

Все вышеизложенное диктует необходимость использования комплексного, единственно эффективного подхода к решению проблемы оздоровления детей младшего возраста, а именно: 1) повышения медицинской грамотности населения и воспитания у людей осознанной ответственности за благополучие здоровья как собственного, так и своих близких; 2) осуществления на практике мероприятий по планированию семьи и оптимизации условий труда работающих женщин; 3) реализации государственных и благотворительных программ по медицинской и социальной поддержке семей с низким материальным уровнем жизни; 4) совершенствования методов ведения беременности и родов, реабилитации заболевших новорожденных и детей первых лет жизни. Совершенно очевидно, что достижение указанной цели усилиями одних органов здравоохранения невозможно, нужны конкретные шаги в области

социальной и экономической политики на региональном и общегосударственном уровнях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берсжанская С.Б., Андреева Н.Б. Актуальные вопросы снижения материнской и детской смертности. М.: Медицина, 1988. С. 87-92.
2. Дешекина М.Ф., Демин В.Ф., Балаболкина Л.М. и др. //Материнство и детство. N11. С. 25-26.
3. Капитонов В.Ф., Тарасов Ю.С. //Рос. вестн. перинатол. и педиатр. Т. 39. С.39.
4. Ким Дж., Мюллер Ч., Клекка У. Факторный, дискриминантный и кластерный анализ: Пер. с англ. М.: Мир, 1989. 236 с.
5. Кравец Е.Б., Канская Н.В., Казанцева Н.В. //Материнство и детство. N 4. С.34-36.
6. Кулаковский В.А., Исламова Г.А., Огий Т.И., Минкин Р.И. Прогнозирование и профилактика нарушений здоровья матери и ребенка. М.: Медицина, 1988. С. 22-26.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

УДК 616 — 002.77

А.Н. Андреев, В.А. Ждахина,
Г.Б. Колотова, О.В. Кремлева,
А.Г. Пирумян, А.А. Попов, Л.А. Соколова

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СУСТАВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Уральская государственная медицинская академия

Одной из наиболее значимых проблем современной артрологии остается совершенствование методов своевременной реабилитации больных с привлечением высокоэффективных медицинских технологий.

Используемые в большинстве случаев стандартные схемы лечения, включающие в себя базисные препараты в сочетании с физическими преформированными методами воздействия, далеко не всегда оказывают желаемый результат. В то же время изучение патогенеза ревматических болезней показывает, что большинство из них являются многофакторными заболеваниями, т.е. возникают и развиваются вследствие наличия и взаимодействия внешних и внутренних факторов [2]. Степень внешнего воздействия и баланс внутрен-

него резерва организма во многом могут определить многоликость проявлений данных заболеваний (от начальных суставных до грубых висцеральных изменений) и их непредсказуемость в плане прогноза и исхода. А между тем, своевременное энергичное воздействие на иммунологический потенциал организма с привлечением средств немедикаментозной терапии, обладающих широким диапазоном протекторного действия на системы гомеостаза, может позволить предотвратить переход дебюта болезни в хроническую стадию. Неоднородность инфекционного начала ревматических заболеваний, иммунопатологических сдвигов, биохимической основы медиаторов воспаления, метаболических нарушений, а также нейроэндокринных наслоений придает проблеме лечения одной и той же патологии не только оттенок рациональности поиска наиболее оправданного медикаментозного лечения, но и диктуют необходимость в рамках оптимизации проводимых реабилитационных мероприятий уделить внимание методам, стимулирующим адаптогенез и, тем самым, по возможности, смягчить, затормозить надвигающиеся структурные изменения.

Контингент всесторонне обследованных лиц в условиях городского ревматологического отделения ЦГБ №6 включал в себя три группы пациентов, у которых суставная патология оценивалась на фоне урогенной инфекции (40 чел.), климактериче-

ского синдрома (КС) (115 чел.) и ревматоидного артрита (58 чел.). В первой группе этиология реактивного артрита (РеА) у всех больных была хламидийной; при предшествующей антибиотикотерапии интервал в лечении составлял не менее двух месяцев после ее окончания; обязательным являлось согласие пациентов воздерживаться от незащищенных половых контактов до контроля этиологического излечения. Методом блоковой рандомизации больные, страдающие РеА, были разделены на две подгруппы по 20 чел. каждая, практически одинаковые по соотношению полов, среднему возрасту, количеству различных вариантов течения заболевания. Больные первой подгруппы получали традиционную терапию, включавшую доксициклин 300 мг/сут в течение 20 дней, диклофенак натрия 100 мг/сут при первой степени активности процесса, 150 мг/сут — при второй и 200 мг/сут — при третьей; при необходимости использовался внутрисуставно кеналог. Лицам второй подгруппы дополнительно назначался курс 7 процедур аутоотрансфузий облученной ультрафиолетовыми лучами крови (АУФОК).

Этиологическая излеченность по данным трехкратного контрольного обследования в виде соскобов эпителиты уретры, а также цервикального канала у женщин с последующим анализом образцов методом прямой иммунофлюоресценции составила в обеих подгруппах 75 % в случаях первичной формы РеА или рецидива, анамнестически связанного с реинфекцией; у пациентов с затянувшимся и хроническим течением артрита (при наличии в анамнезе одного или нескольких курсов антибактериальной терапии) в первой подгруппе она не превышала 27 %, в то время как во второй достигла 42 %.

Во второй группе больных динамическому наблюдению были подвергнуты женщины в возрасте от 40 до 50 лет в менопаузе или ранней постменопаузе. Известно, что в климактерическом периоде наблюдается не только рост частоты остеоартроза, но и увеличение его тяжести, развитие реактивного синовита и нарастание степени функциональной недостаточности суставов, патогенетически связанные с нарушением баланса перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы [1,3].

С учетом сравнительной оценки различных немедикаментозных методов воздействия на патологический процесс все женщины с климактерическим синдромом были разделены на четыре подгруппы.

В первую подгруппу вошли 46 пациенток, получивших курс низкоэнергетического лазерного облучения крови (НЭЛОК). Процедуры проводились ежедневно с помощью терапевтической ла-

зерной установки «АЛОК» с длиной волны 632,8 нм, диаметром световода 400 мкм, мощность излучения на выходе составляла $1,5 \pm 0,2$ мВт. Курс лечения состоял из 6 – 8 ежедневных сеансов, в зависимости от массы тела. Длительность первых пяти процедур составляла 20 мин, последующих – 10 мин. Таким образом, за курс терапии каждая пациентка получала общую дозу лазерного облучения, равную 0,18 – 0,14 Дж, что составило $0,002 \pm 0,0001$ Дж/кг массы тела.

Вторая подгруппа включала 21 женщину, получившую курс центральной электроанальгезии (ЦЭАН). Сеансы проводились ежедневно в течение 10 – 12 дней с помощью аппарата «ЛЭНАР». Для достижения анальгезирующего и седативного эффекта использовалась частота импульсов от 800 до 1000 Гц при длительности импульса 0,15 – 0,2 мс и постоянной скважности. Через 10 – 15 мин после адаптации пациента к импульсному току, увеличивали выходное напряжение до 0,8 – 1,2 мА. Длительность первой процедуры составляла 15 – 20 мин, последующих — 40 – 45 мин.

Сочетание НЭЛОК и ЦЭАН получили 25 больных третьей подгруппы. Между процедурами выдерживался временной интервал не менее двух часов. С учетом хронологических особенностей сеансы НЭЛОК проводили в первой половине дня, а ЦЭАН непосредственно перед дневным отдыхом.

В четвертой подгруппе 23 женщины получали традиционную терапию: нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак-ретард, ибупрофен, крем «Долгит»), метаболическую терапию (полярную смесь, нанангин, рибоксин, витамины Е (200 мг/сут), С (300 мг/сут), пиридоксин). Два наиболее пораженных суставов (как правило – коленные) облучались наружно при помощи лазерной установки УФЛ-01 «Ягода». В связи с достаточно высокой мощностью излучения лазерной установки УФЛ-01 (20 мВт) общая длительность сеанса лазерной терапии не превышала 20 мин. В области каждого сустава облучали 3 – 4 поля с целью более равномерного воздействия на ткани органа. Плотность потока мощности составляла в среднем $1,2 \pm 0,1$ мВт/см², таким образом плотность энергии (доза облучения) составила в среднем по группе $12,31 \pm 1,52$ Дж на курс лечения, или $0,73 \pm 0,06$ Дж/кг массы тела.

До и после курса лечения определяли функциональное состояние коленных и тазобедренных суставов с помощью индекса Лексна, интенсивность болевых ощущений оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Изучали динамику модифицированного менопаузального индекса (ММИ). Определяли интенсивность индуцированной биофлюоресценции (БХЛ) и общей антиоксидли-

Динамика клинических и лабораторных параметров при применении немедикаментозных методов лечения полностеоартроза

| Метод лечения□ | ММИ (баллы) | ВАШ (баллы) | Индекс Лексеа | БХЛ/АОА (log) | ИПЛ (log) |
|----------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| НЭЛОК | 37,13±1,64 10,24±1,14* | 4,69±0,38 2,09±0,44* | 5,36±0,39 1,23±0,18* | 4,45±0,08 3,72±0,07* | 5,36±0,11 4,19±0,09* |
| ЦЭАН | 31,95±1,97 9,47±1,18* | 4,20±0,63 1,71±0,84 | 4,77±0,49 1,25±0,32* | 4,08±0,11 3,72±0,12* | 5,20±0,16 4,85±0,16 |
| НЭЛОК +ЦЭАН | 38,8±1,38 10,6±1,53* | 5,69±0,47 2,16±0,92* | 5,91±0,37 1,36±0,28* | 4,30±0,08 3,95±0,06* | 5,39±0,14 4,33±0,15* |
| Наружный лазер | 35,28±2,2 13,77±1,07* | 4,43±0,65 2,57±0,57 | 5,50±0,54 2,47±0,49* | 3,99±0,07 3,30±0,09* | 4,93±0,11 4,61±0,10 |

Примечание: в числителе – исходные показатели, в знаменателе – после лечения,

* – достоверные изменения (p<0,05).

тельной активности (АОА) плазмы, их соотношение, а также индекс перекисидации липидов (ИПЛ) в пересчете на белок и холестерин.

Любая из избранных программ лечения привела к достоверной редукции ММИ (таблица). В то же время, в группе получавших наружный лазер проявления КС оставались достоверно более выраженными, чем у получавших НЭЛОК, ЦЭАН и их сочетание.

Уменьшение интенсивности артралгий зафиксировано при всех методах лечения. Однако в группе, где применялась сочетанная терапия НЭЛОК и ЦЭАН, отмечена наибольшая исходная интенсивность артралгий, а после курса терапии их интенсивность существенно не отличалась от таковой у пациенток, пролеченных иными способами. Таким образом, все изучаемые методы обладают достаточным выраженным противовоспалительным эффектом. Но лишь НЭЛОК и сочетание НЭЛОК и ЦЭАН обеспечивали достоверное уменьшение припухлости суставов, в то время как ЦЭАН и наружное лазерное облучение оказывали преимущественно противовоспалительный эффект.

Положительная клиническая динамика сопровождалась снижением активности ПОЛ. Все использованные методы способствовали снижению соотношения БХЛ/АОА, однако лишь применение НЭЛОК и его сочетание с ЦЭАН достоверно снижали степень перекисного поражения мембран клеток, что проявлялось редукцией ИПЛ. Использование наружного лазера и изолированное применение ЦЭАН способствовали лишь развитию аналогичной тенденции.

В третьей группе больных, страдающих ревматоидным артритом (РА), основной задачей исследования явилось изучение психосоциальных факторов анамнеза в преморбидном периоде, в процессе возникновения и течения заболевания, а также разработка комплексной программы реабилитации с учетом выраженности клинических про-

явлений не только со стороны суставного синдрома, но и психической сферы. С этой целью использовалась специально разработанная для больных РА серия полуструктурированных интервью, для изучения жизненных событий, структуры межличностных отношений, эмоциональной и когнитивной сфер пациентов, а также шкалы алекситимии ММР1 и Скэллинга, тест Люшера.

Анализ результатов психосоциального обследования больных РА показал, что пациенты, страдающие данной патологией, обладают такими личностными особенностями, как сдержанность, терпеливость, готовность к самопожертвованию, застенчивость и «скованность» в общении, низкая самооценка и зависимость от общественного мнения, стремление к совершенству, ориентация на социальную приемлемость. Как оказалось, эти личностные черты формировались у обследованных лиц с детства, предшествовали началу РА и заострялись в процессе заболевания. Более того, наиболее характерной психологической надстройкой у больных обсуждаемой патологией являлось сомнение в правильности поставленного им диагноза и уклонение от выполнения рекомендаций врачей. Все это явилось основанием для включения психотерапии в комплекс реабилитационных мероприятий у больных РА.

При участии психотерапевта проводились индивидуальные сессии, групповые занятия, семейная психотерапия. Динамическое наблюдение за пациентами выявило клиническое улучшение, выразившееся в снижении болевого синдрома у 31% больных, уменьшении длительности и интенсивности утренней скованности в 27,6% случаев; у семи больных сократилась суточная потребность в нестероидных противовоспалительных препаратах. Одновременно с соматическим улучшением практически у всех пациентов повысилось настроение, уменьшилась тревога, улучшились самооценка и социальная адаптация.

Выводы

1. Использование фотомодифицированной крови на фоне общепринятой терапии реактивных урогенных артритов значительно повышает показатель этиологической излеченности у больных с затянувшимися и хроническими формами заболевания в минимальной и средней степени его активности.

2. Включение в программу лечения патологических состояний, ассоциированных с менопаузой, низкоэнергетического лазерного облучения крови и центральной электроанальгезии позволяет осуществлять комплексное воздействие на различные звенья их патогенеза, что не только существенно улучшает функциональное состояние опорно-двигательного аппарата, но и значительно смягчает симптоматику климактерического синдрома.

3. Активное участие психотерапевта в реабилитационных мероприятиях, проводимых у больных РА, не только способствует улучшению течения заболевания со стороны суставного синдрома, но и повышает социальную адаптацию пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зборовская И.А., Левкина М.В. Деформирующий остеоартроз и антиоксидантная система крови // Клини. ревматол. 1995. №1. С.31-33.
2. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1989. 592 с.
3. Wilhelm I. Metabolic aspects of membrane lipid peroxidation // Acta Universitatis Carolinae Medica/ Monographia CXXXVII. Praha, 1990. 180 p.

УДК: 616.13 - 004.6

В.С. Мякотных, Т.А. Боровкова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Уральская государственная медицинская академия, Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн

Атеросклероз поражает артерии крупного и среднего калибра самой различной локализации [7]. При этом, на наш взгляд, можно только на определенном временном отрезке развития патологического процесса говорить об изолированном атеросклеротическом поражении церебральных,

коронарных артерий, брахиоцефальных ветвей дуги аорты, сосудов нижних конечностей и др. Быстрое прогрессирование атеросклероза преимущественно в пожилом и старческом возрасте неизбежно приводит к распространенному, сочетанному атеросклеротическому поражению, по-существу охватывающему весь организм [5].

В данных условиях лечение атеросклероза и профилактика его дальнейшего развития и распространения являются достаточно сложными задачами, зачастую требующими использования многих лекарственных препаратов [1]. Последнее противоречит положениям гериатрической клинической фармакологии, говорящим о недопустимости применения активной полипрагмазии в пожилом и старческом возрасте [4,6]. В связи с изложенным нами была поставлена задача разработки достаточно действенного способа активной противосклеротической терапии, который бы оказывал максимальное лечебное воздействие на многочисленные органы и системы и не требовал использования значительного арсенала сильнодействующих медикаментозных препаратов.

Наблюдались 76 больных с сочетанным атеросклеротическим поражением церебральных, коронарных сосудов, брахиоцефальных ветвей дуги аорты, периферических сосудов нижних конечностей. Возраст пациентов - от 46 до 86 лет, преобладали лица пожилого и старческого возраста - 65 (85,5%). Диагноз распространенного атеросклероза устанавливался клинически и с помощью лабораторных и инструментальных методов обследования. В ходе лабораторных исследований ведущая роль отводилась определению уровня содержания липидов (холестерина, бета-липопротеиды, триглицериды) в крови, а также соотношению, взаимоотношениям свертывающей и противосвертывающей систем крови. Комплекс инструментальных исследований включал в себя ультразвуковую доплеросонографию (УЗДГ) сосудов головного мозга и шеи, реовазографию (РВГ) сосудов нижних конечностей, электрокардиографию (ЭКГ) в сочетании с ритмографическими исследованиями. В течение 30-35 дней больные обследовались и лечились в условиях специализированного гериатрического стационара, затем лечение и динамическое наблюдение продолжались амбулаторно, в течение 6 и более месяцев. Все пациенты страдали хронической формой цереброваскулярной болезни и артериальной гипертензией. Согласно общепринятой классификации [8] у них имела место дисциркуляторная (атеросклеротическая, гипертоническая) энцефалопатия II-й стадии. Во всех случаях диагностирована ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия II-го функционального класса. У 33 больных, кроме того, выявлены нарушения сердечного ритма, преимущественно по типу экстрасистолии, у 2 - дисфункция синусового узла. Ни в