

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 -ММПИ) 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, ММПИ, 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,

которые выражались преимущественно в заострении присущих больному личностных (истерических) черт. Для лиц с ИР характерна четкая связь ухудшения состояния с патогенной ситуацией, меньшая степень ограничения социальных контактов и «ухода в болезнь».

Использование психотропных средств при ИР не может считаться достаточно обоснованным [5,9], при этом недооцениваются возможности психотерапевтических методов: гипносуггестивная терапия (как вариант – эриксоновский гипноз [11]), релаксационные тренинги [10].

Целью проведенной работы являлась разработка принципов психотерапевтической и психофармакологической коррекции личностных, эмоциональных, поведенческих нарушений пациентов с ИР.

В задачи исследования входило:

- 1) изучение феноменологических особенностей психопатологических нарушений при ИР;
- 2) разработка принципов психотерапевтической и психофармакологической коррекции, тактики их сочетания в комплексном лечении пациентов с ИР.

Материалы и методы исследования

Материалом для настоящего исследования послужили данные динамического обследования и лечения 11 больных с ИР, находившихся на амбулаторном обслуживании в ФГУ «Поликлиника №1». Среди обследованных было 10 (91 %) женщин и 1 (9 %) мужчина в возрасте от 20 до 48 лет. Средний возраст по группе $33,9 \pm 1,5$ лет. Длительность заболевания составила $5,45 \pm 0,39$ лет. При отборе клинических наблюдений учитывались больные с верифицированным диагнозом ИР, предварительно обследованные у терапевта, невропатолога, кардиолога, гастроэнтеролога в динамике при исключении путем клинического, инструментального, лабораторного исследований заболеваний органической природы.

Исследование вегетативной нервной системы включало динамическую регистрацию следующих показателей: 1) частота сердечных сокращений; 2) величина минутного объема сердца, определяемая косвенным путем по формуле Цандера; 3) индекс Кердо. Обследование проводилось до начала курса лечения и по окончании комбинированного лечения.

Экспериментально-психологическое обследование личностных особенностей и актуального психического состояния проводилось с помощью теста ММРІ в динамике дважды: до курса лечения и после проведенного курса.

Психотропные препараты (антидепрессанты (людиомил), транквилизаторы (алпрозалам)) назначались в каждом конкретном случае отдельно с учетом особенностей клинико-психопатологической структуры состояния.

Помимо активных разъяснительных (рациональных) бесед с пациентом при его согласии и заинтересованности проводились сеансы эриксоновского гипноза, которые сочетались с сеансами релаксационного тренинга, направленного на контролирование своих эмоциональных, вегетативных расстройств. В клиническую практику входили приемы кинезиотерапии [12], суть которых состоит в снижении уровня тревоги, беспокойства посредством определенных мышечных упражнений. Психотерапия ИР продолжалась до 1,5 – 2 месяцев с регу-

лярностью до 4–6 сессий в месяц. Затем количество психотерапевтических встреч уменьшилось до 1–2 в месяц. В среднем продолжительность курса лечения была от 2 до 4 месяцев.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием параметрического t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования

Клиническая картина истерических расстройств была представлена, помимо истерических (моторных, сенсорных, вегетовисцеральных) симптомов, другими психопатологическими феноменами, преимущественно астенического – 37 % (4 больных), депрессивного – 45% (5 больных), ипохондрического – 19 % (2 больных) характера, а чаще их сочетанием.

Анализируя особенности раннего детского возраста, мы установили наличие «родительского дефекта неправильного воспитания». У 27 % (3 больных) имела место ситуация «кумира семьи», у 18 % (2 больных) – «гипоопека и безнадзорность» (по О.В.Кербикову) [2].

Изначально кардиалгии, сердцебиения, головокружения, головная боль, явления слабости, утомляемости манифестировали в рамках кратковременных, острых реакций в ответ на объективно или индивидуально значимые психотравмирующие факторы. По мере течения заболевания вегетативная неустойчивость, резко усиливающаяся в условиях эмоционального напряжения, трансформировалась в сознании больных в проявление тяжелой кардиальной патологии, усиливаясь и фиксируясь по истерическим механизмам, имитируя приступ стенокардии, пароксизмальной тахикардии.

Астенические расстройства проявлялись выраженной неустойчивостью настроения, слезливостью, раздражительностью, обидчивостью и сопровождалась повышенной внушаемостью. В качестве особенностей астенических нарушений следует отметить диссоциацию между предъявляемой и истинной их выраженностью, ситуационной обусловленностью, избирательный характер, зависимость актуального психического состояния от установок больного.

Депрессивные реакции отличались яркостью, насыщенностью аффекта, богатой экспрессией со слезливостью, живой мимикой и пантомимикой, склонностью к драматизации событий, «взрывными» проявлениями отчаяния и безысходности, сопровождавшимися демонстративными суицидальными высказываниями.

При хронических психотравмирующих влияниях (трудноразрешимые микросоциальные факторы) и наличии соматических и органических изменений истерический невроз принимал протрагированное течение (45%). Содержание переживаний при этом обретало ипохондрическую направленность. После актуальных психотравмирующих ситуаций с яркими истерическими реакциями выявлялись астено-субдепрессивные расстройства в виде слабости, вялости, раздражительности и вспыльчивости на фоне сниженного настроения.

Соматические расстройства непосредственно или отставлено следовали за психической травмой и включались в структуру формирующейся невротической симптоматики. На фоне конфликтов легко возникали состояния с истерической дрожью, расстройством чувствительности, нарушением функции органов речи, чувств. Часто

появлялись неприятные телесные ощущения: «подавленность в груди», дискомфорт в области сердца, «комки» в горле, резкие головные боли, простреливающие боли в сердце с онемением левой руки. Больные отмечали «замирание сердца», чувство дрожи, удушья, «сильнейшие сердцебиения». Они требовали максимально выгодных условий отдыха не только при обострении симптоматики, но и при ослаблении либо исчезновении ее. «Манипулятивное поведение» не сопровождалось, однако, снижением профессиональной адаптации: в служебной обстановке признаки заболевания выявлялись в минимальной степени.

В зависимости от выраженности нарушений больным назначался с первых дней амбулаторного лечения лидомилин в дозе до 25 мг/сут, алпрозолам — до 250–500 мг/сут. Изучение вегетативного тонуса показало преобладание симпатикотонии. В процессе комплексной терапии выявилась нормотоническая тенденция в изменении вегетативной регуляции. Так, индекс Кердо незначительно уменьшаясь в середине курса лечения, после окончания терапии достоверно ($p < 0,05$) снижался по сравнению с фоновым уровнем. Нормотонические тенденции, но менее выраженные, прослеживались и при исследовании МО и ЧСС ($p < 0,05$).

Экспериментально-психологические показатели по тесту ММРІ достоверно снижались по шкалам F, K, 2 (депрессия) ($p < 0,01$) и 1 (самоконтроль), 3 (вегетативная лабильность) ($p < 0,05$).

Весь комплекс психотерапевтической работы был направлен на выяснение психогенеза клинических проявлений истерических расстройств, коррекцию межличностных отношений, целенаправленное изменение отношения личности к психотравмирующей ситуации, снятие эмоциональной напряженности, нормализацию системы эмоционально-волевого реагирования, «разрыхление» и переделку патологического стереотипа поведения, выявление условий, содействующих хронификации болезненной картины.

Проведение сеансов гипноза способствовало регрессу клинической картины: уменьшалась значимость конфликтных ситуаций (в семье, на работе), исчезала астения, устранялись дискомфорт в области сердца, головные боли, ощущение «комка» в горле, выравнивалось настроение.

Терапевтическая динамика к концу 4-ой недели комплексного лечения носила литический характер у 55% больных: они становились сдержаннее, спокойнее, уменьшалась претенциозность, устранялась астеническая и депрессивная симптоматика, редуцировались ипохондрические переживания, нормализовывались вегетативные нарушения. В 45% клинических наблюдений редукция психопатологической симптоматики носила минимальный характер. Устойчивость и выраженность соматовегетативных расстройств, ипохондрических образований в той или иной мере можно было объяснить наличием не-

разрешимого психотравмирующего конфликта, выраженностью истерических черт характера, рентными установками, а также признаками «патологически измененной почвы» (в понимании С.Г. Жислина [1]).

Выводы

1. Клиническая динамика обратного развития психопатологических, соматовегетативных проявлений истерических расстройств зависела от различных факторов, важным из которых были индивидуальные конституционально-биологические особенности, содержание и личностная значимость психотравмирующей ситуации, отношение (в ряде случаев рентное) пациентов к существованию болезненных симптомов.

2. Сочетанное применение психофармакологических средств и психотерапевтических приемов позволяет на амбулаторном уровне нивелировать различные клинические проявления истерических расстройств. Введение в комплекс терапевтических мероприятий гипнозусуггестивной терапии способствовало снятию эмоциональной напряженности, нормализации системы эмоционально-волевого реагирования, сглаживанию тревожных, астенических нарушений, соматовегетативных расстройств.

Литература

1. Жислин С.Г. *Очерки клинической психиатрии*. Москва. — 1965.
2. Кербинов О.В. *Избранные труды*. Москва: Медицина. — 1971.
3. Лакосина Н.Д. *Клинические варианты невротического развития*. — Москва: Медицина. — 1970.
4. Мясичев В.Н. *Личность и неврозы*. — Ленинград: изд. ЛГУ. — 1960.
5. Семке В.Я. *Истерические состояния*. — Москва: Медицина. — 1988.
6. Тополянский В.Д., Струковская М.В. *Психосоматические расстройства*. — Москва: Медицина. — 1986.
7. А.Якубик. *Истерия. Методология, теория, психопатология (перевод с польского)*. — Москва: Медицина. — 1982.
8. В.Бройтигам, П.Кристиан, М.Рад. *Психосоматическая медицина*. — Москва: ГЭОТАР Медицина. — 1999.
9. А.Б.Смулевич. *Депрессии при соматических и психических заболеваниях*. — Москва: Медицинское информационное агентство. — 2003.
10. А.А.Александровский. *Современная психотерапия*. — Санкт-Петербург: Гуманитарное агентство «Академический проект». — 1997.
11. Милтон Эриксон, Эрнест Росси, Шейла Росси. *Гипнотические реальности (перевод с английского)*. — Москва: Независимая фирма «Класс». — 2000.
12. Карла Ханнафорд. *Мудрое движение. Мы учимся не только головой (перевод с английского)*. — Москва. — 1999.