

ЛИТЕРАТУРА

1. Бессен, Д.Г. Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение: пер. с англ./ под ред. И.М. Балкарова, Н.А. Мухина. – М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 2004. – 240 с.
2. Болотовский, Г.В. Холестит и другие болезни желчного пузыря. – СПб.: НПК «Омега», 2008. – 160 с.
3. Вознесенская, Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Фарматека. – 2009. – № 12. – С. 91-94.
4. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей/ под ред. И.В. Маева. – М., 2010. – 95 с.
5. Звенигородская, Л.А. Гормоны и типы пищевого поведения, эндоканнабиноидная система, пищевая аддикция в развитии метаболического синдрома// Гастроэнтерология. – 2009. – № 1. – С. 73-82.
6. Крылов, В.И. Психологические и психосоматические аспекты ожирения// Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2000. – № 2 – С. 59-62.
7. Остроухова, Е. Ожирение/ Е.Остроухова, Е. Красильникова // Врач. – 2009. – № 11. – С. 33-36.
8. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. T. Van Strien [et al.]. Int. J. Eating Disord 1986; Vol. 2: 188-204.
9. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic: report of WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.

УДК 616.71 -- 059:615.847.8

Т.Е.Белоусова, Ж.Ю. Карпова, А.В. Беспалова, Ю.А. Израелян, 2012

Т.Е.Белоусова, Ж.Ю. Карпова, А.В. Беспалова, Ю.А. Израелян
**СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОСВЕТОТЕРАПИИ И
 ФАРМАКОПУНКТУРЫ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С
 ДОРСОПАТИЯМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА**
*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»
 Минздравсоцразвития России, г. Нижний Новгород*

Проведено обследование, восстановительное лечение 90 пациентов с дорсопатиями пояснично-крестцового отдела позвоночника. Доказана эффективность магнитосветотерапии в сочетании с фармакопунктурой антигомотоксическими препаратами в лечении дорсопатий пояснично-крестцового отдела позвоночника. Предложен новый комплекс восстановительного лечения для пациентов с противопоказаниями для нестероидных противовоспалительных препаратов и электротерапевтических процедур. Доказано положительное влияние данного комплекса лечения на вегетативную регуляцию и липидный обмен.

Ключевые слова: дорсопатии, пояснично-крестцовый отдел позвоночника, фармакопунктура, антигомотоксические препараты, восстановительная терапия, низкочастотная магнитосветотерапия.

Т.Е. Belousova, Zh.Yu. Karpova, A.V. Bepalova, Yu.A. Israelyan
**COMBINED APPLICATION OF MAGNETIC-LIGHT THERAPY AND
 FARMAKUPUNCTURE IN THE REHABILITATIVE TREATMENT OF PATIENTS
 WITH LUMBOSACRAL DORSOPATHIES**

During investigation examination and restorative treatment of 90 patients with lumbosacral dorsopathies have been carried out. The effectiveness of magnetic-light therapy in combination with farmakupuncture by antihomotoxic medications was proved in treatment of lumbosacral dorsopathies. We propose a new complex of rehabilitation treatment for patients with contraindications to nonsteroidal anti-inflammatory drugs and electrotherapy. It was proved that this complex treatment positively influences the autonomic regulation and lipid metabolism.

Key words: dorsopathies, lumbosacral region, farmakupuncture, antihomotoxic drugs, restorative therapy, low-frequency magnetic-light therapy.

По данным ВОЗ (2004), в общей структуре заболеваемости взрослого населения болезнями периферической нервной системы занимает третье место после гриппа и бытового травматизма и первое место среди хронических заболеваний. Дорсопатии, в том числе и пояснично-крестцовые, являются самыми распространенными заболеваниями в структуре неврологической патологии. По мировым показателям, среди лиц в возрасте от 20 до 50 лет они составляют в ней от 35 до 75%, поражая наиболее активное трудоспособное население и являясь основной причиной его длительной нетрудоспособности и инвалидизации [2, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13].

Несмотря на применение высокоэффективных обезболивающих фармакологических

препаратов, а также методов физио- и кинезотерапии, отмечается неуклонный рост заболеваний позвоночника. Действующие стандартное лечение – немедикаментозное (физиотерапия, лечебная физкультура, массаж и др.) и медикаментозное (нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, спазмолитики, кортико-стероиды, миорелаксанты, витамины и др.) весьма эффективны, но, к сожалению, не для всех групп пациентов, так как существуют определенные противопоказания и побочные эффекты [2, 5, 6, 13].

В настоящее время в медицине весьма актуален поиск новых эффективных методов диагностики лечения заболеваний позвоночника, учитывающих индивидуальные особенности течения патологического процесса и

обеспечивающих контроль, оптимизацию назначаемого лечения и восстановление функций отдельных органов и систем. С нашей точки зрения, оптимальным восстановительным комплексом лечения дорсопатий пояснично-крестцового отдела позвоночника, особенно пациентов с непереносимостью и противопоказаниями к стандартной терапии, является сочетанное применение низкочастотной магнито-светотерапии и фармакопунктуры антигомотоксическими препаратами, так как этот метод обладает всеми необходимыми механизмами лечебного действия: противоотечным, противовоспалительным, регенераторным, обезболивающим, седативным, иммуномодулирующим, трофико-стимулирующим [1, 4, 5, 7, 8, 14, 15]

Цель работы: изучить клиническую эффективность сочетанного применения низкочастотной магнито-светотерапии и фармакопунктуры антигомотоксическими препаратами в восстановительном лечении пациентов с дорсопатиями пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материал и методы

Для достижения цели и выполнения поставленных в работе задач проведено обследование и комплексное восстановительное лечение 90 пациентов с дорсопатиями пояснично-крестцового отдела позвоночника. При этом у пациентов наблюдали следующие синдромы: люмбагии, люмбоишалгии, корешковые. Пациенты, получавшие комплексное восстановительное лечение, были распределены на 3 группы, сопоставимые по полу и возрасту.

Первую группу составили 30 больных с дорсопатиями пояснично-крестцового отдела с противопоказаниями для физиотерапевтического лечения (непереносимость электролечения, варикозная болезнь, тромбозы). Данная группа пациентов получала стандартную медикаментозную терапию: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), спазмолитики, анальгетики, миорелаксанты, витамины группы В.

Вторую группу составили пациенты (30 человек), которым проводили стандартную медикаментозную терапию в сочетании со стандартной физиотерапией. В качестве физиотерапии применяли синусоидальные модулированные токи (СМТ) от аппарата «Амплипульс-5» по стандартам физиотерапии – местно и сегментарно с паравerteбральным расположением электродов на поясничной области. Медикаментозная терапия не отличалась от лечения в первой группе.

В третью группу вошли 30 пациентов, которым из-за сопутствующей патологии (язвенно-некротические поражения желудочно-кишечного тракта), не применяли НПВП. Данная группа пациентов получала низкочастотную магнито-светотерапию (НЧМСТ) по локальным и сегментарным методикам от аппарата «Мастер» – МСТ – 01» (частота 50 Гц, индукция 30 мТ, длина световой волны: оранжевый – 595 – 616 нм, синий – 470 – 485 нм, использовали синусоидальный и пульсирующий режимы) в сочетании с фармакопунктурой антигомотоксическими препаратами – Траумель С, Цель Т, Дискус композитум. Фармакопунктуру (ФП) проводили в корпоральные акупунктурные точки: GI4, GI11, V60, V23, V24, V27, V28, V31-V34, V35, V36, V55, V56, V57, V40, VB34, VB39, E36, T2, T3, T4, T5.

Препараты вводили один раз в день подкожно или внутривенно по 0,2-0,3 мл на точку акупунктуры. Среднее количество точек на одну процедуру 5-8. На курс проводилось 10 сеансов.

Возрастной и половой состав больных с дорсопатиями был представлен следующим образом: средний возраст пациентов составил $65 \pm 1,8$ года, из них 65% женщины (59 человек), 35 % мужчины (31 человек), соотношение мужчин и женщин 1:2 соответственно. Средний возраст начала заболевания – $50,3 \pm 3,2$ года, средняя длительность заболевания $12,9 \pm 2,1$ года: минимальная 6 месяцев, максимальная 8 лет.

Из неблагоприятных факторов, способствующих развитию дорсопатий, были отмечены следующие: длительные статические нагрузки у 32% пациентов, регулярное переохлаждение в 19 % случаев, тяжелый физический труд у 16% больных, недавно перенесенные острые респираторные вирусные инфекции у 11% больных, травмы в анамнезе у 11% больных, острые и хронические стрессовые ситуации как основной фактор отмечали 35% больных.

В качестве контроля эффективности в динамике оценивали данные объективного клинико-неврологического обследования, наличие вегетативных нарушений, нейропсихологический статус, показатели липидного профиля, рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника.

В исходном состоянии все пациенты предъявляли характерные для их заболевания жалобы на различные неврологические проявления, центральное место среди которых занимала боль (в 100% случаев) – она имела

различный характер, разную интенсивность и локализацию. Частыми неврологическими проявлениями были ограничение движений и напряжение мышц (80%), «онемение» преимущественно в ночное время (73%), «хруст» при движениях и вынужденное положение (35%). В 100% случаев наблюдалось изменение осанки и походки.

К числу наиболее значимых проявлений заболевания у 92% наблюдавшихся пациентов относили развитие вегетативной дисфункции, отличавшейся большим полиморфизмом. В начале исследования у большинства пациентов (68%) было выявлено повышение тонуса симпатической нервной системы (гиперсимпатикотонии). Ваготония определялась у 22% пациентов, эйтония, т.е. сбалансированное состояние регуляторных систем вегетативной нервной системы, наблюдалась лишь у 10% пациентов. Также у подавляющего числа больных развивался общевротический синдром в виде эмоциональной лабильности, проявляющийся вспыльчивостью и раздражительностью (65% и 72% соответственно).

При рентгенологическом исследовании позвоночника у пациентов выявлялись различные нарушения структуры тел позвонков, которые характеризовались как дегенеративно-дистрофические изменения, наиболее выраженные в сегментах L5 – S1.

Для количественной оценки динамики объективных клинических симптомов использовали многофакторный Опросник боли: Multidimensional Pain Inventory, опросники качества жизни [3]. Опросники заполнялись пациентами до и после восстановительного лечения.

В качестве показателя состояния вегетативной нервной системы в процессе лечения использовали стандартные опросники, заполняемых пациентом, для выявления вегетативных нарушений. Параллельно проводили врачебную оценку вегетативных изменений по стандартной схеме выявления вегетативных нарушений [7]. Для изучения липидного спектра исследовали содержание общих липидов, общего холестерина, альфа-холестерина, бета-липопротеидов и триглицеридов определяли коэффициент атерогенности. Данные обследования каждого больного заносили в детализированную формализованную историю болезни, специально разработанную нами в соответствии с целями и задачами настоящего исследования.

Статистическую обработку полученных данных проводили на базе пакета анализа статистических программ SPSS. Проведены сле-

дующие виды анализов: описательная статистика, проверка на нормальность распределения, сравнения средних, непараметрическая корреляция Спирмена, непараметрические тесты парных зависимых выборок Уилкоксона и знаковый. Во всех случаях достоверными признавались различия с уровнем статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

После курса терапии положительную динамику наблюдали во всех группах в виде купирования болевого синдрома. При изучении динамики болей установлено, что прежде всего уменьшались и прекращались ночные боли и боли в покое. У всех пациентов увеличивался объем движений в позвоночнике, нормализовались осанка и походка. По сравнительным данным опросов до и после лечения все пациенты отмечали повышение работоспособности, настроения, терпимости к близким, увеличение социальных и сексуальных контактов, уровня самообслуживания, самооценки и оптимистического отношения к своей жизни.

Максимальный клинический эффект в виде купирования болевого синдрома, увеличения физической активности, углов движения, уменьшения выраженности сколиоза, корешкового и нейродистрофических синдромов мы наблюдали у пациентов второй (СМТ+НПВП) и третьей групп (НЧМСТ+ФП). Динамика регресса неврологической симптоматики представлена на рис.1.

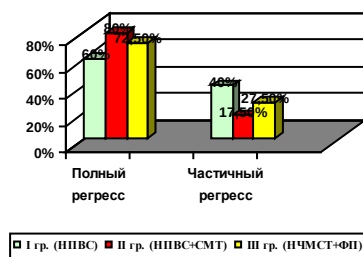


Рис.1. Динамика объективной неврологической симптоматики у пациентов с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника после восстановительного лечения, %.

У пациентов второй группы (НПВП и СМТ) стихание болей происходило после первой процедуры, полное купирование выраженного болевого синдрома после 4-й. Болевой синдром до лечения $4,6 \pm 1,2$ балла (по 6 балльной шкале), после лечения $1,2 \pm 1,0$ балла ($p = 0,001$), уровень боли снизился в среднем на 3,3 балла, увеличился угол движения в суставах на 10,7 и 10,5 градуса, ночная боль

до лечения составляла $1,2 \pm 0,6$ часа, после лечения 0 часов ($p = 0,001$), продолжительность ночного сна увеличилась на $0,9 \pm 0,1$ часа, физическая активность увеличилась в среднем на 32,5% ($p=0,001$). Купирование вегетативных симптомов, выявляемых по шкале вегетативных нарушений [7], было выражено умеренно: с $42,9 \pm 4,94$ до $30,6 \pm 3,95$ ($p=0,001$), показатели реактивной тревожности снизились в среднем на 15% ($p=0,001$). В лабораторных показателях не отмечалось изменения липидного профиля. При этом у 2 пациентов отмечалась непереносимость амплипульстерапии в виде головокружения, подташнивания, слабости, сердцебиения, у 7 пациентов отмечались проявления гастропатии (изжога, боли в желудке).

Сопоставимые результаты были получены при восстановительной терапии пациентов третьей группы (НЧМСТ + ФП). Стихание болевого синдрома отмечали после $1,3 \pm 0,2$ процедуры, полное купирование выраженного болевого синдрома наступило к $4,4 \pm 1,2$ процедуры; болевой синдром до лечения $4,6 \pm 1,2$ балла, после лечения $1,4 \pm 1,1$ балла ($p=0,001$), продолжительность ночного сна увеличилась на 2,1 часа, физическая активность увеличилась в среднем на 30% ($p=0,001$). Купирование вегетативных симптомов, выявляемых по шкале вегетативных нарушений [7], было максимальным в данной группе – уменьшилось с $44,8 \pm 4,85$ балла до $25,4 \pm 2,19$ балла после лечения, снижение показателей реактивной тревожности в среднем на 21% ($p<0,001$). В лабораторных показателях отмечали изменение липидного профиля. Данный факт положительного влияния на клинику и вегетативный статус можно объяснить сочетанием рефлекторного воздействия фармакопунктуры на сегментарном уровне, с последующей активацией центральных структур и стимуляцией антиноцицептивной реакции с образованием эндогенных опиоидных пептидов с противовоспалительным, противоотечным и регенераторным действием применяемых антигомотоксических препаратов: Траумель С, ЦельТ, Дискус композитум.

Минимальный эффект получен при восстановительном лечении у пациентов первой группы (НПВС), статистически достоверна разница с пациентами второй и третьей групп ($p = 0,002$). У пациентов первой (НПВП) группы болевой синдром уменьшался после $4,7 \pm 0,8$ дня терапии (НПВП). Полное купирование болей наблюдали к $14,8 \pm 1,8$ дню, болевой синдром до лечения составлял $4,6 \pm 1,2$ балла, после лечения $2,2 \pm 1,3$ балла

($p=0,001$), увеличения продолжительности ночного сна не наблюдали. Физическая активность увеличилась в среднем на 26% ($p=0,001$). Изменений вегетативных нарушений и показателей реактивной тревожности не наблюдали. У 11 человек наблюдались проявления гастропатии.

Динамика регресса признаков вегетативной дисфункции представлена на рис.2.

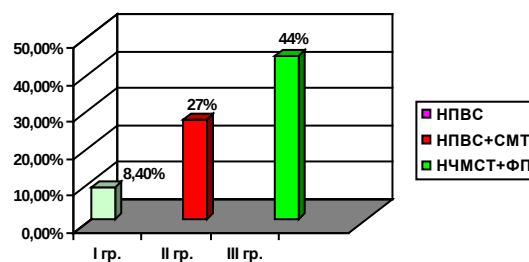


Рис.2. Динамика регресса признаков вегетативной дисфункции после восстановительного лечения, %.

Из приведенных данных следует, что позитивная динамика вегетативных симптомов у больных третьей группы (НЧМСТ и фармакопунктура) после курса лечения опережает соответствующие изменения в других группах и соответствует снижению показателей по врачебной шкале на 44% ($p<0,05$) по сравнению с исходными показателями. Во второй группе (НПВП и СМТ) снижение признаков вегетативной дисфункции произошло на 9,8%, в первой (НПВП) группе на 8,4% в сравнении с начальными данными, полученными до лечения.

Динамика показателей липидного профиля представлена в таблице.

Анализ полученных данных показал, что включение в комплекс восстановительного лечения больных с дорсопатиями низкочастотной магнитосветотерапии в сочетании с фармакопунктурой оказывает более отчетливое положительное действие на липидный обмен.

Отмечено достоверное увеличение α-липопротеидов, уменьшение фракций β-липопротеидов, триглицеридов, общего холестерина и уменьшение коэффициента атерогенности ($p<0,05$).

Максимальную по длительности стойкую ремиссию (1,0 - 1,2 года) наблюдали у пациентов третьей (НЧМСТ и гомеосиниатрия) группы. У пациентов второй (НПВП и СМТ) группы ремиссия в среднем составила 8 месяцев. Самая недлительная ремиссия (4 месяца) была у пациентов первой группы (НПВП).

Таблица
Динамика показателей липидного профиля в процессе
лечения у больных с дорсопатиями пояснично-крестцового
уровня

Показатели		Первая группа	Вторая группа	Третья группа
Общий холестерин, ммоль/л	До	5,83±1,9	5,71±1,8	5,56±1,8
	После	5,78±1,8 p=0,1	5,56±1,8 p=0,09	5,09±1,6 p=0,002
β-лп, г/л	До	5,46±1,6	5,32±1,6	5,22±1,5
	После	5,28±1,3 p=0,09	5,22±1,2 p=0,1	4,59±1,1 p=0,001
Триглицериды, мг/дл	До	206±16,2	202±15,5	194±14,8
	После	195±15,1 p=0,1	184±14,6 p=0,08	149±12,7 p=0,001
α-ЛП, ммоль/л	До	1,54±0,3	1,62±0,4	1,45±0,3
	После	1,49±0,3 p=0,1	1,52±0,3 p=0,1	1,61±0,3 p=0,001
КА (коэффициент атерогенности)	До	3,05±0,8	2,75±0,6	2,83±0,6
	После	2,75±0,6 p=0,09	2,51±0,6 p=0,08	2,16±0,4 p=0,002

Полученные положительные результаты мы оценивали по шкалам «значительное улучшение», «улучшение», «незначительное улучшение» и «без перемен» (или ухудшение).

Критериями эффективности служили степень нормализации субъективной и объективной картин заболевания: отсутствие (уменьшение) жалоб на боли в суставах, увеличение физической активности, объема движения в пораженных суставах, улучшение настроения, сна, качества жизни, нормализация вегетативного статуса, лабораторных показателей (изменение липидного обмена) и данных катамнеза. Результаты восстановительной терапии представлены на рис.3.

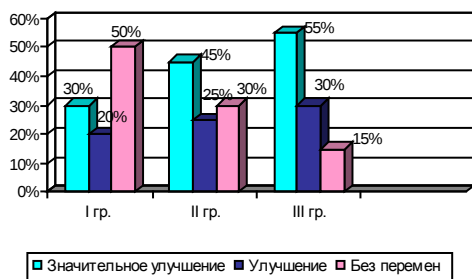


Рис.3. Результаты восстановительного лечения пациентов с дорсопатиями пояснично-крестцового отдела позвоночника

Выводы

1. Доказана клиническая эффективность сочетания низкочастотной магнитосветотерапии и фармакопунктуры в восстановительном лечении пациентов с дорсопатиями пояснично-крестцового уровня.

2. Новый комплекс восстановительной терапии дорсопатий, состоящий из сочетанного применения низкочастотной магнитосветотерапии и фармакопунктуры, сопоставим по эффективности со стандартным электротерапевтическим лечением (СМТ-терапией).

3. Восстановительное лечение с сочетанным использованием низкочастотной магнитосветотерапии и фармакопунктуры антигомо-токсическими препаратами показано пациентам при наличии у них признаков вегетативной дисфункции и непереносимости или противопоказаний к назначению электротерапевтических процедур.

4 Восстановительное лечение с применением низкочастотной магнитосветотерапии и фармакопунктуры оказывает положительное воздействие на вегетативную нервную систему, позволяет достигать более длительной ремиссии (до 1-1,2 года) и сохранять качество жизни пациента.

5. Низкочастотная магнитосветотерапия в сочетании с фармакопунктурой может быть показана пациентам с непереносимостью как нестероидных противовоспалительных препаратов (эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта), так и электротерапевтических процедур (варикозная болезнь, тромбозы, непереносимость электрических токов).

6. Положительное влияние сочетания низкочастотной магнитосветотерапии и фармакопунктуры доказано по параметрам нормализации липидного обмена, что имеет большое значение для отсроченных результатов восстановительной терапии и повышения качества жизни пациентов с дорсопатиями.

Сведения об авторах статьи:

Белоусова Татьяна Евгеньевна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой восстановительной медицины и рефлексотерапии ФПКВ ИПО ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России. Адрес: 603005, г. Нижний Новгород, площадь Минина и Пожарского, 10/1. E-mail: v-kafedra@rambler.ru

Карпова Жанна Юрьевна – к.м.н., ассистент кафедры восстановительной медицины и рефлексотерапии ФПКВ ИПО ГБОУ ВПО НижГМА Минздравсоцразвития России. Адрес: 603005, г. Нижний Новгород, площадь Минина и Пожарского, 10/1. E-mail: v-kafedra@rambler.ru

Беспалова Анна Владимировна – к.м.н., ассистент кафедры восстановительной медицины и рефлексотерапии ИПО ГБОУ ВПО НижГМА Минздравсоцразвития России. Адрес: 603005, г. Нижний Новгород, площадь Минина и Пожарского, 10/1. тел: 8(831)430-76-30 E-mail: v-kafedra@rambler.ru

Израйлев Юлия Александровна – к.м.н., ассистент кафедры восстановительной медицины и рефлексотерапии ИПО ГБОУ ВПО НижГМА Минздравсоцразвития России. Адрес: 603005, г. Нижний Новгород, площадь Минина и Пожарского, 10/1. Тел: 8(831)417-53-82, E-mail: v-kafedra@rambler.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Агасаров, Л.Г., Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия) / Л.Г. Агасаров. – М.: Арнебия, 2002. – 208 с.
2. Белова, А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А.Н. Белова. – М.: Антидор, 2000. – С. 253 – 321.
3. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
4. Белоусова, Т.Е. Магнитосветотерапия: методические рекомендации Н.Новгород: НижГМА, 2003. – 65 с.
5. Боголюбов, В.М. Медицинская реабилитация / В.М. Боголюбов. – М.: Бином, 2010. – Т. 2. – С. 108 –138.
6. Боголюбов, В.М. Физиотерапия и курортология / под ред. В.М. Боголюбова, в 3-х книгах. – М.: Издательство БИНОМ, 2009.
7. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / под ред. А.М. Вейна. – М.: Мед. информ. агентство, 2003. – 752 с.
8. Вялков, А.И. Основные задачи международной декады (The Bone and Joint Decade 2000–2001) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России / А.И. Вялков, Е.И. Гусев, А.Б. Зборовский, В.А. Насонова // Научно-практическая ревматология. – 2001. – №2. – С. 4–8.
9. Гурленя, А.М. Физиотерапия в неврологии / А.М. Гурленя, Г.Е. Багель, В.Б. Смышчек – М.: Мед. лит., 2008. – С. 48 – 51, 154 – 160.
10. Жарков, П.Л. Остеохондроз и боли в спине // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2003. – №2. – С.44-46.
11. Маркин, С.П. Лечение больных с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2005. – №2. – С. 36-38.
12. Насонова, В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальное значение XIII класса болезней для населения России / В.А. Насонова, О.М. Фоломеева // Научно-практическая ревматология. – 2001. – № 1. – С. 7 – 11.
13. Шахов, Б.Е., Трошин В.Д. Клиническая превентология. / Б.Е. Шахов, В.Д. Трошин. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – С. 313 – 361.
14. Belousova, T.E. Das Komplexe Programm der wiederaufbaubehandlung der neurologischen Kranken // Internationalen Kongress Fachmesse: moderne aspekte der Rehabilitationsbehandlung und funktionen Ernahrung. – Hannover, 2006. – S.80-81.
15. Trock, D.H. Electromagnetic fields and magnets. Investigational treatment for musculoskeletal disorders // Rheum. Dis. Clin. North. Am. 2000 Feb; 26 (1): 51-62.

УДК 616.9-097-022-056.83:616.895,4

© Л.Ю. Беспалова, 2012

Л.Ю. Беспалова

ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

*Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы*

На основе наблюдения 228 пациентов с опиоидной зависимостью, осложненной ВИЧ-инфекцией, были выявлены ипохондрические расстройства неоднозначной клинической структуры и продолжительности. В зависимости от predisposing факторов и тяжести коморбидной патологии выделены три варианта ипохондрических расстройств: острая невротическая реакция с ипохондрическими включениями, навязчивая и сверхценная ипохондрия.

Ключевые слова: ипохондрия, опиоиды, ВИЧ-инфекция.

L.Yu. Bepalova

HYPOCHONDRIAC DISTURBANCES IN HIV INFECTED DRUG ADDICTS

Hypochondriac disturbances of diverse clinical structure and length were revealed on the basis of observation of 228 HIV-infected opioid addicts. Three variants of hypochondriac disturbances were singled out depending on the previous factors and the severity of comorbidity: acute neurotic reaction with hypochondriac inclusions, obtrusive and overvalued hypochondria.

Key words: hypochondria, opioid, HIV infection

Ипохондрия, определяемая как необоснованное беспокойство по поводу мнимого или неизлечимого заболевания, является часто наблюдаемым психопатологическим симптомокомплексом. Для четкого различия разных форм ипохондрических расстройств необходима правильная квалификация состояния и определения нозологической их принадлежности. Определенную роль при этом имеет соматогенный, церебрально-органический и психогенный факторы. По современной классификации (МКБ-10) вклю-

чение ипохондрических расстройств в раздел соматоформных расстройств (F 45.2) недостаточно отражает патогенетический характер синдрома. Ипохондрические расстройства можно отнести к разряду универсальных психопатологических образований как в рамках эндогенной, так и органической и инфекционной природы [5,4,7]. Нередко прослеживается интеграция этиопатогенетических причин в развитии ипохондрического синдрома, при опиоидной зависимостью, осложненной ВИЧ-инфекцией [3,2,1].