значимые для больного психотравмирующие ситуации, наличие тревожности, нервно-психического напряжения. Устанавливалась связь между характером симптомов и содержанием психотравмирующей ситуации. Учитывались симптомы, сопутствующие ГБ.

Общеклиническое и неврологическое исследования проводились с целью выявления характерных изменений заболеваний, протекающих с ГБ, и для установления противопоказаний к проведению лечебных мероприятий. Применялись следующие основные диагностические приемы мануальной терапии: пальпаторное выявление кожных гипералгетических зон, определение способности кожных покровов растягиваться при смещении до выявления барьера или локальных напряжений, в дальнейшем меняя направление; пальпаторное исследование мышц скальпа, шеи, плечевого пояса с целью определения наличия местной и отраженной болезненности, нейродистрофических изменений в

мышцах; исследование суставов шейного отдела позвоночника для установления ограничения объемов движения и характера суставных блокад.

Суммарная оценка эффективности лечения ПР проводилась по четырехбалльной шкале: выздоровление, ремиссия с полным исчезновением психопатологической симптоматики; выраженное улучшение, значительная редукция симптомов; незначительное улучшение, несущественное изменение состояния больного; отсутствие эффекта или ухудшение.

Математико-статистический метод. Анализ материалов исследования производился с использованием пакета прикладных компьютерных программ Statistica for Windows 5.0. Использовались методы описательной статистики, корреляционный и однофакторный дисперсионный анализ, расчет t-критерия (Стьюдента) для абсолютных и относительных величин.

Результаты исследования и их обсуждение. Лечение цефалгических расстройств при ПР предусматривает прежде всего применение психотерапии [1]. Медикаментозная терапия является на сегодняшний день преимущественным методом лечения ГБ. Среди надежных и эффективных методов лечения важным считается комбинирование медикаментозных и немедикаментозных методов [14]. Не вызывает сомнения эффективность сочетанного, одновременного, параллельного воздействия на биологический и психический компоненты заболевания. В связи с этим имеются указания на необходимость применения психотерапии [11, 15], приемов мануальной терапии [5, 7]. Принцип комплексности является одним из основных в психосоматической терапии [6].

Лечение должно осуществляться с учетом особенностей психопатологической симптоматики и соматического состояния каждого конкретного больного, последовательно и дифференцированно. В связи с этим в выборе средств лекарственной терапии, методов и путей психологической коррекции, психотерапии и других методов лечения основополагающим является принцип индивидуализации. Характером заболевания определяется тактика психотерапевтического вмешательства. В практической деятельности возникает необходимость определения участия, степени вовлеченности самого пациента в лечебный процесс. Многим пациентам, впервые обращающимся за помощью, свойственно наделять врача магическими способностями или ролью консультанта-авторитета. Соответственно формируются ожидания на лечение. В этих случаях пациент стремится переложить ответственность за результат на врача, а сам довольствуется пассивной ролью наблюдателя. Такие установки пациента определяют необходимость начала работы с ним в такой форме, при которой методы лечебного воздействия оказывают положительное воздействие на пациента вне зависимости от его усилий, в противном случае контакт с пациентом нарушается и лечение может прерваться. Минимум усилий со стороны самого пациента и пассивное восприятие являются достаточным условием достижения незначительных положительных

результатов. Пациент становится свидетелем эффективности лечения, улучшаются его настроение и отношения с врачом. Для пациентов с положительным клиническим эффектом или установкой только на лекарственное лечение психотерапия заканчивается применением гипноза, гетеротренинга, общей релаксацией под музыку, прослушиванием лекций, беседами, а также приемом лекарственных средств. На данном этапе с теми из пациентов, кто проявляет стремление к стойкому улучшению самочувствия и заинтересованность в сотрудничестве с врачом, используются методы психотерапии, при применении которых инициатива в лечении принадлежит пациенту наравне с врачом. Этот подход предусматривает активное участие пациента в процессе лечения, его стремление к положительным изменениям, работу над собой, своими чувствами, эмоциями, поведением – над всем тем, что называется личностным ростом. Следовательно, определенный подход к психотерапии позволяет строить индивидуальную лечебную программу с учетом отношения пациента к процессу лечения, его ожиданий и готовности к изменениям.

Основы лечения ГБ в структуре ПР определяются сложным комплексом физиологических и психологических изменений, участвующих в формировании ГБ при различных нозологических формах ПР. Преморбидные особенности личности участвуют в патогенезе заболевания, и учет их с выяснением особенностей воспитания, системы отношения личности, с выявлением особо значимых отношений важен при построении комплекса лечебных мероприятий. Следует учитывать конституционально-генетические, экзогенно-органические факторы в развитии заболевания. Определение заинтересованности отдельных звеньев патогенетической цепи с установлением вида ГБ в рамках ПР, правильная клиническая оценка соотношения психического и патофизиологического позволяет воздействовать на причины возникновения и развития ГБ. Многообразие патофизиологических механизмов боли определяет использование для ее подавления широкого спектра лекарственных средств, многие из которых не обладают собственно «анальгетической» активностью. Во многих случаях боль сама является мишенью терапевтического воздействия. Для обезболивания применяются антагонисты медиаторов боли или их рецепторов. Анализ патофизиологических аспектов и различных клинических проявлений ГБ позволяет обнаружить многоуровневость и полисистемность различных звеньев патогенеза и симптомообразования в развитии ГБ. «Заинтересованность» отдельных звеньев патогенетической цепочки и разнообразие путей развития ГБ и ПР показаны на рисунке. ГБ является результатом сложных психических процессов, дисфункции интегративных неспецифических систем мозга, нарушений когнитивных и других механизмов, участвующих в формировании боли. Лечебные воздействия должны оказывать непосредственное влияние на определенные компоненты патоген-

неза симптомов и синдромов [3, 5, 7]. Построенная с учетом этих звеньев индивидуальная лечебная программа повышает эффективность лечения.

Личность
Система отношений, особо значимые отношения, психологический конфликт, особенности воспитания

Биологические свойства центральных аппаратов Лимбико-ретикулярная система мозга	
Конституционально-генетические особенности	Экзогенно-органические особенности

Состояние висцеральных систем
Патофизиологические механизмы

Головная боль

Отдельные звенья патогенетической цепи ГБ в структуре ПР

Использование обезболивающих средств является симптоматическим методом лечения. Чаще всего больные сами принимали препараты анальгетического действия, в том числе комбинированные (цитрамон, седальгин, аспирин), без назначения врача или их назначал им врач общего профиля. Больные с НР часто прибегали к этим средствам. В то же время больные с ПР, несмотря на жалобы, обходились без лекарств. У больных с ХАР обезболивающий эффект лекарства не отмечался или он был незначительный, однако они продолжали принимать анальгетики в надежде на получение эффекта. Больные с ДГМ принимали обезболивающие средства в больших и возрастающих дозировках, включая комбинированные препараты (пенталгин, максиган, баралгин).

При выборе метода индивидуальной дифференцированной терапии мы принимали во внимание известные патофизиологические механизмы развития ГБ. При ПР, выступающих в коморбидности с ГБ, необходима модификация психофармакотерапии. При головной боли напряжения (ГБН), цервикогенной ГБ наилучшего эффекта достигали в результате использования психотерапии в сочетании с мануальной терапией на фоне психофармакоте-

рации (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики). Психотропные препараты применялись в первую очередь при психогенной ГБ для устранения психопатологического синдрома. Эффект лечения повышался при применении психотерапии. В силу длительного приема анальгетиков до обращения за помощью чаще всего их приходилось отменять. Абсолютным показанием для отмены лекарственных средств анальгетического ряда и назначения препаратов тимоаналептического ряда явилась, вызванная применением анальгетиков ГБ. Посттравматическая ГБ и ГБ, обусловленная сосудистыми расстройствами, требовали назначения препаратов метаболического ряда (ноотропы) и цереброваскулярного действия (циннаризин).

Следует отметить, что антидепрессанты как при ГБ, так и при ПР эффективны. При этом важно потенцирование обезболивающего эффекта при комбинировании антидепрессантов с анальгетиками.

Таким образом, при разработке подходов к лечению ГБ в структуре ПР учитывали нозологическую принадлежность ПР и вид ГБ. Отдавали предпочтение комбинированию медикаментозных методов лечения с немедикаментозными (психотерапией, мануальной терапией и др.), одновременно воздействуя на биологический и психический компоненты заболевания. Это позволяло избежать назначения нескольких лекарственных препаратов, сочетанное действие которых не всегда прогнозируемо. В выборе средств лекарственной терапии, психологической коррекции, психотерапии и других методов лечения основополагающими были принципы комплексности, индивидуализации. Указанные обстоятельства отражали особенности лечения ГБ в структуре ПР и позволяли планировать лечебно-реабилитационную тактику.

Нозологические особенности лечения головной боли. В группе НР лечение проводилось с учетом особенностей течения ГБ и ПР. Задачей начального этапа явилось купирование боли. Анальгетики использовались для снятия отдельных пароксизмов ГБ, но не более 5-10 раз в месяц. При ГБ, вызванной применением анальгетиков, препараты анальгетического ряда не назначались. После сбора амнестических сведений, анализа жалоб и динамики заболевания важно было добиться доверительного контакта с больным, выяснить его отношение к болезни. Психотерапия нами строилась с учетом особенностей течения ГБ и невротических расстройств. Особое внимание в психотерапевтической работе мы уделяли устранению возможных конфликтов, предупреждению стрессовых ситуаций.

В развитии невротической ГБ ведущую роль играет дисфункция мышц. В связи с этим частыми формами ГБ были ГБН и цервикогенная ГБ. Для успешного лечения больных данной группы в комплекс лечебных мероприятий мы включали мануальную терапию, направленную на устранение дисфункции мускулатуры, болезненных мышечных уплотнений, постизометрическую релаксацию, массаж. Больному в доступной форме разъяснялся механизм связи эмоционального состояния с сокращением мышц и развитием

ГБ. При НР встречались ГБ, обусловленные сосудистыми заболеваниями. При этих формах ГБ мы назначали цереброваскулярные препараты.

Выбор и назначение психотропных средств (бензодиазепины, антидепрессанты, нейролептики), длительность их применения определяли структурой, выраженностью и курабельностью нервно-психических нарушений: при депрессивных расстройствах назначали антидепрессанты в малых дозах (амитриптилин, флуоксетин), в случае преобладания в клинической картине повышенной раздражительности, тревожности, эмоциональной напряженности назначали транквилизаторы преимущественного тормозного действия (феназепам); в случае преобладания астении, подавленности предпочтительными были транквилизаторы со стимулирующим компонентом действия (грандаксин); при сопутствующих нарушениях сна – нитразепам.

Телесная терапия служила методом выбора. Используемые приемы релаксации, являясь симптоматическими для лечения невротических расстройств, в то же время представляли собой патогенетический метод лечения ГБ, в котором мышечный фактор является одним из основных в развитии цефалгии. Длительная статистическая работа мышц с минимальной интенсивностью, наблюдаемая при нервно-психическом напряжении, может сопровождаться пространственными архитектоническими изменениями самой мышцы [5]. В этих условиях из-за продолжающейся нагрузки происходит искажение регуляции мышечного тонуса на сегментарном и надсегментарном уровнях ЦНС. Для достижения релаксирующего и анальгезирующего эффекта проводили постизометрическую релаксацию мышц. Мышечный спазм устраняли с помощью массажа мягких тканей головы с локальным давлением, растиранием и разминанием над болевой зоной или участком гипертонуса. При болезненных мышечных уплотнениях назначали локальную инъекционную терапию. Большое значение придавали рефлекторной терапии. Приемы мануальной терапии нами применялись также для устранения функциональных блокад в шейном отделе позвоночника как дополнительного очага ирритации. Опосредованное через тело воздействие на психику помогало восстанавливать функциональное единство тела и психики. Физическое высвобождение заблокированных эмоций приводило к осознанию причин, приведших к мышечному закреплению, что служило материалом для дальнейшей работы. Снятие мышечного напряжения с помощью массажа, постизометрической релаксации мышц, лечебной физкультуры способствовало улучшению общего самочувствия, ощущению легкости и прилива сил.

Во время сеансов аутотренинга, психозмоциональной разгрузки достигалось расслабление мышц головы и шеи, наблюдался седативный эффект. Словесные формулы дали возможность произвольно влиять на различные системы и органы в области головы и шеи. Важное значение мы придавали тренировке умения сосредоточиться на мышечных группах, участвующих в мимике раздражения, недовольства, гнева и других эмоциональных проявлениях. Расслабление этих групп мышц сопровождалось успокоением нерв-

ной системы больных. Из успешно применяемых нами методик можно назвать прогрессивную мышечную релаксацию по Джекобсону, которая позволяла снизить нервную активность и сократительные напряжения поперечно-полосатой мускулатуры. Используемая для снятия психического напряжения, успокоения больного психотерапия позволяла уменьшить выраженность симптомов тревоги, депрессии, а также опосредованной боли. В дальнейшем с помощью реконструктивной психотерапии достигались выработка у больного адекватных реакций и форм поведения, формирование правильных убеждений, перестройка его нарушенной системы отношений, разрешение проблем и конфликтов, послуживших причиной формирования и закрепления болезненных симптомов. Использовались телесно-ориентированные психотерапевтические методики. Они основаны на психодинамической концепции о проникновении в сознание вытесненных мыслей и эмоций в состоянии сильной релаксации. Одним из таких методик является метод Хеллерверк. При расслаблении мускулатуры пациенты начинают более свободно говорить о тех психологических проблемах, которые привели тело к ригидности мускулатуры, что успешно используется в дальнейшей психотерапевтической работе. Для предупреждения рецидива мышечного спазма требуется самостоятельное длительное выполнение больным приемов психической (ауто-тренинг, психоэмоциональная разгрузка) и физической (самомассаж, постизометрическая релаксация мышц) релаксации, лечебной гимнастики, поддерживающей психотерапии. В группе НР наблюдались самые лучшие результаты лечения цефалгии (91,0%), что было связано с обратимостью как ГБ, так и ПР.

В группе ШР характер ГБ в значительной мере определялся психическими нарушениями. Ведущим методом лечения с учетом психалгического характера ГБ являлся медикаментозный. Психалгия представляет собой клиническое проявление психосенсорного нарушения. Вытекающее из таких патогенетических представлений лечение направлено не на устранение этой боли, а на патогенетический феномен. Выбор фармакологических средств определялся психопатологической структурой психических нарушений. Применялись препараты нейрорептического (рисполепт, зипрекса) антидепрессивного (амитриптилин), транквилизирующего (феназепам, алпразолам) действия. Психофармакологические средства использовались для нормализации психической активности, аффективности, на что была направлена также когнитивная терапия. Поскольку эти больные переживали по поводу психического характера своего заболевания, эффективной была психотерапия в комплексе с медикаментозной терапией. Исходя из присущих именно этим больным особенностей клиники и течения болезни разяснялась возможность положительного терапевтического прогноза. В процессе индивидуальной психотерапевтической работы учитывались особенности пациента, что помогало проникнуть в его внутренний мир, выяснить характер его переживаний, определить, как оценивает свое состояние сам больной, какие резуль-

таты ожидает от лечения. Для коррекции нарушенного поведения важно было использование полученных сведений о наличии психологических трудностей и конфликтов, правильности опознания наиболее существенных сторон своих отношений с окружающими. Устранение в процессе лечения нарушенного поведения и других проявлений заболевания, хотя они и обусловлены эндогенными причинами, способствует нормализации психического состояния больного, оказывает благотворное воздействие на течение ГБ и эндогенной патологии. В совместной с больным работе выявлялись разного рода неправильные представления, которые неоднократно возникали в жизни этого человека. Проводилась связь между когнитивными искажениями, послужившими причиной эмоционального нарушения, и возникновением ГБ.

В дальнейшем для эмоциональной стимуляции, оживления психомоторики, активизации общения проводились психомоторные занятия пантомимой, игры, лечебная физкультура, а также творческие занятия (рисование, лепка, музыкотерапия). Приемы мануальной терапии в этой группе использовались в случаях, когда ГБ возникала на основе дисфункции мускулатуры в результате дисморфофобических, тревожно-депрессивных расстройств.

У больных с ШР была выявлена самая низкая эффективность (47,0%) по сравнению с другими группами ПР. Хорошие результаты отмечались при редукции цефалгии в условиях прогрессивного течения ПР.

Клиническая картина ХАР складывается как из наличия ГБ, так и из проявлений собственно депрессии. Причем доминировали жалобы вегетативно-соматического спектра, а жалобы собственно психического характера представлены скромно. При депрессивных расстройствах частой формой ГБ являются ГБН, психалгическая ГБ. На практике бывает трудно вычлнить психический или соматический радикал, так как клинически они сопряжены. Патогенетическая связь ГБ и депрессивных расстройств является сложной. Депрессия, с одной стороны, может быть причиной возникновения стойких болевых феноменов и их хронизации, с другой – длительно существующий болевой синдром может привести к формированию эмоционально-аффективных переживаний. Наиболее эффективными при болевом синдроме неорганической природы в сочетании с депрессией являлись психотерапия и лечение антидепрессантами [12]. На начальных этапах эффективно применялись малые дозы антидепрессантов (амитриптилин 50-75 мг/сут., флуокситин 20 мг/сут., ципрамил 20 мг/сут.) с постепенным доведением их до среднетерапевтических. Отмену препарата производили лишь при достижении стойкого эффекта и постепенно.

В этой группе лекарственная терапия антидепрессантами являлась приоритетной в силу патогенетической общности формирования депрессии и ГБ. В то же время при легкой и средней степени депрессии когнитивно-поведенческая терапия и межличностная терапия показали себя такими же эффективными, как и лекарственные препараты (ВОЗ, 2001). Первоочеред-

ной задачей являлась снятие психического напряжения, успокоение больного, разъяснение возможности положительного терапевтического прогноза, основываясь на присущих именно ему особенностях клиники и течения болезни. В дальнейшем проводимая терапия имела целью снятие общего напряжения, достижение релаксации больного. Для этого применялись методы психической релаксации с помощью психотерапии и физической релаксации с использованием приемов мануальной терапии. Нормализация сна, повышение психического тонуса способствовали выработке убежденности в излечимости заболевания.

С учетом присущих для больных этой группы негативного взгляда на мир, негативного отношения к себе и негативной оценки будущего психотерапия была ориентирована на оживление в сознании больного положительно окрашенных эмоциональных переживаний о любимых цветах, занятии, вкусовых предпочтениях, любимом человеке. В дальнейшем формировали у больного адекватное отношение к болезни. Для выработки уверенности в себе использовались элементы поведенческой терапии. Положительные результаты были достигнуты в 72,0%.

Терапевтическое вмешательство при ДГМ было направлено на редукцию выраженности собственно церебрально-органической патологии и сдерживание ее прогрессирования. Лечение ГБ проводилось на фоне регулярных курсов дегидратационной (сульфат магния) и рассасывающей (алоэ, лидаза) терапии, применения ноотропов (ноотропил, пирацетам), витаминов группы В, а также препаратов, улучшающих мозговое кровообращение (циннаризин, кавинтон). Терапевтические мероприятия разрабатывались с учетом полиморфной невротической и неврозоподобной симптоматики, которая усугубляла имеющиеся неврологические симптомы. При выраженности цефалгического синдрома применялись препараты анальгетического действия (цитрамон, седальгин, пенталгин) в виде однократного приема. Больным с посткоммоционным синдромом, а также с дисфункцией головного мозга при преобладании в клинике повышенной утомляемости, слабости, снижения работоспособности назначались ноотропы. При ГБ в структуре ДГМ сосудистого генеза основными медикаментозными средствами были вазоактивные препараты. Лечение церебральной симптоматики, тревожных проявлений болезни предусматривало применение транквилизаторов (феназепам, алпразолам). При недостаточной эффективности этих препаратов, а также преобладании депрессивных синдромов применялись препараты с антидепрессивной активностью (пиразидол, азафен, флуоксетин). В процессе лечения больных с дисфорическими нарушениями применялись мягкие нейролептики типа соннапакса, тералена. В связи с повышенным риском нежелательных побочных эффектов, обусловленных отрицательным влиянием сосудистой отягощенности и органической недостаточности, использовались психотропные средства в малых дозах. Считали также оправданным исполь-

зование немедикаментозных методов лечения. Устранение болезненных мышечных уплотнений в области головы и шеи, восстановление подвижности в суставах позвоночника достигалось с помощью мануальной терапии. Улучшение процессов кровообращения, питания тканей позволяло добиться уменьшения болей. Наличие неврозоподобной симптоматики объясняло роль психотерапии в комплексе лечебных мероприятий. В беседах анализировалась причина ГБ и других проявлений болезни. Это позволяло снизить психическое напряжение. Добившись ликвидации или уменьшения выраженности таких симптомов, как тревога, нарушение сна, тем самым достигались улучшения в течении соматического процесса.

В дальнейшем привлекалось внимание к важности соблюдения общего двигательного режима, регулярности приема назначенных лекарств, других лечебных мероприятий. Значительное внимание в психотерапевтической работе уделялось устранению возможных и часто наблюдающихся конфликтов больных с окружающими. Это способствовало разрыву образующихся взаимозависимостей между органическими и психологическими моментами, участвующими в формировании заболевания. Положительные результаты были достигнуты в 78,0% случаев.

Организационные аспекты лечения головной боли. Комплексность и интеграция усилий специалистов разного профиля возможны при переходе к биопсихосоциальному подходу в лечении ПР и полипрофессиональном бригадном методе работы [4].

Квалифицированная медицинская помощь при ГБ в структуре ПР как в условиях общемедицинских, так и психиатрических учреждений на сегодняшний день сопряжена с рядом трудностей. «Классические» модели психиатрических учреждений не создают благоприятных условий для решения диагностических и лечебных задач у контингента больных соматизированными расстройствами [13]. Кроме того, больные не желают обращаться в психиатрические учреждения, на приеме у врача общего профиля не говорят о проблемах в психической сфере. Терапевту, неврологу сообщают только о ГБ и ее особенностях, а не о скрывающихся за ней психоэмоциональных переживаниях. В связи с этим тактика лечения ГБ в общемедицинской сети в основном фармакологическая, направленная на устранение цефалгии как определенной нозологической формы. Участие биологических и психосоциальных факторов в возникновении ГБ требует применения бригадного подхода к ее лечению. Развитие комплексной терапии при этом подходе способствует оптимизации лечения больных [6].

Из общего числа исследованных нами психически больных с ГБ 75,7% до обращения в Республиканский психоневрологический диспансер (РПНД) безрезультатно лечились у терапевта и невролога по месту жительства. Лечение ГБ в структуре ПР психотерапевтом общесоматической сети сопровождалось улучшением в 53,0% случаев. Лишь 24,3% от всех больных обрати-

лись к психотерапевту самостоятельно, связав цефалгическую симптоматику с психоэмоциональным напряжением. Поздняя обращаемость больных к психиатрам была одной из причин, ведущих к утяжелению заболевания. 19,3% больных обратились к психотерапевту через пять лет со времени начала ГБ и первого обращения в общесоматическую поликлинику, 36,5% – через 1-5 лет, 44,2% – до одного года. Анализ повторных обращений, низкая эффективность лечения ГБ только у терапевта или невролога без учета ПР, а также большое число больных, прервавших лечение у психотерапевта, привело нас к мысли о необходимости использования в оказании помощи при лечении ГБ в структуре ПР бригадной формы работы. Лечение ГБ в данном случае представляет собой сложную организационную и практическую задачу. В нашей работе предпочтение отдавалось комбинированию медикаментозных методов лечения с немедикаментозными (психотерапией, мануальной терапией). Это позволяло избегать назначения нескольких лекарственных препаратов, совместное действие которых не всегда прогнозируемо. Кроме того, немедикаментозные методы имели преимущество в случаях лечения ГБ, вызванной применением анальгетиков.

Своеобразие клинической картины ГБ в структуре ПР, динамика, а также последующая редукция симптомов в процессе лечения позволили выделить три этапа терапии. На первом этапе (симптоматического лечения) применялись немедикаментозные методы, поскольку собственно цефалгическая симптоматика затрудняла психотерапевтическую работу, а действие психотропных средств наступало через определенное время. Уменьшение ГБ под воздействием мануальной терапии, в свою очередь, создавало условия для проведения психотерапии. Положительный эффект начинал проявляться уже в течение 2-3 сеансов – уменьшалась интенсивность ГБ, больной успокаивался. Больному разъяснялись механизмы взаимосвязи ГБ с ПР, проводилась психологическая подготовка к началу психотерапии. Позитивное воздействие психотерапии на ГБ, повышение устойчивости личности к психоэмоциональному дистрессу выражались прежде всего в редуцировании алгического синдрома. Комплексный подход обеспечивал взаимопотенцирующее действие психотерапии, мануальной терапии в устранении выраженности психоэмоционального напряжения, достижении обезболивающего эффекта, улучшении психологического и физического функционирования больного. Терапия на втором этапе (патогенетического лечения) была направлена на восстановление нарушенных отношений пациента, адаптацию в семье и на работе, развитие адекватных форм психологической защиты. На третьем (профилактическом) этапе проводилось поддерживающее лечение. К окончанию основного курса лечения у 48,6% больных был отмечен выраженный терапевтический эффект, у 32,6% – удовлетворительный. И только для 18,8% больных лечение оказалось неэффективным. В общей сложности положительный те-

рапевтический эффект был отмечен у 81,2% психически больных с преобладающей в клинике ГБ. Побочных явлений в процессе лечения бригадой не наблюдалось. Улучшение состояния в большинстве случаев комплексного лечения в РПНД наступало через 3-5 недель.

Таким образом, бригадная форма работы с привлечением психотерапевта, психиатра, медицинского психолога, невролога, врача мануальной терапии позволяет воздействовать на соматический, эмоциональный, когнитивный и поведенческий уровни организма, добиваться лучших результатов в лечении ГБ в структуре ПР. Эффективность данного подхода определяется сокращением средней продолжительности лечения, уменьшением числа больных, прервавших лечение, большей длительностью ремиссии.

Установление диагноза ПР с указанием вида ГБ позволяет проводить эффективную терапию. Мы исходили из важности в лечении ГБ комбинирования медикаментозных и немедикаментозных методов лечения (психотерапии, мануальной терапии), сочетанного воздействия на биологический и психический компоненты заболевания.

Литература

1. *Авруцкий Г.Я., Недува А.А.* Лечение психически больных: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1988. 528 с.
2. *Вегетативные расстройства* / Под ред. А.М. Вейна М.: Мед. инф. агенство, 1998. 752 с.
3. *Вейн А.М.* Головная боль // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1996. № 3. С. 5-7.
4. Взаимодействие специалистов бригады в комплексном лечении психических расстройств / *Холмогорова А.Б., Довженко Т.В., Гаранян Н.Г. и др.* // Соц. и клин. психиатр. 2002. Т 12. № 4. С. 61-65.
5. *Иваничев Г.А.* Мануальная медицина. М.: МЕДпресс, 2003. 486 с.
6. *Исаев Д.Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Спец. лит., 1996. 454 с.
7. *Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А., Якупова А.А.* Головная боль напряжения. Казань: Медицина, 2001. 132 с.
8. *Камянов И.М.* Невропатология в психиатрической клинике. Рига: Зинатне, 1984. 190 с.
9. *Каплан Н., Седок В.* Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1994. Т. 2. 528 с.
10. *Карвасарский Б.Д.* Головные боли при неврозах и пограничных состояниях. Л.: Медицина, 1969. 192 с.
11. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. 576 с.
12. *Осипова В.В.* Психологические аспекты боли // Болевые синдромы в неврологической практике. М.: МЕДпресс, 1999. С. 90-105.
13. *Смулевич А.Б.* Депрессия в общесоматической практике. М.: Берг, 2000. 160 с.
14. *Jackson C.M.* Effective headache management. Strategies to help patients gain control over pain // Postgrad Med. 1998. Vol. 104, № 5. P. 133-136.
15. *Matalon A., Nahmani T., Rabin S. et al.* A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources // Fam. Pract. 2002. Vol. 19, № 3. P. 251-256.

ОРЛОВ ФЕДОР ВИТАЛЬЕВИЧ родился в 1964 г. Окончил Чувашский государственный университет. Главный врач ГУЗ «Психоневрологический диспансер». Научные интересы: диагностика и лечение головной боли, мануальная терапия, пограничные психические расстройства. Автор около 30 научных публикаций.

ГОЛЕНКОВ АНДРЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ родился в 1960 г. Окончил Астраханский государственный медицинский институт. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Чувашского государственного университета. Научные интересы: эпидемиологические и социокультурные исследования в психиатрии и наркологии. Автор более 220 научных публикаций, в том числе трех монографий.

УДК 611.438-018

Г.Ю. СТРУЧКО, Л.М. МЕРКУЛОВА, Т.В. АГАФОНКИНА

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУР ТИМУСА И ИММУНОБИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНИЯ И ЦЕОЛИТСОДЕРЖАЩЕГО ТРЕПЕЛА

Стремительное развитие иммунологии и лабораторных технологий позволило прийти к выводу, что практически все заболевания в той или иной степени связаны с нарушением различных звеньев иммунного ответа. Современная патология характеризуется наличием двух взаимосвязанных и взаимообусловленных процессов, а именно: ростом числа хронических инфекционных заболеваний, вызываемых условно-патогенными или оппортунистическими микробами, и снижением иммунологической реактивности населения. Справиться с этими процессами, назначая только антибактериальную терапию, практически невозможно. В связи с этим в последнее десятилетие возрос интерес врачей к препаратам, воздействующим на иммунитет.

Среди препаратов с иммуностимулирующими свойствами можно выделить 3 основные группы, которые применяются в практическом здравоохранении [10]: 1) препараты микробного происхождения (Пирогенал, Продигиозан, Рибомунил и др.); 2) препараты эндогенного происхождения: препараты тимуса (Т-активин, Тималин, Тимопозитин, Тимостимулин и др.), препараты костно-мозгового происхождения (Миелопид), цитокины (Реаферон, Молграмостин и др.); 3) химически чистые, синтетические препараты: лечебные препараты с выявленными иммуномодулирующими свойствами (Диуцифон), аналоги веществ эндогенного происхождения (Ликопид, Тимоген), собственно синтетические препараты (Полиоксидоний и др.).