

Литература

1. Ершов Е.В. Допплерографическая оценка кровообращения предстательной железы у больных хроническим простатитом (диагностические и лечебные аспекты). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб. — 2008. — 23 с.
2. Крамер Г. Математические методы статистики. М., Мир, 1975.
3. Мазо Е.Б. Хронический инфекционный простатит. // *Материалы пленума правления Рос. общества урологов.* — Саратов. — 2004. — С. 267–289.
4. Ротов А.Е. Применение ударно-волновой терапии в комплексном лечении и реабилитации больных хроническим простатитом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 2008. — 18 с.
5. Fall M., Baranowski A.P., Fowler, et al. Guidelines on Chronic Pelvic Pain. // *European Association of Urology.* — 2007. — P. 9–47.
6. Krieger J.N., Nyberg L.Jr., Nickel J.C. NIH consensus definition and classification of prostatitis (Letter). / *JAMA.* — 1999. — Vol. 282(3). — P. 236–7.
7. Oschepkov V., Sivkov A., Dariy E., Imamov O., Lyamin B., Razumov S., Efficacy of transrectal microwave hyperthermia (TRMH) in the treatment of chronic prostatitis. A randomized sham controlled comparative study. // *J. Urology.* — 1999. — Vol. 159, suppl. 1, in abstracts.
8. Roberts R.O., Lieber M.M., Rhodes T., Girman C.J., Bostwick D.G., Jacobsen S.J. Prevalence of a physician-assigned diagnosis of prostatitis: the Olmsted county study of urinary symptoms and health status among men. // *Urology.* — 1998. — Vol. 51(4). — P. 578–584.

Сравнительная оценка результатов лечения больных хронической венозной недостаточностью с использованием различных физических факторов

А.В. Егоров, Н.С. Ионкина, И.С. Истомина, Н.И. Крамаренко, Е.Т. Меркулова, Т.И. Миронович
ФГУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ

Проведен анализ эффективности консервативного лечения больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (ХВН НК). В качестве лечебных методов использовались прерывистая пневмокомпрессия и магнитотерапия. Показано положительное влияние физиолечения на клинические проявления венозной недостаточности. Высокая эффективность применяемых методов позволяет использовать их как консервативное лечение, так и для реабилитации.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, прерывистая пневмокомпрессия, переменное магнитное поле.

The authors have analyzed effectiveness of conservative treatment of patients with chronic venous insufficiency of low extremities. Intermittent pneumocompression and magnet therapy were used for this. A positive effect of the applied physiotherapy at the clinical picture of venous insufficiency has been shown. These highly effective techniques may be used both for conservative treatment and for rehabilitation.

Key words: chronic venous insufficiency of low extremities, intermittent pneumocompression, fluctuating magnet field.

Заболевание ХВН НК — является актуальной социальной проблемой для населения развитых стран. В нашей стране ХВН НК страдает до 20% трудоспособного населения [1]. Распространенность варикозного расширения вен составляет у женщин 25–33%, а у мужчин — 10–20% [4]. При этом заболеваемость ХВН имеет тенденцию к росту. Декомпенсированные формы с возникновением трофических язв по данным Fowkes G. встречаются у 1% лиц обоего пола [5].

Клиническая картина ХВН в одних случаях ограничивается субъективными признаками застоя в ноге (heavy leg — тяжелая нога), в других — венозным отеком, а наиболее тяжелые формы ХВН НК характеризуется липодерматосклерозом, экземой и трофическими язвами. Оперативное вмешательство без предоперационной подготовки в этих случаях весьма затруднительно и сопровождается различными осложнениями. Частота таких осложнений колеблется от 31,3% до 75% — в общехирургических стационарах и от 4,3% до 9,6% — в специализированных сосудистых отделениях [3]. В тоже время, даже после успешно выполненной операции необходима послеоперационная реби-

литация. Таким образом, не смотря на то, что основным методом лечения ХВН НК на сегодняшний день считается хирургический, значительное количество пациентов нуждается в консервативном лечении.

В последнее время возрастает интерес к применению физических факторов для лечения ХВН. Это связано с тем, что физиотерапевтические методы лечения доступны, не вызывают аллергических реакций и достаточно эффективны при правильном выборе фактора, стадии болезни, сопутствующих заболеваний и противопоказаний [1].

Целью данной работы является оценка сравнительной эффективности лечебного действия прерывистой пневмокомпрессии (ППК), магнитотерапии (МТ) и их комплексного воздействия у больных ХВН НК.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 319 пациентов, из них 213 женщин и 106 мужчин. Возраст больных составлял в среднем $60,8 \pm 0,96$ лет. Более половины пациентов — это люди трудоспособного, социально значимого возраста.

У 18 человек ХВН НК сопутствовало наличие хронической артериальной недостаточности, средний возраст этих пациентов составлял $74,5 \pm 4,1$ год. Ишемическая болезнь сердца наблюдалась у 46 человек и троим из них было проведено аортокоронарное шунтирование.

Основными жалобами всех пациентов были тяжесть в пораженных конечностях и выраженные отеки, ограничивающие трудоспособность. У больных с варикозной болезнью отек локализовался в дистальных отделах голени, имел преходящий характер, полностью исчезает после ночного отдыха. Только в тяжелых стадиях заболевания отек сохранялся и утром.

Для посттромбофлебитического синдрома характерна иная клиническая картина. Патогномичным для посттромбофлебитической болезни является отек не только голени, но и бедра. Заметно увеличивается в объеме и голень прежде всего за счет отека икроножных мышц. На ряду с выраженным отеком меняется интенсивность болевого синдрома: чувство распирания, тяжести, особой усталости в голени обостряется к вечеру, особенно после длительного стояния, несколько уменьшается при ходьбе и практически исчезает после отдыха с возвышенным положением конечностей.

Для количественной оценки симптомов хронической венозной недостаточности и объективного анализа эффективности лечения нами использовалась многопараметрическая система оценки клинического состояния больных ХВН НК [2]. При этом изменения всех клинических признаков ХВН НК было оценено по бальной шкале. Проведено исследование влияния прерывистой пневмокомпрессии и магнитотерапии, на такие клинические проявления ХВН как тяжесть в ногах, отек, боль, судороги.

Во время проведения курса лечения пациенты, применяющие постоянную терапию антикоагулянтами, коронароролитиками, гипотензивными средствами, продолжали медикаментозную терапию.

ППК осуществляется при помощи специальных пневматических манжет, которые одевают пациенту на пораженную конечность и, посредством нагнетания в них воздуха с регулируемым давлением, создают необходимую внешнюю градиентную компрессию тканей. Работа прибора имитирует мышечные сокращения. Волнообразные движения, создаваемые давлением воздуха, способствуют улучшению лимфо- и кровотока путем массажа конечности. Давление воздуха в манжете подбиралось в зависимости от стадии заболевания, индивидуальной переносимости пациента, а также сопутствующей патологии; обычно от 40 до 100 мм рт ст. ППК проводилась с использованием аппарата для физиотерапии серии «ГРИН ПРЕСС 12» и аппарата «Лимфа-Э».

МТ является одним из наиболее щадящих и легко переносимых методов физиотерапии.

Переменное магнитное поле низкой частоты и небольшой индукции вызывает активизацию компенсаторных систем гомеостаза, его гипокоагуляционное действие благоприятно влияет на микроциркуляторные процессы. В начале воздействия магнитного поля происходит кратковременное (5–15 минут) замедление капиллярного кровотока, которое затем сменяется интенсификацией микроциркуляции. Во время и по окончании курса магнитотерапии происходит ускорение капиллярного кровотока, улучшение сократительной способности

сосудистой стенки, и увеличение их кровенаполнения. Увеличивается просвет функционирующих компонентов микроциркуляторного русла, возникают условия, способствующие раскрытию прекапилляров, анастомозов и шунтов. Переменное магнитное поле разных параметров оказывает болеутоляющее, противоотечное и противовоспалительное действие и может применяться для лечения больных при любой стадии и форме ХВН НК, при осложнении течения ХВН НК острым тромбофлебитом, а также в пред- и послеоперационный период.

Воздействие магнитным полем, как правило, не вызывает образования эндогенного тепла, повышения температуры и раздражения кожи. Отмечается хорошая переносимость у ослабленных больных, у лиц пожилого возраста, страдающих сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, что позволяет применять магнитотерапию в тех случаях, когда воздействие другими физическими факторами не показано.

Таким образом, воздействия магнитными полями непродолжительной экспозиции, обладают хотя и не сильно выраженным, но многообразным действием на организм. Доказанным и имеющим наибольшее значение для больных ХВН НК является болеутоляющее, противоотечное и противовоспалительное действие, гипотензивное, трофикорегенераторное действие. При воздействии на крупные сосуды, магнитотерапия оказывает дезагрегационный и гипокоагуляционный эффекты, улучшает микроциркуляцию и регионарное кровообращение, благоприятно влияет на иммунореактивные и нейровегетативные процессы. Больные получали курс физиолечения от 5 до 15 процедур.

Результаты и обсуждение

При использовании различных физических факторов было показано, что каждый фактор влияет на определенные клинические признаки. В табл. 1 представлена динамика изменений клинических признаков до и после лечения различными физическими факторами в баллах. Из таблицы видно, что наиболее выраженное действие на рассмотренные признаки оказывает ППК. При этом наиболее значимым оказывается воздействие на «тяжесть в ногах», «отек», «боль», «судороги».

МТ действует на те же признаки, что и ППК, но менее выражено. Достоверные изменения получены по

Таблица 1
Влияние исследуемых физических факторов на динамику изменений клинических признаков ХВН НК (баллы)

Клинические признаки		ППК	МТ
Тяжесть в ногах	до лечения	$2,48 \pm 0,15$	$2,38 \pm 0,13$
	после лечения	$0,5 \pm 0,11^*$	$1,62 \pm 0,11^*$
Отек	до лечения	$3,57 \pm 0,16$	$3,57 \pm 0,15$
	после лечения	$1,10 \pm 0,11^*$	$2,48 \pm 0,16^*$
	после лечения	$2,00 \pm 0,13$	$2,24 \pm 0,14$
Боль	до лечения	$2,38 \pm 0,24$	$1,76 \pm 0,17$
	после лечения	$0,81 \pm 0,21^*$	$1,10 \pm 0,11^*$
Судороги	до лечения	$1,71 \pm 0,15$	$1,67 \pm 0,14$
	после лечения	$0,29 \pm 0,10$	$1,10 \pm 0,11^*$

Примечание: * – различия достоверны при сравнении с показателем до лечения ($p < 0,05$).

Таблица 2

Эффективность различных методов физиотерапевтического лечения хронической венозной недостаточности

Эффективность лечения	ППК		МТ	
	абсол.	%	абсол.	%
Выраженное улучшение	64	96,2 %	123	48,6
Незначительное улучшение	2	3,16	10	51,3
Ухудшение	—	—	—	—

признакам: «тяжесть в ногах», «отек», «боль», «судороги». Следует отметить, что у больных с ПТФС магнитотерапия оказывает более выраженное действие, чем при варикозной болезни. Клиническая эффективность ППК и МТ представлена в табл. 2.

Заключение

Анализируя результаты проведенного лечения с использованием разных аппаратов для ППК, было отмечено, что все больные, начинающие курс лечения на аппарате «ГРИН ПРЕСС 12», проводили его полностью не менее 10 процедур. В то же время, процедуры ППК на аппарате «Лимфа-Э» только половина пациентов проводили курс длительностью 10 и изредка 15 процедур. Повидимому это связано с тем, что процедуры на аппарате «ГРИН ПРЕСС 12» переносятся более комфортно, за счет меньшего размера камер, и при этом эффективность

воздействия выше. Все пациенты, получающие лечение с использованием аппаратов ППК отмечали облегчение состояния, в виде снижения отека уже после первой процедуры и стойкий регресс отека к пятой. В то же время эффект от МТ наступал только к пятой- седьмой процедуре.

Проведенное исследование показало высокую эффективность ППК и МТ и хорошую переносимость процедур.

Литература

1. Гавриленко А.В. Диагностика и лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей. — М., ГУП Экспериментальная типография. — 1999. — 152 с.
2. Истомина И.С. Многопараметрическая система оценки состояния и динамики изменений клинических проявлений хронической венозной недостаточности. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2006. — № 1. — С. 32–36.
3. Савельев В.С., Гологоревский В.А., Кириенко А.И. и др. Флебология: Руководство для врачей / Под ред. В.С. Савельева. — М. — Медицина. — 2001. — 664 с.
4. Jantet G. Эпидемиология заболевания вен обзор существующего положения. // Флебологическая. — 1999. — N 3. — С. 7–8.
5. Fowkes FGR, Lee A.J, Evans CJ, Allan PL, Bradbury AW, Ruckley CV. Lifestyle risk factors for lower limb venous reflux in the general population. // Edinburgh Vein Study International Journal of Epidemiology. — 2001. — Vol. 30. — P. 846–852.

Комплексный подход в лечении истерических (диссоциативных) расстройств

Ю.В. Емельянов, И.Н. Емельянова*

ФГУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ,
ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»*

Целью проведенной работы являлась разработка принципов психотерапевтической и психофармакологической коррекции личностных, эмоциональных, поведенческих нарушений у пациентов с истерическими расстройствами (ИР). На основании ряда показателей (исследование вегетативной нервной системы, экспериментально-психологическое обследование личностных особенностей (ММПИ)) показана эффективность комплексного лечения на амбулаторном уровне. Психотерапия являлась неотъемлемой частью лечебного процесса.

Ключевые слова: истерические расстройства, психотерапия, психофармакотерапия, ММПИ, исследование вегетативной нервной системы.

The aim of the present work was to develop principles of psychotherapeutic and psychopharmacological correction of personal, emotional, behavioral disorders in patients with hysterical abnormalities. On the base of some indexes (investigations of vegetative system; experimental, psychological examination of personal peculiarities -MMPI) effectiveness of the complex treatment of hysterical dissociative disorders at the out-patient unit has been shown. Psychotherapy was an integral part of the curative process.

Key words: hysterical disorders, psychotherapy, psychopharmacotherapy, MMPI, examination of vegetative nervous system.

Большинство авторов рассматривают ИР как психогенно обусловленное функциональное заболевание, в формировании которого определенная роль принадлежит как биологическим, так и социально-психологическим факторам [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Проявления истерических (диссоциативных) расстройств разнообразны [7]. Они находятся в тесной при-

чинной связи с воздействием психогенных факторов различной интенсивности и продолжительности. Разнообразные микросоциальные ситуации семейной, производственной, бытовой среды, а также их сочетанное воздействие, эмоциональные влияния (острые, подострые и затяжные стрессовые воздействия) являются толчком в возникновении собственно психических расстройств,