

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

УДК 616.89.612.013

КАЛАНДАРОВ ВАХОБЖОН ТУРДИБОЕВИЧ

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

Специальность 5А720109 неврология

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

На соискание степени магистра по неврологии

Научный руководитель:

к.м.н., Вязикова Н.Ф.

Самарканд –2016 г

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.	5
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.	10
1.1. Использование показателей качества жизни при изучении эффективности лечения заболеваний нервной системы и внутренних органов.	10
1.2. Личностные особенности больных с неврологической и терапевтической патологиями.	14
1.3. Рефлексотерапия как составляющая комплексной терапии заболеваний нервной системы и внутренних органов.	24
ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ.	33
2.1. Общая характеристика клинических наблюдений.	33
2.2. Методы обследования и лечения.	34
ГЛАВА 3. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.	41
3.1. Характеристика больных в зависимости от пола, возраста, места проживания и социального статуса.	41
ГЛАВА 4. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.	44
4.1. Структура терапевтической патологии.	45
ГЛАВА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ	48
ГЛАВА 6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	52

6.1. Анализ изменения показателей качества жизни до и после рефлексотерапии у больных психотерапевтического стационара с хронической ишемией мозга I-II ст. в зависимости от особенностей личности (по Леонгарду)	52
6.2. Дифференциальная оценка эффективности рефлексотерапии психоневросоматических синдромов	71
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	80
ВЫВОДЫ	105
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	106
УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ	107

Список сокращений

Б	-боль
ЖС	-жизнеспособность
Кд	-динамический коэффициент
КЖ	к жизни
ПЗ	психическое здоровье
РТ	реабилитационная терапия
РФ	психических проблем в ограничении жизнедеятельности
РЭ	функциональных проблем в ограничении жизнедеятельности
СА	субъективная активность
ФА	функциональная активность
ХИМ	хроническая ишемия мозга
Ж	жизнеспособность
ЭЭГ	электроэнцефалография
УЭДГ	ультразвуковая доплерография
КТ	компьютерная томография
МРТ	магнитно-резонансная томография

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Со второй половины XX века наблюдается значительный рост психосоматических расстройств, которые в настоящее время по праву считаются «патологией современной цивилизации». Частота их в населении колеблется от 15 до 50% (Левин О.С., 2013, Emre M., 2014).

Среди пациентов амбулаторной практики тот же показатель составляет 30—57%. Психоэмоциональная система в генезе нарушений центральной регуляции гомеостаза играет важную роль. Это объясняет актуальность исследований в области терапии больных психотерапевтического отделения, тем более, что в нем проходят лечение в основном люди трудоспособного возраста. (Сидоров П.И. 2010).

Сосудистые заболевания головного мозга в связи с высокой распространенностью и тяжелыми последствиями для состояния здоровья человека (инсульт, сосудистая деменция) являются одной из важнейших медицинских и социальных проблем. Так, если в США среди всех случаев смерти от болезней системы кровообращения на возраст до 65 лет приходится менее 10% (Ефремова Е.В., 2013).

Сложившиеся ранее критерии оценки эффективности лечения и исходов заболевания, основанные на традиционных показателях - средней продолжительности жизни, смертности-сегодня перестали удовлетворять, т.к. они не дают возможности определить их влияние на качество жизни (КЖ) больных. Это приводит к нарушению соответствия в оценке эффективности лечения, даваемой врачом и пациентом, поэтому в настоящее время стало актуальным исследование качества жизни больных, особенно для подтверждения эффективности различных методов курации хронических заболеваний (В.В. Попов., 2014, Чернявская Т., 2010). Существует специальный отдел ВОЗ, который занимается проблемами качества жизни, решаемыми только при условии усиления интеграции медицинских знаний (Fischer J.S. 2012).

Важнейшую роль в этом призвана сыграть психиатрия, которая выступает в качестве связующего звена между биологическими и психосоциальными подходами (Козлова С.Н. 2012).

В медицине термин «качество жизни» начали применять с 1947 года, когда ВОЗ впервые определила понятие здоровья как состояние физического, психического и социального благополучия. Менее 30 лет назад термин стал самостоятельной категорией Index Medicus. Важность и актуальность оценки качества жизни при различных заболеваниях была осознана лишь в последнее десятилетие XX века (Опечкин А.М.2011).

Для объективизации качества жизни наиболее удачным оказался заимствованный из психологии текстологический подход, поэтому его «инструментами измерения» являются анкеты-опросники.

Актуальным является и изучение личностных особенностей больных при различных заболеваниях, т.к. существует взаимосвязь развития той или иной патологии с определенными индивидуальными особенностями личности пациента. В настоящее время, особенно в связи с формированием нового направления в общей медицинской практике - института семейной медицины - продолжается интеграция научных и практических достижений междисциплинарного характера (Радзиевский С.А., Смулевич А.Б.2010). При этом отчетливо обнаружилось затруднение понимания сущности психосоматических и соматопсихических процессов, их клинической и оценочной интерпретации, методов лечения. Преодоление дихотомии в психосоматике осуществляется путем поиска взаимосвязи соматического и психического компонента, признания психосоматического подхода в качестве основополагающего в медицине, обоснования клинико-диагностических моделей и общей терапевтической тактики (Guyatt Ft .2011., Самосюк В. 2010).

В комплексном лечении терапевтических и неврологических больных показана эффективность применения немедикаментозных методов лечения, в частности, рефлексотерапии (РТ). Возросший интерес к

РТ, актуальность ее применения в медицинской практике обусловлены объективизацией метода благодаря современным нейрофизиологическим, биохимическим, биофизическим и иммунологическим методами исследования, в результате чего она перестала восприниматься как необъяснимая эмпирика (Шутов А.А.2012). В последнее время увеличивается число рандомизированных контролируемых испытаний, которые свидетельствуют об эффективности немедикаментозных «традиционных» методик. Так 10% жителей Великобритании и 25% жителей США ежегодно проходят курсы немедикаментозной терапии (Morrin I. 2010). Самым популярным методом традиционной медицины является РТ - наиболее экономичный, щадящий и адекватный способ лечения при различных заболеваниях, связанных с патологией регуляторных систем организма (нервной, эндокринной, иммунной). Выявлен положительный эффект от применения РТ в комплексном лечении головной боли у больных с психосоматическими расстройствами. Применение РТ приводит к клиническому улучшению общего состояния пациентов, страдающих дисбалансом тонуса отделов вегетативной нервной системы. Актуально использование РТ и в восстановительном периоде инсультов.

Психосоматические расстройства, в частности, заболевания гепатобилиарной системы, приобретают особое значение у больных с дисциркуляторной энцефалопатией I-II ст., ведение которых представляет значительные сложности вследствие их невысокой комплаентности, возникающих у них когнитивных и личностных нарушений, а также коморбидных расстройств тревожно-депрессивного спектра. В то же время значительная распространенность ишемий мозга, серьезность отдаленного прогноза (оперативное лечение, нарастание сосудистых нарушений вплоть до деменции) и значительные материальные затраты на их лечение придают высокую актуальность разработке методов нелекарственной

терапии, которые могли бы применяться на ранних этапах ведения больных с хронической ишемией мозга.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение качества жизни больных с психосоматическими расстройствами и коррекция его составляющих методами рефлексотерапии.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Исследовать частоту встречаемости и структуру различных форм неврологических заболеваний с психосоматическими расстройствами.
2. Изучить психологические особенности личности пациентов с органическими поражениями головного мозга, имеющих психосоматическую отягощенность.
3. Оценить эффективность рефлексотерапии в комплексном лечении больных с органическим поражением центральной нервной системы и сочетанной патологией внутренних органов.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено комплексное исследование психоневросоматических синдромов, позволившее сопоставить структуру заболеваний центральной нервной системы и коморбидных с ними психосоматических расстройств с результатами психодиагностического обследования больных психотерапевтического отделения, объективно оценить состояние их адаптационных возможностей и углубить представление о взаимодействии соматического и психического компонентов болезни. Выявлено, что ишемические заболевания нервной системы часто сочетаются с пограничными психическими расстройствами, которые в силу своих клинических проявлений являются одной из основных причин госпитализации в психотерапевтическое отделение. Причем из соматических заболеваний у пациентов этой категории наиболее часто отмечается патология гепатобилиарной системы.

Установлено, что психопатологические проявления хронической ишемии мозга чаще всего характеризуются ипохондрическими и истерическими проявлениями, а также расстройствами депрессивного спектра.

Апробация работы: Утверждение диссертационной темы проведена на кафедральном заседании 6.02.2014 г., на меж. кафедральном заседании 13.02.2014 г. и на ученом совете Педиатрического факультета 25.03.2014г. Апробации защиты диссертационной работы проводились 02.10.2015 г на кафедральном заседании и 10.12.1015 г на меж. кафедральном заседании.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 5 научных работ: 3 статьи, 2 тезис. Тезисы изложены в материалах научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы клинико-лабораторной и функциональной диагностики с клинической патофизиологией» (Самарканд, 10 - 11 ноября 2015 г.)

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 118 страницах, иллюстрирована 24 таблицами, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 5 глав с результатами собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложения и списка литературы -121 источника: из которых 81 отечественных и русскоязычных источников и 40 зарубежных.

Статистический анализ. Анализ материала проводился методом компьютерной обработки с использованием пакета статистических программ на собственном компьютере Pentium-4. Статистическая обработка материала включала обработку количественной оценки улучшение качества жизни после получения стационарного лечения (иглорефлексотерапия) по шкалам; а так же обработку полученных в результате исследования показаний психотических изменений.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Использование показателей качества жизни при изучении эффективности лечения заболеваний нервной системы и внутренних органов

Сложившиеся ранее критерии эффективности лечения и исходов заболевания, основанные на традиционных показателях - средней продолжительности жизни, смертности, сегодня перестали удовлетворять, т.к. они не дают возможности оценить КЖ больных, что приводит к нарушению соответствия в оценке эффективности лечения, даваемой врачом и пациентом. В связи с этим в настоящее время стало актуальным исследование КЖ больных, особенно для подтверждения эффективности различных методов лечения хронических заболеваний [7, 10, 30, 33, 44, 47, 120, 121].

Понятие «качество жизни» сформировалось в общественном сознании и использовалось для определения способности индивида функционировать в обществе соответственно своему положению, а также для характеристики степени удовлетворенности человека своим физическим, психическим и социальным состоянием [48, 64]. В медицине термин «качество жизни» начал применяться с 1947 года, когда ВОЗ впервые определила понятие здоровья как состояние физического, психического и социального благополучия. Вскоре после этого началось изучение психосоциальных аспектов медицинских понятий. Менее 30 лет назад термин стал самостоятельной категорией Index Medicus.

Важность и актуальность оценки КЖ при различных заболеваниях была подтверждена лишь в последнее десятилетие XX века, что сделало ее

одной из основных задач проводимой терапии. Оно охватывает в широких пределах опыт человека, включая ежедневные потребности, индивидуальные реакции на болезнь и действия, связанные с профессией и личным благополучием. Наиболее важно то, что КЖ включает восприятие больными их собственного здоровья и способности к жизнедеятельности [65, 67, 108, 109].

ВОЗ формулирует КЖ как «индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте культуры, систем ценностей этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства». КЖ - интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [48, 62].

Некоторые исследователи при определении понятия КЖ более детально останавливаются на каждой из трех его составляющих: а) физических аспектах: ухудшение или улучшение функциональных способностей, отдельные симптомы, причиной которых является заболевание или лечение; б) психических аспектах: широкий ряд эмоциональных состояний и познавательные способности (интеллект, память, внимание, сосредоточенность); в) социальных аспектах: социальная изоляция или, напротив, социальная коммуникабельность, роль хронических заболеваний в социализации больных [39, 98, 115].

Психологический аспект особенно значим при заболеваниях в патогенезе которых этот фактор играет существенную роль, в частности, при артериальной гипертонии.

В последнее десятилетие секцией ВОЗ, которая занимается изучением проблем качества жизни, выработаны следующие 6 основных критериев, которые необходимо учитывать при его оценке: 1) физический, 2) психологический, 3) уровень самостоятельности, 4) общественная жизнь, 5) окружающая среда, 6) духовность.

Для объективизации показателя КЖ наиболее удачным оказался заимствованный из психологии тестологический подход, поэтому его «инструментами измерения» являются анкеты-опросники.

Так как стандартных норм и единых критериев оценки ЮК не существует, каждый опросник имеет свои критерии и шкалу оценки. Опросники бывают трех основных типов: общие, частные и специализированные [148, 64].

Общие опросники, созданные в 40-х годах, характеризуют состояние больного независимо от нозологической принадлежности. Они позволяют сравнивать различные популяции больных при применении любых лечебных программ, а также проводить сравнение качества жизни при разных заболеваниях с качеством жизни населения в целом. Некоторые авторы считают однако, что у всех этих анкет невысока чувствительность к изменениям здоровья при легкой и средней степени тяжести болезни. Кроме того, при различных болезнях их воспроизводимость и надежность разная [83, 106].

Примером наиболее распространенных опросников общего типа, созданных в последнее время, является «Краткий медицинский опросник» - Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36), предложенный бостонским институтом здоровья. Он содержит 36 вопросов и 8 шкал, по которым оценивают физическую, психическую и социальные сферы жизнедеятельности человека.

Специальные опросники сфокусированы на оценку специфических проявлений болезни и ее лечения. Они разработаны для определенных групп заболеваний, что делает их более чувствительными к малым, но клинически значимым изменениям [64].

Специализированные опросники широко используются в терапии для определения эффективности терапии больных недостаточностью кровообращения, стенокардией, гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, патологией почек и др [39, 44, 47, 48, 86].

В настоящее время КЖ становится актуальным самостоятельным критерием оценки эффективности лечения, дополняющим результаты клинических и экономические данные [164, 119].

Специальные опросники разработаны также для оценки терапии многих неврологических заболеваний, например, эпилепсии (Шкала тяжести приступов, Вашингтонский психосоциальный опросник оценки приступов), рассеянного склероза (Оценка качества жизни при рассеянном склерозе). Есть специализированные опросники для больных с мигренью, болезнью Паркинсона, психическими заболеваниями и т.д [48, 112].

Частные опросники появились практически одновременно со специализированными. Они оценивают отдельные составляющие КЖ (выраженность одышки, болевого синдрома, настроение и т.д.). К числу таких анкет можно, например, отнести Linear Analog Self-Assessment of Voice Quality.

Существует несколько подходов для оценки КЖ: применение общих опросников, использование специальных опросников, предназначенных для определенной нозологии, применение группы анкет, в состав которой могут входить не только клинические опросники по оценке КЖ, но и психологические опросники, например, Minnesota Multiphasis Personality Inventory (MMPI), Mini-Mult, СМОЛ.

Кроме того, допускается самостоятельное добавление специальных пунктов, необходимых для исследования [27].

C.F.Donneret al. сформулировали ряд общих требований, предъявляемых к опросникам. Они должны быть универсальными, надежными, чувствительными к клинически значимым изменениям состояния здоровья каждого респондента, воспроизводимыми, простыми в использовании и краткими, стандартизованными, оценочными (давать количественную оценку параметров здоровья) [87]. Управление по пищевым продуктам и лекарственным средствам США (Food and Drug Administration, FDA) рекомендует использовать показатель КЖ как один из

конечных интегральных критериев оценки при изучении эффективности и безопасности лечения.

Метод исследования КЖ в настоящее время широко применяется в медицине, хотя данных о его использовании для оценки эффективности лечения больных с терапевтической и неврологической патологией, лечащихся в психотерапевтических отделениях методом рефлексотерапии, нами не найдено.

1.2. Личностные особенности больных с терапевтической и неврологической патологиями

Личность - феномен общественного развития, конкретный живой человек, обладающий сознанием и самосознанием. В структуру личности входят также все психологические характеристики человека, и все морфофизиологические особенности его организма - вплоть до особенностей обмена веществ. Личностью может быть только человек, и то лишь достигнув определенного возраста. Критериями сформировавшейся личности являются способность преодолевать собственные непосредственные побуждения ради социально значимых нравственных мотивов и способность к сознательному руководству собственным поведением [19, 21, 31].

Под личностью в психодиагностике понимается совокупность черт, то есть привычных способов реагирования, поведения и переживаний в определенных ситуациях. Люди различаются по степени выраженности черт личности, которая определяет дальнейшее ее развитие, а также адаптацию к жизненным условиям и здоровье. Значительная степень выраженности каких-либо черт, представляющая собой крайний вариант нормы и затрудняющая адаптацию к критическим ситуациям, называется акцентуацией личности [21]. Когда чрезмерная степень выраженности отдельных черт сопровождается затруднением адаптации не только к

критическим, но даже к обычным повседневным ситуациям и вызывает болезненные переживания, говорят о психопатии личности. Поскольку виды акцентуаций и психопатий впервые были изучены и описаны психиатрами П.Б.Ганушкиным, А.Е.Личко, К.Леонгардом, традиционные названия этих типов тесно связаны с психиатрическим содержанием. На развитие черт и свойств личности влияет большое количество факторов [31, 36, 37, 58].

1. Наследственные особенности. О зависимости особенностей личности от наследственных факторов свидетельствуют две группы фактов. Во-первых, большее сходство черт темперамента у монозиготных близнецов, обладающих идентичными генетическими особенностями, по сравнению с гетерозиготными. Во-вторых, более высокая корреляция черт темперамента приемных детей с чертами биологических родителей по сравнению с чертами приемных родителей.
2. Тип телосложения. Об этом говорит связь астенического и пикнического типов строения тела с шизоидным и циклоидным темпераментом, а также соответствие эндоморфного, мезоморфного и эктоморфного соматотипависцеротоническому, соматотоническому и церебротоническому типам темперамента.
3. Свойства нервной системы. Такие характеристики нервной системы, как сила возбуждения и торможения, уравновешенность, подвижность, лабильность, динамичность влияют на особенности поведения и, в конечном счете, на темперамент человека.
4. Пол. Различия по отдельным чертам личности между мужчинами и женщинами заставляют разработчиков ряда личностных опросников создавать мужские и женские нормативы. Кроме того, женщины представляют собой более однородную в психологическом отношении популяцию, характеризующуюся меньшим удельным весом лиц с отклоняющимся поведением. Возможно, это связано с различиями

биологических особенностей, социального положения и функций мужчин и женщин в человеческой эволюции.

5. Возраст. Количество акцентуированных личностей максимально среди подростков и среди пожилых людей, что связано с их более выраженными затруднениями в адаптации. Известно также, что некоторые типы акцентуаций и психопатий формируются преимущественно в определенном возрасте.
6. Социальная принадлежность. Представители различных национальностей, профессиональных групп, отдельных субкультур могут характеризоваться различным соотношением особенностей личности в связи с различными требованиями, нормами поведения, образом жизни.
7. Индивидуальный жизненный опыт. Различные события в жизни человека могут оказывать влияние на формирование его личности. Это могут быть значимые переживания по поводу встреч, утрат, болезней, конфликтов, достижений и неудач, психологические травмы и т.п.
8. Самовоспитание. Сам человек может быть одним из факторов формирования своей собственной личности. Выбор образа жизни, характера деятельности и взаимоотношений, круга общения, конкретные решения и поступки могут определять отношение к себе, другим и, в конечном счете, влиять на особенности характера.
9. Состояние здоровья. До сих пор актуальной остается теория «профилей личности», объясняющая взаимосвязь развития той или иной патологии с определенными индивидуальными особенностями личности пациента. Считается, что профиль личности складывается из врожденных и приобретенных в процессе жизни черт, обуславливающих индивидуальные реакции на различные события. Выделяется ряд личностных профилей, предрасполагающих к возникновению конкретного психосоматического заболевания, например, личность типа

А, относящаяся к группе риска по коронарной болезни («коронарная личность»), «язвенная личность» и т.д.

Таким образом, существует взаимосвязь развития той или иной патологии с определенными индивидуальными особенностями личности пациента, что лежит в основе психосоматических заболеваний.

Основные положения психосоматической медицины были сформулированы еще в период античности (школы Гиппократ и Книда), которые говорили о «психоцентрической» и «соматоцентрической» парадигмах. Термин «психосоматика», предусматривающий установление соотношений между психическими и соматическими расстройствами, впервые был применен в начале XIX века [21].

В XIX веке получили бурное распространение материалистические идеи - началось физиологическое изучение мозга и психики, были открыты возбудители многих инфекционных заболеваний. Нашел признание тезис «всякая болезнь организма есть болезнь конкретного органа». В этот период поляризуется представление о психическом и соматическом в общей патологии. В дальнейшем было отмечено, что течение одних и тех же инфекционных заболеваний имеет различия, а пациенты с однотипными морфологическими изменениями во внутренних органах болеют неодинаково. Развивается представление о роли нервной системы в генезе болезненных состояний [19].

Столетие спустя врачебный лексикон было введено понятие «психосоматическая медицина». Под психосоматическими заболеваниями понимаются синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуальными психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутри личностного конфликта [20]. Многообразные психосоматические расстройства объединяет общий признак - сочетание симптомов нарушения психической и соматической сферы. Обязательным условием отнесения

болезненных состояний к психосоматическим является наличие психотравмирующих эмоционально значимых событий, связанных во времени с началом или обострением соматического заболевания и играющими существенную патогенную роль в возникновении психосоматических расстройств. Это не только острые стрессорные факторы, но и затяжные конфликты [58].

Ранее к психосоматическим заболеваниям относили семь нозологических единиц: эссенциальную гипертонию, тиреотоксикоз, нейродерматит, бронхиальную астму, некоторые формы ревматоидного артрита, язвенный неспецифический колит и язвенную болезнь. В настоящее время регистр психосоматических болезней значительно расширился за счёт включения в него заболеваний сердечно-сосудистой системы, мигрени, большого числа кожных и урогенитальных заболеваний и др. К числу типичных психосоматических заболеваний в странах Северной Америки и Европы относят нервную анорексию и булимию, некоторые формы психогенного ожирения, сахарный диабет, кардиоспазм, нервную рвоту, синдром раздражённого кишечника, импотенцию, запоры, рак и др.

Со второй половины XX века в обществе наблюдается значительный рост психосоматических расстройств, которые в настоящее время по праву считаются «патологией современной цивилизации». С точностью о распространенности психосоматических расстройств судить трудно (показатели болезненности обычно занижены), поскольку эти больные, не находя помощи и понимания врачей, нередко выпадают из их поля зрения. По исследованиям различных авторов, психосоматические расстройства встречаются у 30-57% пациентов первичной медицинской сети, колебания в общей популяции населения составляют 11-52%. По последним данным, 95% всех имеющихся заболеваний относится к разряду психосоматических расстройств. Именно нарушение центральной регуляции гомеостаза является пусковым механизмом развития различных

заболеваний. Психоэмоциональная система в генезе нарушений центральной регуляции гомеостаза играет важную роль. Это объясняет актуальность исследования и лечения психосоматических расстройств [73].

В качестве основных психофизиологических механизмов, опосредующих манифестацию психосоматических заболеваний под воздействием стресса, рассматриваются эмоциональное возбуждение (гнев, тревога, страх), либо торможение (безнадежность, беспомощность, отчаяние), которые приводят к дизрегуляции центральной и вегетативной нервной системы. Применительно к сердечно-сосудистой патологии воздействие стресса в первом случае приводит к острой синусовой тахикардии, повышению артериального давления и потребности миокарда в кислороде, и далее, к нарушению перфузии миокарда и манифестации ишемической болезни сердца, а во втором – к брадикардии, асистолии или вазовагальным, синкопальным нарушениям ритма сердца [5, 11, 15, 16, 34].

То, что эмоциональное состояние не является только психическим феноменом, но сопровождается электрофизиологическими, биохимическими, вегетативно-сосудистыми и даже моторными эффектами, говорят и другие авторы. При наличии патологических изменений в органах-мишенях такие вегетативные и гормональные сдвиги приводят к обострению соматического заболевания [18, 24, 35].

В настоящее время, особенно в связи с формированием нового направления в общей медицинской практике - института семейной медицины - продолжается интеграция научных и практических достижений междисциплинарного характера. При этом отчетливо обнаружилось недостаточное понимание сущности психосоматических процессов, их клинической и оценочной интерпретации, а также методов лечения. Преодоление дихотомии в психосоматике осуществляется путем поиска взаимосвязи соматического и психического, признания психосоматического подхода в качестве основополагающего в медицине,

обоснования клинико-диагностических моделей и общей терапевтической тактикой [18].

Понятие психосоматических расстройств объединяет западную и восточную медицину: вызывать заболевания могут экзогенные и эндогенные факторы. К эндогенным относятся физическое перенапряжение, неправильное питание и нарушение в эмоциональной сфере. Последние могут влиять на органы, проявляясь сначала функциональными нарушениями, при длительном течении которых возможно перерастание в органические расстройства с расширением их сферы. Также в рефлексотерапии считается, что при любом соматическом заболевании обязательно существуют нарушения на эмоциональном уровне. Хорошо известна связь определенной соматической патологии с соответствующими аффективными реакциями, например, раздражительность при болезнях печени и др [42, 59]. При коррекции эмоциональных нарушений одновременно происходят физические изменения в организме.

Личностные особенности больных с заболеваниями нервной системы. Существует «стрессогенный» вариант развития цереброваскулярной недостаточности, который развивается при неполноценности механизмов личностного реагирования и психической защиты. Хроническое эмоциональное напряжение приводит к ухудшению энергетического метаболизма мозга и церебральной гемодинамики, что ведет к снижению нейропсихических функций и возможностей личностного реагирования, а в дальнейшем обуславливает нарастание социальной дезадаптации и стабилизацию эмоциональных расстройств. Прогрессирование на этом фоне морфофункциональных нарушений церебрального уровня может служить своего рода биологической защитой от эмоционального перенапряжения.

У больных с последствиями черепно-мозговой травмы (ЧМТ) отмечаются ипохондричность, тревожность, трудности социальной

адаптации, снижение толерантности к стрессу, эмоциональным нагрузкам. В клинике отдаленного периода ЧМТ средней тяжести наблюдается четкое преобладание психовегетативных и эмоционально-личностных расстройств над классическими неврологическими симптомами. При этом вегетативная дистония более выражена у мужчин, а эмоционально-личностные сдвиги отмечаются больше у женщин. У молодых эмоциональные и вегетативные расстройства в промежуточном периоде достаточно хорошо компенсируются в отдаленном периоде. У больных старшего возраста психовегетативный синдром упорно сохраняется и в отдаленном периоде и нередко резистентен к проводимой терапии. При исследовании случаев легкой боевой ЧМТ выявлено, что они оставляют после себя стойкие посттравматические изменения в виде психовегетативного синдрома с проявлениями вегетативной дистонии и эмоционально-личностными расстройствами [51]. Это создает предпосылки для формирования не только стойкой патологии вегетативной нервной системы, но и соматических расстройств, в частности гипертонической болезни [76, 78, 81, 98].

Боль представляет собой сложный психофизиологический феномен, включающий не только гуморальные, гемодинамические, но и психические проявления. Наличие боли сопряжено с появлением особенностей поведения и изменений личности, психосоциальным стрессом в связи со снижением возможностей функционирования. С другой стороны, особенности психического реагирования на боль могут служить фактором ее хронификации [3, 79, 80, 92].

Личностные особенности больных с терапевтической патологией. Гипертоническая болезнь (ГБ) является психосоматической проблемой, т.к. есть болезнь образа жизни современного человека. Влияние психических, эмоциональных нарушений в генезе эссенциальной артериальной гипертонии (АГ) не вызывает сомнений, хотя изучение роли психосоциальных стрессорных факторов в их количественном измерении

представляется трудным, но в то же время перспективным направлением [5, 9, 10].

Многие исследователи у больных ГБ отмечают тревожность, мнительность, повышенную возбудимость в сочетании с замкнутостью и подозрительностью [16]. Кроме того, страдающим ГБ в большинстве случаев свойственны трудолюбие, аккуратность и добросовестность, под которым нередко скрываются латентное честолюбие, агрессивность, стремление к соперничеству. Отсюда - внутренние и внешние конфликты. Хронически подавляемая агрессивность, специфическая установка на скромность, внешняя стеснительность, подавление потребностей составляют особенности личности многих «гипертоников». У пациентов с АГ, соответствующей ГБ I стадии, преобладают невротические, депрессивные, тревожно-депрессивные реакции, а также тревожно-фобические и соматоформные расстройства. У больных АГ, соответствующей ГБ I-II стадии и сопутствующим церебральным атеросклерозом, когда формируется синдром дисциркуляторной энцефалопатии, выявляются органические астенические и аффективные расстройства (депрессивные эпизоды, дистимия). По сравнению со здоровыми людьми, у больных ГБ изменено восприятие конфликта и стресса: они реагируют повышением АД на, казалось бы, несущественные ситуации; как на отрицательные, так и на положительные эмоции, перегревание и переохлаждение, нарушение образа жизни и т.д [44, 100]. Этими авторами было выявлено, что пациентам с артериальной гипертонией присущи ипохондрически-кардиофобический и тревожно-депрессивный психологические типы реагирования на заболевание, а в целом для них характерны повышенные уровни стрессогенности и цейтнотности, а также снижение показателей тонуса организма [15, 24, 35].

К настоящему времени считается доказанным, что ИБС, протекающая с психогенно спровоцированными инфарктом миокарда и

ишемией миокарда, может быть отнесена к психосоматическим заболеваниям [60, 70, 72, 111].

Представления пациента о болезни существенным образом влияют на медицинские, профессиональные, семейные и иные последствия соматического страдания. В ряде исследований было установлено, что восприятие пациентом инфаркта миокарда во многом определяет различные аспекты последующей реабилитации. Больные ИБС с более высокой реактивной и личностной тревожностью, более выраженным уровнем невротизации и акцентуации личности отмечают и более выраженную реакцию на боль при ангинозном приступе. Это приводит к изменению вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы и сопровождается изменениями гемодинамики [24, 28, 34, 69, 85].

У больных с гепатобилиарной патологией изменения психовегетативного статуса значительно повышают уровень тревожности и нейротизма, повышается симпатическая активность и снижаются адаптационные возможности вегетативной регуляции. При этом изменения психовегетативного статуса, обусловленные индивидуальными личностными психологическими особенностями, являются одним из этиопатогенетических факторов развития функциональных расстройств билиарного тракта, хронического холецистита и желчнокаменной болезни [9, 20, 58].

Таким образом, психологический портрет пациента с билиарной патологией можно представить следующим образом: пассивный, пессимистичный, эмоционально лабильный, раздражительный, с высоким уровнем тревожности и нейротизма тип личности. На основании этих данных рассматривается концепция психовегетативной билиарной болезни [13, 42, 59].

1.3. Рефлексотерапия как составляющая комплексной терапии заболеваний нервной системы и внутренних органов

Возросший интерес к рефлексотерапии обусловлен ее высокой эффективностью, подтвержденной современными методами объективизации - нейрофизиологическими, биохимическими, биофизическими и иммунологическими [63, 66, 77].

Однако солидной современной теоретической базы рефлексотерапия до недавнего времени не имела, что порождало сдержанное, а порою и откровенно негативное отношение к ее активному использованию в современном здравоохранении.

Предшественницей рефлексотерапии является классическая акупунктура, базирующаяся на общетеоретических построениях натурфилософии древнего Китая. Эти традиционные концепции, выраженные в архаичных, непривычных для европейского менталитета лексических конструкциях, долгое время представлялись безнадежно устаревшими, антинаучными. Это обстоятельство являлось одним из основных формальных препятствий для признания рефлексотерапии в качестве самостоятельной врачебной специальности и тормозило ее дальнейшее развитие [4].

Акупунктура (дословно - иглоукалывание) приобрела значение сводного термина, которым обозначают различные локальные воздействия. Вместе с тем, второй корень термина «акупунктура» можно трактовать как производное от немецкого «punkt» - точка или английского «punctual» - точный. Возможно эти обстоятельства, указывающие на принципиальное отличительное свойство метода - локальность, точность воздействия и способствовали его широкому интернациональному распространению и появлению таких терминов, как пунктурная (точечная) терапия. Термин «рефлексотерапия» (от лат. reflexus - повернутый назад, отраженный и греч. «терапия» - лечение) обязан своему происхождению

доминировавшим с 18 века и не утратившим своего значения представлениям нервизма. В настоящее время представления о нейрхимических механизмах нервной передачи, обеспечивающей различные типы рефлексов, существенно изменились и пополнились. В целом, метод, основанный на раздражении точек акупунктуры, которое запускает каскад рефлекторных нейрогуморальных реакций, складывающихся в определенный интегральный ответ организма, адекватно называть рефлексотерапией.

Место и время возникновения акупунктуры точно не установлено. Истоки ее находятся, по-видимому, в наиболее древних методах врачевания. Родиной акупунктуры принято считать Китай, однако, имеются факты, доказывающие, что она существовала на Тибете, в Индии, Непале, Вьетнаме, Японии и Египте.

Преимущества рефлексотерапии: технически проста, удобна и легко применима в любых условиях; отличается высокой эффективностью - быстрое снятие болей, зуда, отека, купирование гипертонического криза и др.; экономична - нет потребности в дорогостоящих препаратах и аппаратуре; при ее использовании отсутствуют аллергические осложнения; хорошая переносимость процедур пациентами; обладает выраженным влиянием на психоэмоциональную сферу человека.

Рефлексотерапия регулирует естественные стресс-лимитирующие и адаптационные реакции, что обеспечивает обширнейшую область ее применения при самой разнообразной патологии [8, 22, 43, 45].

Основными показаниями к рефлексотерапии являются психические расстройства и расстройства поведения (депрессивные эпизоды, соматоформное расстройство, неврастения и др). болезни нервной и костно-мышечной системы (поражения нервов, нервных сплетений, корешков, головные боли различного генеза, расстройства вегетативной нервной системы и др.), системы кровообращения (гипертоническая болезнь, стенокардия ишемический инсульт, цереброваскулярные

заболевания и др.), болезни органов дыхания, пищеварения (хронический холецистит, дискинезия желчного пузыря и др.), гинекологическая, урологическая патология и др. Противопоказания - некоторые инфекционные, паразитарные и эндокринные болезни, болезни крови, острые психозы, кахексия, декомпенсация в конечных стадиях органов и систем. При доброкачественных и злокачественных новообразованиях рефлексотерапия может применяться после радикального удаления новообразования, фармакотерапии, криотерапии и пр. и в 4 ст. болезни [46, 50].

В вопросах лечения недостаточно руководствоваться только нозологическим принципом, необходимо учитывать отдельные симптомы, синдромы и давность заболевания, индивидуальную реактивность больного [49, 50].

При заболеваниях, находящихся на стадии функциональных нарушений, рефлексотерапия может применяться самостоятельно, при более глубоких изменениях в органах - в сочетании с лекарственными препаратами (кроме больших доз психотропных и гормональных), физиотерапией, оперативными методами лечения.

Таким образом, рефлексотерапия может применяться при заболеваниях всех органов и систем. Естественно, при функциональных изменениях эффект от лечения будет более выраженным. При органических нарушениях, когда имеются структурные изменения органов и систем, рефлексотерапию можно использовать как симптоматическое лечение. В данном случае отмечаются благоприятные сдвиги, эволюция или даже задержка болезненного процесса, не говоря уже об общеукрепляющем и психотерапевтическом эффекте рефлексотерапии [53, 54, 62, 63].

Рефлексотерапия имеет следующие лечебные эффекты:

1. болеутоляющее действие;

2. нормализация соотношения или усиление образования нейрогуморальных веществ;
 - а) стимуляция высвобождения эндорфинов и энкефалинов в головном и спинном мозге;
 - б) стимуляция высвобождения серотонина в ядрах шва и заднем роге спинного мозга;
 - в) стимуляция выброса кортикотропина и кортизона в сыворотку крови;
 - г) влияние на системы дофамина и ацетилхолина;
 - д) нормализация соотношений триглицеридов, фосфатидов в сыворотке крови, уменьшение количества холестерина;
 - е) уменьшение уровня мочевой кислоты;
 - ж) нормализация углеводного обмена;
 - з) нормализация вегетативно-эндокринных функций;
3. улучшение микроциркуляции в органах;
4. нормализация артериального и венозного давления;
5. антиспастическое действие преимущественно на гладкую мышечную ткань, в т.ч. нормализующее влияние на пищеварительный тракт, матку;
6. нормализация функций мозга и сердца (по данным ЭЭГ, ЭКГ и др. видов исследований);
7. повышение иммунитета и резистентности к инфекциям;
8. ослабление синдрома абстиненции при наркомании;
9. антидепрессивное и седативное действия и др.

Методология классической акупунктуры основана на не противоречащих современным естественнонаучным представлениям универсальных принципах организации природы. Акупунктура - характерный пример холистической (от англ. whole - целое) медицины, рассматривающей человека в неразрывном единстве всех его внешних и внутренних взаимосвязей. Этот подход выражается монадой (от греч. monas, monados - единица, неделимое), которая символизируют первичный

элемент всего сущего. С позиций современной общенаучной методологии закономерности, зашифрованные в монаде, адекватно интерпретируются как интегрированное выражение законов единства и борьбы противоположностей, целого и части, перехода количественных изменений в качественные, сохранения энергии и вещества, теории относительности и концепции голографического строения Вселенной [63].

Механизмы действия рефлексотерапии Традиционная восточная медицина опирается на философию даосизма - всеобщего закона вселенной, которая объясняет все сферы научной деятельности, в том числе и врачевание. В основе ее лежат такие понятия как инь-ян, концепция 5-ти первоэлементов, что дает основание для изучения человека как единого целого (микрокосмос) в неразрывной связи с макрокосмосом [63, 77].

Материя является одной из форм проявления энергии, причем ее первичной формой. Применительно к биологии и медицине это значит, что первичным проявлением живой материи является энергия ее колебательных процессов. Из этого следует, что диагностические и лечебные мероприятия должны быть в первую очередь направлены на умение зарегистрировать, оценить и исправить, в случае необходимости, волновой спектр организма. Это ни что иное, как выраженный современным биофизическим языком образ деятельности врача, устанавливающего традиционный иньско-янский синдромальный диагноз в терминах «пустоты и полноты», «холода и жара» и выбирающего «возбуждающий или тормозной» методы воздействия [50, 53].

Рефлексотерапия способствует ускорению формирования важнейших характеристик адаптированного организма - способности поддержания гомеостаза с минимальными энергетическими затратами и высокой мобилизационной готовности к оптимальному реагированию на стрессорные, потенциально патогенные воздействия. Такое действие рефлексотерапии аналогично адаптогенному эффекту тренировки с

использованием физических нагрузок. Как при рефлексотерапии, так и при интенсивных физических нагрузках возбуждаются мышечные афференты, ритмические разряды которых вызывают каскад системных нейрогуморальных реакций, обеспечивающих все основные гомеостатические функции [49, 50].

Методы рефлексотерапии Классический метод включает иглоукалывание (или акупунктуру, чжень-терапию) и прижигание (цзю). В современных условиях дополнительно применяются различные методы с использованием физических факторов (например: электропунктура, лазеропунктура и др.). При классификации по месту воздействия различают корпоральную и миниakupунктурную рефлексотерапию. Описаны миниakupунктурные системы скальпа, ушной раковины, носа, полости рта, влагалища и другие. Также на голографическом принципе организации микро-, мини- и макроakupунктурных систем построена Су Джок терапия [38, 41, 53, 54].

Кроме того, существуют проникающие (иглотерапия) и непроникающие способы воздействия (аппликационная рефлексотерапия - металлотерапия, цубо-, семянотерапия, магнитотерапия, цветотерапия, литотерапия; терморефлексотерапия - прижигание полынными сигарами, конусами; поверхностная рефлексотерапия - мэйхуачжень, баночный массаж).

Существует точка зрения, что «медицина может быть либо доказательной, либо традиционной». Однако в последнее время увеличивается число рандомизированных контролируемых испытаний, которые свидетельствуют об эффективности немедикаментозных «традиционных» методик. Ежегодно 10% жителей Великобритании и 25% жителей США проходят курсы немедикаментозной терапии. Самым популярным методом традиционной медицины является рефлексотерапия - наиболее экономичный, щадящий и адекватный при различных

заболеваниях, связанных с патологией регуляторных систем организма (нервной, эндокринной, иммунной).

Клинико-неврологическое обследование больных с хронической ежедневной головной болью свидетельствуют о высокой эффективности рефлексотерапии при комплексном лечении, особенно у пациентов с мигренью [45, 46, 79]. При данной патологии нелекарственные методы лечения занимают особое место, что объясняется несколькими причинами: 1) недостаточной эффективностью стандартной противоболевой терапии хронических болевых синдромов; 2) индивидуальной непереносимостью лекарств и/или возникновением аллергических реакций; 3) развитием привыкания и зависимости при приеме транквилизаторов и антидепрессантов; 4) отсутствием противопоказаний к применению большинства нефармакологических методов. В этих исследованиях показана высокая эффективность метода РТ в комплексе с лекарственной терапией, особенно в трудно курабельных случаях - у пациентов со значительно сниженной активностью антиноцицептивных систем и наличием лекарственного абзуса. В результате применения акупунктуры достоверно сокращалось время отмены анальгетических препаратов [43, 60].

Различные методы рефлексотерапии имеют широкие возможности для помощи больным с психосоматическими расстройствами. Выявлен положительный эффект от применения акупунктуры в комплексном лечении головной боли у этих больных.

Применение рефлексотерапии приводит к клиническому улучшению общего состояния пациентов, страдающих дисбалансом тонуса отделов вегетативной нервной системы. У некоторых пациентов акупунктуру дополняли стандартной лекарственной терапией, однако это не способствовало достоверному повышению эффективности лечения [62].

Актуально применение рефлексотерапии и в восстановительном периоде инсультов - при этом были выявлены более выраженные изменения реологии крови, чем только при медикаментозном лечении.

Остается актуальной проблема поиска новых, в том числе немедикаментозных методов лечения ИБС, т. к. она занимает одно из лидирующих мест в мире по инвалидности и летальности. Доказано, что использование Су Джок терапии в комплексном лечении больных со стабильной стенокардией позволяет повысить эффективность терапии нитратами, снизить количество ишемических эпизодов и дозу нитратов [60].

Результаты исследований свидетельствуют об улучшении показателей бронхиальной проходимости, при этом ее действие не связано с эффектом плацебо. Представляет интерес и положительное влияние рефлексотерапии на показатели психологического состояния пациентов.

К сожалению, работы с объективной оценкой эффективности акупунктуры (с позиции так называемой доказательной медицины) при различных заболеваниях немногочисленны. Это объясняется трудностями рандомизации и невозможностью двойного слепого контроля ввиду особенностей данного метода. Кроме того, в доступной литературе преобладают работы, в которых показана эффективность рефлексотерапии только в отношении отдельных симптомов различных терапевтических заболеваний, тогда как комплексная оценка состояния, в частности, ее влияние на качество жизни больного, не проводилась, хотя актуальность этого показателя в работе врача доказана. Анкеты оценки качества жизни использовались в комплексном контроле эффективности у неврологических больных с хроническими цереброваскулярными и вертеброгенными заболеваниями, но при этом не учитывались типы личности пациентов [103, 104, 105].

Возникла необходимость в разработке междисциплинарных концепций, методологически обеспечивающих взаимодействие

неврологии, психиатрии и терапии. Одним из таких связующих подходов стала концепция связанного со здоровьем качества жизни. Важным является понимание «качества жизни» как интегральной характеристики физического, психического и социального функционирования человека, основанной на субъективной оценке состояния здоровья и его индивидуальной ценности на фундаменте всей полноты жизненного опыта [67, 83, 86, 92, 94, 98].

Таким образом, психосоматические расстройства, в частности, заболевания гепатобилиарной системы, приобретают особое значение у больных с дисциркуляторной энцефалопатией I-II ст., ведение которых представляет значительные сложности вследствие их невысокой комплаентности, возникающих у них когнитивных и личностных нарушений, а также коморбидных расстройств тревожно-депрессивного спектра. В то же время значительная распространенность ишемий мозга, серьезность отдаленного прогноза (оперативное лечение, нарастание сосудистых нарушений вплоть до деменции) и значительные материальные затраты на их лечение придают высокую актуальность разработке методов нелекарственной терапии, которые могли бы применяться на ранних этапах ведения больных с хронической ишемией мозга. Работы с объективной оценкой эффективности рефлексотерапии при различных заболеваниях немногочисленны. Кроме того, в научной литературе преобладают работы, в которых показана ее эффективность только в отношении отдельных симптомов различных заболеваний, тогда как комплексная оценка состояния, в частности, ее влияние на физическую и психосоциальную составляющие качества жизни больного, не проводилась, хотя актуальность этого показателя в работе врача доказана.

Глава 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

2.1. Общая характеристика клинических наблюдений

Для решения поставленных задач нами обследовано 100 больных психотерапевтического отделения разделены 2 группы, репрезентативных по полу и возрасту: первая группа - 70 пациента (женщин и мужчин, соответственно 76,7% и 23,3%), получавшие РТ в комплексе с психо- и фармакотерапией, вторая группа - 30 пациентов того же отделения, пролеченные без использования РТ (женщин и мужчин, соответственно 76,0% и 24,0%). В основной группе средний возраст составил $44,3 \pm 3,1$ года, в контрольной - $43,8 \pm 3,2$ лет.

Таблица 1

Распределение больных основной группы по полу %

Пол	Количество больных (%)
Женский	76,7
Мужской	23,3
Всего	100,0

На консультацию к рефлексотерапевту больные направлялись лечащим врачом-психотерапевтом. В психотерапевтическое отделение больные поступали с уже верифицированными терапевтическими и неврологическими диагнозами, что подтверждалось данными лабораторных и инструментальных методов исследования, находящихся в амбулаторных картах.

2.2. Методы обследования и лечения

С целью диагностики были использованы следующие методы:

1. общеклиническое обследование;
2. неврологическое обследование;
3. психологическое тестирование;
4. выявление врожденных акцентуаций больных; Характерологический опросник К Леонгарда.
5. исследование профиля личности больных;
6. анкетирование больных с целью определения качества жизни до и после лечения методом рефлексотерапии;
7. оценка качества лечения со стороны врача посредством унифицированных международных анкет: «Шкала интегральной оценки качества функционирования» («GAFS»), «Общее клиническое впечатление о тяжести нарушений» («CGI-S») и «Общее клиническое впечатление об улучшении состояния» («CGI-1»);
8. специализированные методы лечения.

Больные были обследованы клинически с изучением преморбида, анамнеза настоящего заболевания, соматического статуса и с применением общеклинических, биохимических и аппаратных методов исследований. Пациенты тщательно осмотрены неврологически для выявления общемозговых и очаговых симптомов поражения нервной системы.

Данные неврологического статуса и рефлексодиагностики оценивались в динамике и заносились в индивидуальные карты пациентов. Туда же вносились жалобы больного, описание анамнеза настоящего заболевания с результатами общеклинических (общий анализ крови, мочи, ЭКГ и др.), биохимических (биохимический анализ крови) и аппаратных методов исследований (УЗИ, ЭЭГ, доплерография и др.), результаты обследования психотерапевта и др. специалистов.

Психологическое исследование включало наряду с беседой, направленной на выявление стиля реагирования пациентов, характера взаимоотношений с окружающими, условий восприятия, наличия психотравмирующих ситуаций и др., проведение тестирования с помощью опросника Леонгарда. Он предназначен для выявления акцентуаций характера. Опросник включает в себя 88 вопросов и 10 шкал, соответствующих определенным акцентуациям характера. Первая шкала характеризует личность с высокой жизненной активностью, вторая шкала показывает возбудимую акцентуацию. Третья шкала говорит о глубине эмоциональной жизни испытуемого. Четвертая шкала показывает склонность к педантизму. Пятая шкала выявляет повышенную тревожность, шестая - склонность к перепадам настроения, седьмая шкала говорит о демонстративности поведения испытуемого, восьмая - о неуравновешенности поведения. Девятая шкала показывает степень утомляемости, десятая - силу и выраженность эмоционального реагирования.

При подсчете баллов на каждой шкале опросника Леонгарда для стандартизации результатов значение каждой шкалы умножается на определенное число. Это указано в ключе к методике. Акцентуированные личности не являются патологическими. Они характеризуются выделением ярких черт характера.

Для оценки качества жизни использовался «Краткий опросник оценки статуса здоровья» (официальная русскоязычная версия 36-item MOS Short-Form Health Survey (MOS SF-36)), который прошел адаптацию и был рекомендован к применению в отечественной медицинской практике. Опросник SF-36 является общим и предназначен для оценки качества жизни как здорового индивидуума, так и больного, независимо от нозологии.

Опросник формирует девять параметров, отражающих физический и психосоциальный статус респондента:

1. Физическая активность (ФА) - отражает объем повседневной физической нагрузки, который не ограничен состоянием здоровья. Прямой критерий: чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку, по мнению респондента, он может выполнить.
2. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ) - характеризует степень ограничения повседневной деятельности проблемами со здоровьем. Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, проблемы со здоровьем ограничивают его повседневную деятельность.
3. Боль (Б) - оценивает объем субъективных болевых ощущений, которые испытывал респондент в последние 4 недели. Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, болевых ощущений он испытывал.
4. Общее здоровье (ОЗ) - оценивает общее состояние здоровья на момент опроса. Прямой критерий: чем выше показатель, тем лучше, по мнению респондента, состояние его здоровья.
5. Жизнеспособность (ЖС) - отражает состояние жизненного тонуса в последние 4 недели. Прямой критерий: чем выше показатель, тем больше времени респондент ощущал себя бодрым и полным сил.
6. Социальная активность (СА) - оценивает объем социальных связей. Прямой критерий: чем выше показатель, тем выше, по мнению респондента, была его социальная активность в последние 4 недели.
7. Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ) - характеризует степень ограничения повседневной деятельности эмоциональными проблемами. Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, эмоциональное состояние ограничивало его повседневную деятельность.

8. Психическое здоровье (ПЗ) - оценивает состояние ментальной сферы. Прямой критерий: чем выше показатель, тем больше времени, по мнению респондента, он чувствовал себя спокойным и умиротворенным в течение последних 4 недели.

9. Сравнение самочувствия (СС) - дополнительный критерий, характеризующий динамику изменения самочувствия в течение года. Прямой критерий: чем выше показатель, тем значительно улучшилось восприятие респондентом своего самочувствия. Точкой стабильности является 50% (самочувствие в течение года оставалось неизменным). Если величина критерия СС превышает 50%, то самочувствие респондента улучшилось по сравнению с предыдущим годом, и наоборот.

Физический статус респондента отражают пять показателей (физическая активность, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, боль, общее здоровье, жизнеспособность), психосоциальный статус - также 5 параметров (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, социальная активность, психическое здоровье, общее здоровье и жизнеспособность). Два последних показателя определяются как физическим, так и психическим статусом человека.

Для оценки качества лечения врачом использовались три унифицированные международные анкеты: «Шкала интегральной оценки качества функционирования» («GAFS»), «Шкала общего клинического впечатления о тяжести нарушений» («CGI-S») и «Шкала общего клинического впечатления об улучшении состояния» («CGI-I»).

«Шкала интегральной оценки качества функционирования» («GAFS») указывает наиболее низкий уровень функционирования пациента в течение последней недели, ориентируясь на самые низкие показатели его состояния за данный период времени. Оценивают именно

текущее состояние, не ориентируясь на соображения прогноза, предшествующую диагностику, этиологию расстройств, проводимое лечение и другие факторы. Не учитываются нарушения, обусловленные соматическими заболеваниями или «объективными» обстоятельствами.

Индекс	Примерная характеристика состояния
81-90	Отсутствие симптомов или минимальное неблагополучие.
71-80	Преходящие симптомы.
61-70	Незначительно выраженная симптоматика.
51-60	Умеренно выраженная симптоматика.
41-50	Отчетливо выраженная симптоматика, требующая лечения
31-40	Грубые нарушения функции.
21-30	Неспособность к деятельности.
11-20	Нуждается в индивидуальном наблюдении.
1-10	Нуждается в постоянном наблюдении.

Шкала «Общее клиническое впечатление о тяжести нарушений» («CGI-S») позволяет оценить врачу, учитывая собственный клинический опыт, выраженность симптомов у пациента на прошлой неделе (по сравнению с другими пациентами, имеющими тот же диагноз):

1. Норма, не болен (отсутствие симптомов, нет заболевания).
2. Пограничное состояние (минимальные симптомы, сохранение способности к эффективной деятельности).
3. Легкое заболевание (слабая выраженность симптомов, субъективное недомогание, незначительное нарушение или сохранение функций).
4. Средняя тяжесть заболевания (некоторые симптомы выражены, умеренное нарушение функций).
5. Выраженное заболевание (явные симптомы, очень значительные функциональные нарушения).

6. Тяжелое заболевание (очень заметные симптомы, неспособность выполнять функции в большинстве сфер деятельности).
7. Относится к пациентам с наивысшей тяжестью заболевания (крайне выраженные симптомы, полная нетрудоспособность, необходимость в постороннем уходе).

Шкала «Общее клиническое впечатление об улучшении состояния» («CGI-1») оценивает изменения по сравнению с исходным состоянием как:

1. Очень значительное улучшение (улучшение всех или практически всех показателей, очень высокий уровень активности и минимальные остаточные симптомы, что отражает выраженные изменения).
2. Значительное улучшение (заметное улучшение со значительным снижением выраженности симптомов, повышение уровня активности, однако некоторые симптомы сохраняются).
3. Минимальное улучшение (некоторое улучшение, отсутствие изменений или клинически незначительное снижение выраженности симптомов, что отражает очень слабые изменения в общем клиническом состоянии, объеме необходимого ухода и функциональных возможностях).
4. Без изменений (симптомы существенно не меняются).
5. Минимальное ухудшение (некоторое ухудшение, которое не является клинически значимым и отражает очень небольшие изменения в общем клиническом состоянии или функциональных возможностях).
6. Значительное ухудшение (заметное ухудшение, сопровождающееся значительным увеличением тяжести симптомов и утратой активности в нескольких областях привычной социальной или профессиональной деятельности).
7. Очень значительное ухудшение (выраженное ухудшение, сопровождающееся тяжелым обострением симптомов и нарушением функций).

По шкалам «GAFS» и «CGI-S» анкетирование проводилось до лечения и после него в основной и контрольной группе. Кроме того, после лечения исследовалась динамика клинического состояния по третьей шкале («CGI-1») также в основной и контрольной группах.

При курации больных применялись различные виды рефлексотерапии: корпоральная иглотерапия, аурикулотерапия, скальптерерапия, Су Джок терапия, микроиглотерапия, а также неинвазивные методы - прижигание, аппликационная рефлексотерапия и различные виды массажей - точечный, баночный, поверхностная рефлексотерапия.

Пациенты из обеих групп получали одинаковый базовый комплекс реабилитационных мероприятий: актовегин 10 мл/сут., пикамилон 0,6 мг/сут., глюкозо-магнезиальную терапию, рациональную психотерапию.

Глава 3. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

В данном разделе приведена клиническая характеристика группы больных психотерапевтического отделения, в комплексном лечении которых применялась рефлексотерапия. Такие сведения о пациентах, как пол, возраст, место проживания, социальный статус, выраженность личностных особенностей позволяют врачу четко ориентироваться в среде больных и легче находить индивидуальный подход в лечении.

Для выполнения поставленной задачи было проведено изучение характеристик 100 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет.

3.1. Характеристика больных в зависимости от пола, возраста, места проживания и социального статуса

Учитывая международную классификацию, в основном все пациенты были в зрелом возрасте, в среднем $44,3 \pm 3,11$ лет. 71,8% составляли больные до 50 лет, а 96% больных не достигли пенсионного возраста. Соотношение мужчин и женщин в каждой возрастной группе было одинаково - три к одному (табл. 2).

Изучение зависимости числа пациентов, имеющих постоянное снижение трудоспособности внутри каждой половой подгруппы, показало наличие одинаково выраженной закономерности как для мужчин, так и для женщин. При этом доля мужчин, имеющих инвалидность 2 и 3 группы (45,5%), больше, чем аналогичная доля женщин (38,1%).

Таблица 2

Распределение больных по полу в возрастных группах (%)

Возрастные группы	%	Женский	мужской
Всего больных	100,0	76,7	23,3
18-20 лет	1,7	75,0	25,0
21-30 лет	8,7	73,2	26,8
31-40 лет	23,3	76,4	23,6
41-50 лет	38,1	76,1	23,9
51-60 лет	24,2	79,0	21,1
>60 лет	4,0	79,0	21,1

Из всех наблюдаемых пациентов 27,9% были инвалидами 2 группы, 11,9% - инвалидами 3 группы. Без инвалидности было 60,2% пациента. Таким образом, более половины больных, курируемых рефлексотерапевтом, не имели инвалидности. Это вполне оправдано, так как рефлексотерапия дает более ощутимые результаты при преобладании относительно легко выраженных изменений и, кроме того, свидетельствует о хорошей поддерживающей лечебной функции этого метода.

Таблица 3

Структура инвазивных лечебных манипуляций

Виды манипуляций	Среднегодовое значение процедуре	
	М±т	%
Су Джок терапия	610,9±18,51	31,2
Корпоральная рефлексотерапия	592,1±19,48	30,2
Аурикулотерапия	463,7±32,98	23,7
Краниорефлексотерапия	199,3±6,28	10,2
Микроиглотерапия	92,0±15,43	4,7

Лечебные манипуляции неинвазивного типа являются распространенным методом со среднегодовым количеством процедур - $1081,3 \pm 180,83$. Из разнообразных неинвазивных рефлексотерапевтических манипуляций - 52,3% занимают различные способы прогревания биологически активных точек (цзю) (табл.3). Для больных психотерапевтического отделения этот вид лечения является важным, так как используется для иммуностимуляции и быстрого снятия симптомов астении.

Таблица 4

Структура неинвазивных лечебных манипуляций.

Виды процедур	Среднегодовое значение процедуре	
	М±т	%
Прижигание полынной сигарой	565,7±124,63	52,3
Аппликационная рефлексотерапия	89,6±24,23	8,3
Поверхностная рефлексотерапия	35,7±9,55	3,3
Баночный массаж	189,9±42,14	17,6
Точечный массаж	200,4±6,88	18,5

Глава 4. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

В настоящее время, особенно в связи с формированием нового направления в общей медицинской практике - института семейной медицины - продолжается интеграция научных и практических достижений междисциплинарного характера. Для улучшения понимания сущности психосоматических процессов, их клинической и оценочной интерпретации, методов лечения необходимо исследование взаимосвязи соматического и психического, признания психосоматического подхода в качестве основополагающего в медицине.

Под психосоматическими заболеваниями понимают синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуальными психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения реакциями на стресс и способами переработки внутри личностного конфликта. Многообразные психосоматические расстройства объединяет общий признак - сочетание симптомов нарушения психической и соматической сферы. Обязательным условием оценки болезненных состояний как психосоматическим является наличие психотравмирующих эмоционально значимых событий, связанных во времени с началом или обострением соматического заболевания и играющими существенную патогенную роль в возникновении психосоматических расстройств. Это не только острые стрессорные факторы, но и затяжные конфликты.

Около 95% всех имеющихся заболеваний относится к разряду психосоматических расстройств, которые в настоящее время по праву считаются «патологией современной цивилизации».

Понятие психосоматических расстройств объединяет западную и восточную медицину: заболевания могут вызывать экзогенные и

эндогенные факторы, и при любом соматическом заболевании обязательно существуют нарушения на эмоциональном уровне.

4.1. Структура терапевтической патологии

Терапевтические проявления психосоматических расстройств в большинстве случаев серьезно отягощает течение специфической стрессогенной патологии, наличие которой и является доказательством психосоматической (хроническая ишемия мозга I-II ст. и заболевания гепатобилиарной системы). Для этого среди всех пациентов, страдающих одновременно неврологической и терапевтической патологией была выделена группа больных с ХИМ I-II ст. в сочетании с гепатобилиарной патологией. Кроме того, из всех пациентов, имевших только неврологические заболевания была выделена группа с ХИМ I-II ст.

Больные, ХИМ I-II ст. в сочетании с патологией гепатобилиарной системы, предъявляли жалобы на головную боль, ощущение тяжести в голове, эмоциональную неустойчивость, повышенную утомляемость, ухудшение памяти, внимания, работоспособности, несистемное головокружение, шум в ушах, неустойчивость при ходьбе, расстройство сна, неуверенность в себе, склонность к ипохондрическому состоянию, фобии. Жалобы астенического характера сопровождалась хотя и легкими, но достаточно стойкими объективными расстройствами в виде анизорефлексии, негрубой атаксии, симптомов орального автоматизма. При преобладании ХИМ II ст. кроме вышеуказанных жалоб отмечалась органическая симптоматика в виде рефлексов орального автоматизма, центральной недостаточности лицевого и подъязычного нервов, координаторных и глазодвигательных расстройств, двусторонней пирамидной недостаточности, вестибуло-атактических, экстрапирамидных расстройств.

Жалобы со стороны гепатобилиарной системы проявлялись приступообразными или постоянными, тянущими, ноющими болями,

локализующимися в правом подреберье, правой половине живота, реже в эпигастральной области с иррадиацией в правую лопатку, ключицу, плечо, иногда - в левое подреберье; диспепсическим синдромом в виде отрыжки, горечи, горького привкуса во рту, чувством распирания в верхней половине живота, вздутием кишечника, нарушением стула; вазомоторным (гипотензия, сердцебиение, боли в сердце) и нейровегетативным (повышенная раздражительность, нарушение сна, потливость, головные боли) синдромами.

Таблица 5

Частота встречаемости клинических признаков при хронической ишемии мозга и сочетанной патологии

Клинические признаки	Хроническая ишемия мозга I-II ст.	Сочетанная патология
	%	%
Субъективные симптомы	100,0	100,0
Пирамидные расстройства*	24,3	35,3
Атактические расстройства*	19,5	26,3
Псевдобульбарные расстройства*	49,7	57,1
Экстрапирамидные расстройства*	50,3	60,2

Примечание: * $p < 0,05$ различие между группами ХИМ и сочетанной патологией статистически достоверно

В таблице 5 представлена частота встречаемости жалоб и объективных неврологических синдромов при неврологической и сочетанной патологии. Субъективная симптоматика выявлялась у всех больных, объективная — больше при сочетанной патологии приблизительно на 10%: пирамидные расстройства - 24,3% при ХИМ и у 35,3% при сочетанной патологии, атактические - у 19,5% и

26,3%,соответственно псевдобульбарные - 49,7% и 57,1%, экстрапирамидные –у 50,3% больных и 60,2% соответственно.

Следовательно, проведенные исследования показали, что течение сочетанной патологии (ХИМІ-ІІ ст. и гепатобилиарной) имеет свои особенности в виде достоверного ($p < 0,05$) утяжеления объективных неврологических симптомов по сравнению с изолированной ХИМ І-ІІ ст.. Разница в количестве жалоб между этими двумя группами была статистически недостоверна ($p > 0,05$).

Преимущественно неврологические проявления психосоматических расстройств были выявлены у 76,5% всех больных психотерапевтического отделения. В структуре неврологических заболеваний встречались преимущественно хроническая ишемия мозга (47,8%), последствия черепно-мозговой травмы в форме посттравматической энцефалопатии (28,3%) и болевой вертеброгенный синдром (23,9%).

Сельских жителей с неврологическими заболеваниями было меньше трети по сравнению с городскими, такое же соотношение было среди мужчин и женщин. Половина пациентов (51,2%) с неврологической патологией были без инвалидности, 31,6% - инвалиды 2 группы и 17,2% - инвалиды 3 группы.

Доля пациентов психотерапевтического отделения, имеющих преимущественно терапевтические проявления психосоматических расстройств, составляла 84,95%. В структуре терапевтических проявлений психосоматических расстройств у пациентов психотерапевтического отделения преобладала гепатобилиарная патология - 41,4%.

Глава 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ

Для оценки качества лечения со стороны врача использовались 3 унифицированные международные анкеты: «Шкала интегральной оценки качества функционирования» («GAFS»), «Общее клиническое впечатление о тяжести нарушений» («CGS-I») и «Общее клиническое впечатление об улучшении состояния» («CGI-I»). По первым двум шкалам анкетирование проводилось до лечения и после него в группе пациентов с ХИМІ-ІІ ст., которым в комплексном лечении применяли РТ (основная группа). Аналогичное исследование проводилось в контрольной группе, состоявшей из больных психотерапевтического отделения с ХИМ І-ІІ ст., пролеченных без применения РТ. Кроме того, после лечения исследовалась динамика клинического состояния по третьей шкале («CGI-I») в основной и контрольной группах.

Для оценки выраженности встречавшихся жалоб до и после лечения использовалась шкала «GAFS», указывающая на наиболее низкий уровень функционирования пациента в течение последней недели. Отчетливо выраженная симптоматика была в 2 раза больше до лечения, чем после (69,2% и 38,4%), а умеренно выраженных симптомов было в 2 раза больше после лечения (54,6% и 27,1%). В этих группах были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$), что говорит о достоверном уменьшении количества жалоб (субъективной симптоматики) после лечения.

Кроме жалоб, нами была прослежена выраженность объективных неврологических синдромов при ХИМІ-ІІ ст. до и после лечения в основной группе по шкале «GAFS». Под объективными неврологическими синдромами подразумеваются пирамидные, атактические, псевдобульбарные и экстрапирамидные расстройства, которые максимально выявлялись в виде незначительно выраженной симптоматики

до лечения (65,4%). Умеренно выраженной симптоматики было в 2 раза меньше (30,7%). После лечения изменение показателей было статистически недостоверно ($p>0,05$), что говорит о небольшом влиянии РТ на объективную неврологическую симптоматику у больных психоневрологического отделения с ХИМ 1-2 ст.

По шкале «CGI-S» оценивалась выраженность симптомов у пациента за прошедшую неделю. При этом выявлено, что до лечения статистически достоверной разницы между значениями показателей в группе исследования и контрольной группах не было выявлено ($p>0,05$) (Рис. 18). После лечения в основной группе зарегистрировано уменьшение показателей по графе «средняя тяжесть заболевания» 74,2% - 31,8%, а в группе контроля - от 74,0% до 49,7%. Показатели по градации «легкое заболевание» в основной группе увеличились от 1,5%, до 23,7%, а в контрольной - 1,6% до 19,2%.

По шкале «Общее клиническое впечатление об улучшении состояния» («CGI-S») оценивалось изменение по сравнению с исходным состоянием. Анализ эффективности проведенного лечения показал: статистически значимые различия ($p<0,05$) были достигнуты по шкалам «значительное улучшение» у больных при комбинированном лечении (рефлексотерапия в сочетании с психо- и фармакотерапией) в 82,6% случаев (в контрольной группе — 66,3%), «минимальное улучшение» - в 26,6% (в контрольной группе - 8,9%). Приведенные показатели могут быть оценены как свидетельство эффективности рефлексотерапии.

Используя ту же шкалу («CGI-I»), мы сравнили эффективность лечения в группе с ХИМ I-II ст. и с сочетанной патологией. Статистически значимых различий между группами не было выявлено ($p>0,05$).

Таким образом, все группы пациентов психотерапевтического отделения (с неврологической и сочетанной симптоматикой) успешнее лечатся с применением РТ, чем без нее.

При оценке выраженности жалоб до и после лечения у больных психотерапевтического стационара с ХИМ I-II ст. с использованием шкалы «GAFS» выявлено, что в основной группе отчетливо выраженная симптоматика встречалась достоверно в 2 раза чаще до лечения, чем после (69,2% и 38,4%), а умеренно выраженных симптомов было в 2 раза больше после лечения (54,6%) и 27,1%) ($p < 0,05$). В контрольной группе исходные цифры (графы «отчетливо и умеренно выраженная симптоматика») до лечения были одинаковы по сравнению с основной группой (68,4% и 27,9%), а после него отчетливо выраженная симптоматика достоверно сократилась до 51,2% за счет перевода ее в градацию «умеренная» до 43,2%, ($p < 0,05$), что говорит о достоверном уменьшении выраженности жалоб после лечения в основной группе ($p < 0,05$).

Анализ выраженности объективных неврологических синдромов при ХИМ I-II ст. до и после лечения в основной группе по шкале «GAFS» показал достоверное отсутствие изменение показателей ($p > 0,05$), что говорит о небольшом влиянии РТ на объективную неврологическую симптоматику у больных психоневрологического отделения с ХИМ I-II ст.

Исследование выраженности симптомов у пациентов с ХИМ I-II ст. по шкале «CGI-I» за прошедшую неделю выявило, что легкая и средняя тяжесть заболевания до лечения была достоверно одинакова ($p > 0,05$) в группе исследования и контрольной группах (30% и 67% соответственно), а после лечения в группе исследования она была достоверно ниже ($p < 0,05$) по шкале «средняя тяжесть заболевания», чем в контрольной группе (43,9% и 52,2% соответственно). В градации «легкая степень тяжести» после лечения результаты были обратными - достоверно большее количество больных в основной группе ($p < 0,05$), чем в контрольной (52,1% и 44,9% соответственно). Таким образом, после лечения больных со средней тяжестью заболевания стало в 1,5 раза меньше за счет перевода их в градацию «легкое заболевание и пограничное состояние».

Анализ изменения по сравнению с исходным состоянием у пациентов с ХИМИ-II ст. по шкале «CGI-I» показал, что статистически значимые различия ($p < 0,05$) были достигнуты по шкалам «значительное улучшение» у больных при комбинированном лечении (рефлексотерапия в сочетании с психо- и фармакотерапией) в 82,6% случаев (в контрольной группе — 66,3%), «минимальное улучшение» - в 26,6% (в контрольной группе — 8,9%). Приведенные показатели могут быть оценены как свидетельство эффективности рефлексотерапии.

При сравнении эффективности лечения в группе с ХИМИ-II ст. и с сочетанной патологией, используя шкалу «CGI-I», статистически значимых различий между группами не было выявлено ($p > 0,05$).

Таким образом, все группы пациентов психотерапевтического отделения (с неврологической и сочетанной симптоматикой) успешнее лечатся с применением РТ, чем без нее.

Глава 6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

6.1. Анализ изменения показателей качества жизни до и после реф- лексотерапии у больных психотерапевтического стационара с хронической ишемией мозга I-II ст. в зависимости от особенностей личности (по Леонгарду)

К.Леонгард описал 10 качеств личности (акцентуаций), не являющихся патологическими. В соответствии с поставленной задачей мы проанализировали, как пациенты психотерапевтического стационара с различными особенностями личности реагируют на воздействие рефлексотерапии. В качестве оценочного критерия использовались показатели КЖ.

По Леонгарду, первая акцентуация - гипертимная. Она характеризует личность с высокой жизненной активностью. Высокие оценки свидетельствуют о постоянном повышенном фоне настроения в сочетании с жадой деятельности. Гипертимные личности показывали максимально высокие показатели качества лечения по всем критериям КЖ (динамический коэффициент от 2,1— ЖС — и выше). Наиболее выраженная динамика наблюдается по показателям физического статуса - роль физических проблем (РФ) - 8,0, боли - 7,2 и по показателям психоэмоционального статуса — роли эмоционального фактора (РЭ) — 6,0. Это свидетельствует о выраженном влиянии рефлексотерапии как на физический, так и на эмоциональный статус (табл. 6).

Таблица 6

**Динамика характеристик КЖ пациентов гипертимной акцентуации
на фоне рефлексотерапии (%)**

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	M±m	M±m	
Физическая активность (ФА)*	57,5 ± 1,8	92,5 ± 3,5	1,6
Роль физических проблем (РФ)*	12,5 ± 1,7	100,0 ± 0,0	8,0
Боль (Б)*	12,0 ± 0,1	87,0 ± 18,4	7,6
Общее здоровье (ОЗ)*	32,5 ± 1,8	83,5 ± 4,9	2,6
Жизнеспособность (ЖС)*	42,5 ± 6,0	87,5 ± 3,5	2,1
Социальная активность (СА)*	25,0 ± 5,4	93,8 ± 8,8	3,8
Психическое здоровье (ПЗ)*	40,0 ± 2,4	112,5 ± 17,7	2,8
Роль эмоцион-ого фактора (РЭ)*	16,7 ± 3,6	100,0 ± 0,0	6,0
Сравнение самочувствия (СС)*	30,0 ± 2,4	70,0 ± 14,1	2,3

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Вторая акцентуация — возбудимая. Таким личностям свойственна повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями. У данной группы пациентов выявлено интенсивное увеличение динамических коэффициентов, отражающих изменение психосоциального статуса: роль эмоционального фактора (РЭ) — 3,0, социальная активность (СА) - 2,4 и жизнеспособность (ЖС) — 2,5. В то же время показатель психического здоровья (ПЗ) был низким (1,1), что согласуется с особенностями данной личности. У пациентов с возбудимой акцентуацией физическая активность (ФА) на фоне РТ повысилась всего на 1,3, а РФ даже уменьшился (0,5). Это может быть оценено как небольшое, хотя и положительное влияние РТ на физический статус у данного типа личности (таблица. 7).

Таблица 7

Динамика характеристик КЖ пациентов возбудимой акцентуации на фоне рефлексотерапии (%)

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	M±m	M±m	
Физическая активность (ФА)*	35,0 ± 11,8	46,7 ± 16,1	1,3
Роль физических проблем (РФ)*	16,7 ± 4,4	8,3 ± 4,4	0,5
Боль (Б)*	14,3 ± 5,6	27,7 ± 1,6	1,9
Общее здоровье (ОЗ)	20,0 ± 8,7	30,0 ± 5,0	1,5
Жизнеспособность (Ж)*	13,3 ± 5,3	33,3 ± 7,6	2,5
Социальная активность (СА)*	20,8 ± 14,4	50,0 ± 1,7	2,4
Психическое здоровье (ПЗ)	40,0 ± 15,0	45,0 ± 7,8	1,1
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	11,1 ± 0,2	33,3 ± 3,3	3,0
Сравнение самочувствия (СС)	53,3 ± 11,5	66,7 ± 11,5	1,3

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Третий тип акцентуации — эмотивный. Характеризуется глубиной эмоциональной жизни личности. Это чувствительные и впечатлительные люди отличаются выраженностью переживаний в области тонких эмоций духовной жизни. У больных с этим типом врожденной акцентуации наблюдалось значительное увеличение показателей, характеризующих психосоциальный статус. Значительнее всего изменилась роль эмоционального фактора (РЭ) - 9,0, рост других показателей был намного меньше — социальная активность (СА) - 2,5, психическое здоровье (ПЗ) - 1,9. Показатели, в основном характеризующие физический статус, давали положительный, но небольшой прирост (ОЗ и ФА - 1,2, РФ - 1,5) (табл. 8).

Таблица 8

Динамика характеристик КЖ пациентов эмотивной акцентуации на фоне рефлексотерапии (%)

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	M±m	M±m	
Физическая активность (ФА)*	44,2 ± 4,4	54,2 ± 10,9	1,2
Роль физических проблем (РФ)*	25,0 ± 7,4	37,5 ± 1,1	1,5
Боль (Б)*	31,2 ± 7,2	44,7 ± 1,8	1,4
Общее здоровье (ОЗ)	40,0 ± 3,4	48,2 ± 3,4	1,2
Жизнеспособность (Ж)*	19,2 ± 3,6	37,5 ± 2,1	2,0
Социальная активность (СА)*	19,8 ± 2,0	50,0 ± 2,4	2,5
Психическое здоровье (ПЗ)*	32,5 ± 2,1	61,7 ± 1,4	1,9
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	5,6 ± 3,6	50,0 ± 5,0	9,0
Сравнение самочувствия (СС)	43,3 ± 6,6	53,3 ± 9,3	1,2

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Четвертая акцентуация по Леонгарду показывает склонность к педантизму. Высокие оценки говорят об инертности психических процессов. У таких больных на фоне лечения наблюдался равномерное увеличение всех показателей качества жизни - в 1,5 раза, кроме РФ и Б, выросших в 2 раза, т.е. физический статус реагировал быстрее, чем психоэмоциональный (табл. 9).

Таблица 9

**Динамика характеристик КЖ пациентов акцентуации педантичного
типа на фоне рефлексотерапии (%)**

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	М±m	М±m	
Физическая активность (ФА)*	35,0 ± 6,5	51,7 ± 2,1	1,5
Роль физических проблем (РФ)*	33,3 ± 7,7	66,7 ± 7,7	2,0
Боль (Б)*	21,3 ± 11,0	44,3 ± 1,5	2,1
Общее здоровье (ОЗ)	43,3 ± 10,2	54,7 ± 9,3	1,3
Жизнеспособность (Ж)*	36,7 ± 5,2	51,7 ± 8,2	1,4
Социальная активность (СА)*	41,7 ± 28,9	62,5 ± 7,5	1,5
Психическое здоровье (ПЗ)*	48,3 ± 6,9	71,7 ± 10,1	1,5
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	44,4 ± 0,9	66,7 ± 7,7	1,5
Сравнение самочувствия (СС)*	46,7 ± 11,5	60,0 ± 10,0	1,3

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Пятая шкала Леонгарда выявляет повышенную тревожность, склонность к страхам. Лучше всего у них на лечение отреагировал показатели РФ (2,8) и РЭ (2,3), остальные показатели были в пределах от 1,3 (ФА) до 1,6 (СА), т.е. физический и психосоциальный статус увеличивались одинаково (табл. 10).

Таблица 10

**Динамика характеристик КЖ пациентов с тревожной акцентуацией
на фонерефлексотерапии (%)**

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	М±m	М±m	
Физическая активность (ФА)*	45,0 ± 5,9	58,0 ± 5,1	1,3
Роль физических проблем (РФ)*	25,0 ± 0,6	70,0 ± 3,6	2,8
Боль (Б)*	48,8 ± 6,4	59,4 ± 7,7	1,2
Общее здоровье (ОЗ)*	36,0 ± 6,5	54,6 ± 5,5	1,5
Жизнеспособность (Ж)*	32,0 ± 5,8	46,0 ± 7,0	1,4
Социальная активность (СА)*	35,0 ± 0,5	55,0 ± 11,2	1,6
Психическое здоровье (ПЗ)*	46,0 ± 5,3	62,0 ± 4,1	1,4
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	26,7 ± 6,5	60,0 ± 3,5	2,3
Сравнение самочувствия (СС)	52,0 ± 1,0	60,0 ± 10,0	1,2

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Шестая шкала Леонгарда выявляет склонность к перепадам настроения - смена гипертимических и дистимических фаз (циклотимический тип). У таких больных в динамике больший показатель - РЭ (2,8) и ЖС (2,6), а меньший — ФА (1,4), т.е. эмоциональный статус отреагировал больше (табл. 11).

Таблица 11

**Динамика характеристик КЖ пациентов циклотимической
акцентуации на фоне рефлексотерапии (%)**

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	М±m	М±m	
Физическая активность (ФА)*	57,5 ± 3,4	78,3 ± 13,2	1,4
Роль физических проблем (РФ)*	37,5 ± 4,0	91,7 ± 12,9	2,4
Боль (Б)*	30,2 ± 11,7	72,3 ± 14,8	2,4
Общее здоровье (ОЗ)*	39,5 ± 10,0	59,2 ± 15,9	1,5
Жизнеспособность (ЖС)*	26,7 ± 5,1	70,0 ± 7,7	2,6
Социальная активность (СА)*	37,5 ± 3,7	79,2 ± 10,4	2,1
Психическое здоровье (ПЗ)*	36,7 ± 6,6	82,1 ± 15,7	2,2
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	33,3 ± 2,2	94,4 ± 13,6	2,8
Сравнение самочувствия (СС)*	33,3 ± 10,1	66,7 ± 15,0	2,0

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Седьмая шкала свидетельствует о демонстративности поведения испытуемого. У данной группы больных на лечение лучше всего отреагировали показатели психоэмоционального статуса - РЭ — 4,0, ПЗ — 3,0 и СА - 2,6. Из показателей физического статуса увеличился только динамический коэффициент РФ, рост остальных незначителен (ФА - 1,1, Б - 1,3) (табл. 12).

Таблица 12

**Динамика характеристик КЖ пациентов демонстративной
акцентуации на фоне рефлексотерапии (%)**

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, Кл
	М±m	М±m	
Физическая активность (ФА)	46,7 ± 10,2	50,0 ± 10,4	1,1
Роль физических проблем (РФ)*	8,3 ± 4,4	25,0 ± 5,0	3,0
Боль (Б)*	37,7 ± 5,8	49,3 ± 6,1	1,3
Общее здоровье (ОЗ)*	11,7 ± 7,6	40,7 ± 1,6	3,5
Жизнеспособность (Ж)*	20,0 ± 5,0	50,0 ± 16,1	2,5
Социальная активность (СА)*	20,8 ± 6,1	54,2 ± 18,2	2,6
Психическое здоровье (ПЗ)*	20,0 ± 8,7	60,0 ± 5,0	3,0
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	11,1 ± 1,2	44,4 ± 1,9	4,0
Сравнение самочувствия (СС)	26,7 ± 6,2	26,7 ± 3,1	1,0

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Восьмая шкала выявляет застревающий) тип акцентуации; основная, черта которого - чрезмерная стойкость аффекта, со склонностью к формированию сверхценных идей. Выявлено одинаковое реагирование как физического статуса — динамический коэффициент РФ Г1,0, так и психосоциального — РЭ — 9,0 при равномерном увеличении остальных показателей в 2-3 раза (табл.13).

Таблица 13

Динамика-характеристик КЖ пациентов акцентуации застревающего типа на фоне рефлексотерапии (%)

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _л
	M±m	M±m	
Физическая активность (ФА)*:	65,0 ± 10,4	83,3 ± 12,6	1,3
Роль физических проблем (РФ)*	8,3 ± 4,4	91,7 ± -4,4	11,0
Боль (Б)*	47,7 ± 6,3	84,0 ± 7,7	1,8
Общее здоровье (ОЗ)*	43,3 ± 2,6	60,7 ± 6,8	1,4
Жизнеспособность (ЖС)	61,7 ± 1,5	58,3 ± 8,4	1,0
Социальная активность (СА)*	20,8 ± 6,0	75,0 ± 1,7	3,6
Психическое здоровье	45,0 ± 1,2	90,0 ± 1,2	2,0
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	11,1 ± 2,2	100,0 ± 0,0	9,0
Сравнение самочувствия (СС)*	33,3 ± 5,6	53,3 ± 3,1	1,6

* p < 0,05 различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Девятая шкала (дистимический тип) показывает степень утомляемости; характеризуется сниженным настроением, идеомоторной заторможенностью. В 5 раза увеличился показатель РФ, в 4 - РЭ. Самый низкий показатель - ФА (1,2). Показатели СА и ПЗ увеличились в 1,4 и 1,6 раза соответственно, т.е. физический и психоэмоциональный статус увеличивались одинаково (табл. 14).

Таблица 14

**Динамика характеристик КЖ пациентов дистимической акцентуации
на фоне рефлексотерапии (%)**

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	М±m	М±m	
Физическая активность (ФА)	55,0 ± 8,0	63,3 ± 2,5	1,2
Роль физических проблем (РФ)*	8,3 ± 1,4	41,7 ± 2,0	5,0
Боль (Б)*	28,3 ± 1,0	41,7 ± 2,0	1,5
Общее здоровье (ОЗ)	35,0 ± 5,0	37,3 ± 8,7	1,1
Жизнеспособность (Ж)*	31,7 ± 2,9	66,7 ± 8,4	2,1
Социальная активность (СА)*	33,3 ± 7,2	45,8 ± 11,5	1,4
Психическое здоровье (ПЗ)*	40,0 ± 10,0	63,3 ± 7,6	1,6
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	11,1 ± 1,2	44,4 ± 5,9	4,0
Сравнение самочувствия (СС)*	33,3 ± 3,6	46,7 ± 1,6	1,4

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Десятая шкала — аффективно-экзальтированный тип. Показывает силу и выраженность эмоционального реагирования. Лицам этого типа свойственен большой диапазон эмоциональных состояний. Все динамические коэффициенты, отражающие психосоциальный статус, увеличились в 4 раза. Показатели физического статуса или совсем не изменились (РФ), или повысились в 2,3 раза (ФА) и в 3,7 раза (Б) (табл. 15).

**Динамика характеристик КЖ пациентов экзальтированного типа
акцентуации на фоне рефлексотерапии (%)**

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	M±m	M±m	
Физическая активность (ФА)*	25,0 ± 7,1	57,5 ± 4,7	2,3
Роль физических проблем (РФ)	12,5 ± 7,7	12,5 ± 1,7	1,0
Боль (Б)*	11,0 ± 5,6	41,0 ± 0,0	3,7
Общее здоровье (ОЗ)*	22,5 ± 10,6	50,0 ± 4,1	2,2
Жизнеспособность (Ж)*	17,5 ± 4,7	62,5 ± 3,5	3,6
Социальная активность (СА)*	12,5 ± 1,7	50,0 ± 0,0	4,0
Психическое здоровье (ПЗ)*	20,0 ± 2,3	77,5 ± 3,5	3,9
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	16,7 ± 3,6	66,7 ± 7,1	4,0
Сравнение самочувствия (СС)*	30,0 ± 2,4	70,0 ± 4,1	2,3

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Нами получены некоторые данные, характеризующие изменение показателей КЖ пациентов психотерапевтического отделения с различными особенностями личности (по Леонгарду). Выяснено: 1) Все больные демонстрировали положительную динамику величин КЖ. 2) Максимальное увеличение (от 3 до 6 раз) была у гипертимных, эмотивных, демонстративных, застревающих, экзальтированных больных. 3) Педантичные и тревожные люди на то же самое лечение отзывались минимальным ответом ($K_d - 1,5 - 1,8$), что согласуется с характеристикой их акцентуации. 4) Показатели физического и психоэмоционального статусов увеличивались по-разному — у больных с дистимическими, застревающими и тревожными чертами личности в результате лечения в равной степени изменялись показатели, влияющие как на физический, так и на психосоциальный статусы — динамические коэффициенты.

Общая характеристика динамики показателей КЖ

Показатель	До лечения	После лечения	Динамика,
	М±m	М±m	К _д
Психическое здоровье*	35,6 ± 2,47	68,1 ± 5,18	1,9
Роль эмоц-ого фактора*	20,5 ± 2,79	57,7 ± 9,51	2,8
Сравнительный анализ*	40,0 ± 5,30	56,9 ± 8,11	1,4

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Вторая базисная шкала СМОЛ - депрессии. Высокие оценки имеют сенситивные лица, склонные к тревогам, робкие, застенчивые. Для современного общества. Согласно нашим исследованиям, таких домены качества жизни, как жизнеспособность и оценка общего состояния здоровья, составили 23,85% и 30,19% соответственно. В результате лечения у данных больных в 2,81 раза увеличился показатель качества жизни РЭ, сравнившись со средне популяционным значением (60,7%), ПЗ вырос 1,91, превысив средне популяционное значение (58,6%), третий показатель качества жизни, характеризующий психосоциальный статус - СА - увеличился в 2,2 раза, не достигнув средне популяционное значение (71,6%). Показатели, отражающие физический статус, тоже увеличились, но несколько меньше: К_д РФ - 2,7, ФА - 1,4, не достигнув при этом средне популяционных величин (59,8% и 75,9% соответственно).

Таблица 17

**Динамика показателей КЖ больных психотерапевтического
отделения с преобладающей триадой личностных особенностей до и
после лечения**

Показатель	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	М±m	М±m	
Физическая активность*	39,8 ± 2,56	57,3 ± 4,32	1,4
Роль физических проблем*	17,7 ± 6,04	46,9 ± 4,59	2,7
Боль*	29,1 ± 2,93	50,6 ± 10,84	1,7
Общее здоровье*	30,8 ± 5,01	50,5 ± 3,03	1,6
Жизнеспособность*	24,6 ± 7,25	54,2 ± 5,99	2,2
Социальная активность*	27,3 ± 3,23	58,3 ± 3,51	2,1
Психическое здоровье*	37,1 ± 3,17	67,9 ± 5,02	1,8
Роль эмоцион-ого фактора*	20,8 ± 7,47	58,3 ± 8,39	2,8
Сравнительный анализ*	38,3 ± 4,96	55,0 ± 6,54	1,4

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Больные с преобладающей триадой личностных особенностей, включающих ипохондрию, депрессию и истерию, отреагировали на лечение увеличением в большей степени показателей КЖ, отражающие психосоциальный статус, при этом конечные данные, в отличие от показателей физического статуса, не только достигали (РЭ - 60%), но и превышали (ПЗ - 67,9%)

Таблица 18

**Динамика показателей КЖ больных психотерапевтического
отделения с психопатическим типом до и после лечения**

Показатель	До лечения	После лечения	Динамика, Кд
	М±m	М±m	
Физическая активность*	17,5 ± 7,68	45,0 ± 4,43	2,6
Роль физических проблем*	12,5 ± 1,68	37,5 ± 5,03	3,0
Боль*	26,5 ± 6,36	65,5 ± 8,79	2,5
Общее здоровье*	35,0 ± 4,14	43,5 ± 9,09	1,2
Жизнеспособность	25,0 ± 2,21	27,5 ± 2,75	1,1
Социальная активность*	12,5 ± 1,68	25,0 ± 0,00	2,0
Психическое здоровье*	15,0 ± 7,07	42,5 ± 7,68	2,8
Роль эмоц-ого фактора*	16,7 ± 3,57	33,3 ± 4,14	2,0
Сравнительный анализ*	60,0 ± 0,00	70,0 ± 14,14	1,2

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Основная черта людей с высокими показателями по шкале паранойяльности - склонность к формированию сверхценных идей. Это люди односторонние, агрессивные и злопамятные. Больные с паранойяльным свойством личности по оценкам показателей качества жизни отреагировали на рефлексотерапевтическое лечение почти одинаково как физически (К_д от 1,1 до 8), так и психоэмоционально - (К_д от 1,6 до 6) с большой амплитудой колебаний значений. Все конечные показатели были выше средне популяционных значений, особенно показатели РФ и РЭ, превысившие средне популяционные значения на 40% (табл. 19).

**У группы больных с тревожно-мнительным типом характера
(психастения) показатели КЖ**

Показатель	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	M±m	M±m	
Жизнеспособность*	45,0 ± 4,14	62,5 ± 7,68	1,4
Социальная активность*	25,0 ± 7,68	68,8 ± 8,84	2,8
Психическое здоровье*	42,5 ± 7,68	67,5 ± 3,54	1,6
Роль эмоцион-ого фактора*	16,7 ± 3,57	100,0 ± 0,00	6,0
Сравнительный анализ*	40,0 ± 0,00	60,0 ± 8,28	1,50

* p < 0,05 различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

У группы больных с тревожно-мнительным типом характера (психастения) показатели КЖ, отражающие физический и психосоциальный статусы, отреагировали одинаково - увеличились в динамике от 1,3(К_д РФ) до 1,5 (К_д РЭ и ФА). Достиг средне популяционного значения только показатель ПЗ (58%)

У больных шизоидного типа (сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях) в результате лечения все показатели КЖ, отражающие психосоциальный статус, выросли в 2 раза. Показатели КЖ, характеризующие физический статус, изменялись неоднородно: ФА не изменился, РФ увеличился в 2 раза, а Б - в 3 раза. Все конечные результаты превысили среднепопуляционные значения (от 3% - СА до 50% - РФ). Исходные показатели ОЗ и ЖС - 50%, что соответствует среднепопуляционным значениям, а после лечения эти показатели достигли 82% (табл. 21).

**Динамика показателей КЖ больных психотерапевтического
отделения с психастеническим типом до и после лечения**

Показатель	До лечения	После лечения	Динамика, Кд
	M±m	M±m	
Физическая активность*	30,0 ± 5,36	45,0 ± 4,43	1,5
Роль физических проблем*	37,5 ± 3,03	50,0 ± 1,71	1,3
Боль*	22,0 ± 0,00	52,5 ± 3,41	2,4
Общее здоровье*	37,5 ± 7,68	43,5 ± 9,09	1,2
Жизнеспособность*	27,5 ± 4,75	40,0 ± 4,43	1,5
Социальная активность*	43,8 ± 6,52	62,5 ± 5,03	1,4
Психическое здоровье*	42,5 ± 3,82	57,5 ± 3,89	1,4
Роль эмоцион-ого фактора*	33,3 ± 7,14	50,0 ± 1,71	1,5
Сравнительный анализ*	50,0 ± 4,14	70,0 ± 4,14	1,4

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

У больных с высокими оценками по шкале гипомании значительно больше увеличились показатели КЖ, отражающие психосоциальный статус (РФ - в 5 раз, ПЗ и СА - в 2 раза). Показатели физического статуса выросли в хондрия, депрессия, истерия, гипомания в большей степени увеличивались показатели, отражающие психосоциальный статус (РЭ, СА и ПЗ - К_д от 1,7 до 5,0), чем физический (ФА, РФ, Б - К_д от 1,2 до 2,8). У больных с психопатическим и шизотипическим складом больше росли показатели физического статуса (в 2,7 раз), в отличие от показателей психосоциального статуса, выросших в 2 раза. В равной степени увеличивались показатели физического и психосоциального статуса у больных с паранойяльным (в 3,5 раза) и психастеническим (в 1,7 раз) особенностями личности.

Таблица 21

**Динамика показателей КЖ больных психотерапевтического
отделения с шизотипическим типом до и после лечения**

Показатель	До лечения	После лечения	Динамика,
	M±m	M±m	K _д
Физическая активность	90,0 ± 4,14	97,5 ± 3,54	1,2
Роль физических проблем*	50,0 ± 10,71	100,0 ± 0,00	2,0
Боль*	22,0 ± 4,14	81,0 ± 6,87	3,7
Общее здоровье*	51,0 ± 5,66	81,0 ± 1,41	1,6
Жизнеспособность*	50,0 ± 5,36	82,5 ± 1,61	1,7
Социальная активность*	37,5 ± 7,68	75,0 ± 5,36	2,0
Психическое здоровье*	47,5 ± 3,82	98,8 ± 7,12	2,1
Роль эмоц-ого фактора*	50,0 ± 1,71	100,0 ± 0,00	2,0
Сравнительный анализ*	20,0 ± 8,28	40,0 ± 6,57	2,00

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

У больных с преобладающей триадой личностных особенностей (ипохондрия, депрессия, истерия), а также с психастеническими типами личности результаты лечения достигали среднепопуляционных значений по показателям психосоциального статуса (61,5% - после лечения, 63,6% - в группе сравнения). Эти же показатели у больных с паранойяльными, шизотипическими, гипоманическими свойствами превышали среднепопуляционные значения (79-94% после лечения и 63,6% в группе сравнения). И только у больных с психопатическими особенностями они были меньше среднепопуляционных (33,6%).

**Динамика показателей КЖ больных психотерапевтического
отделения с типом гипомания до и после лечения**

Показатель	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	M±m	M±m	
Физическая активность	90,0 ± 14,14	97,5 ± 3,54	1,2
Роль физических проблем*	37,5 ± 5,03	100,0 ± 0,00	2,7
Боль*	46,0 ± 8,08	81,0 ± 26,87	1,8
Общее здоровье*	57,5 ± 3,54	83,5 ± 4,95	1,5
Жизнеспособность*	50,0 ± 5,36	85,0 ± 7,07	1,7
Социальная активность*	43,8 ± 8,84	93,8 ± 8,84	2,1
Психическое здоровье*	52,5 ± 4,75	105,0 ± 28,28	2,0
Роль эмоцион-ого фактора*	16,7 ± 3,57	83,3 ± 23,57	5,0
Сравнительный анализ*	60,0 ± 18,28	90,0 ± 14,14	1,5

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Показатели ЮК, отражающие физический статус только у больных с паранойяльным, шизотипическим и гипоманическим типом личности в результате лечения превышали среднепопуляционные значения (88-92,8% после лечения и 67,2 в группе сравнения), у остальных больных оставались ниже среднепопуляционных (49,3-51,6% после лечения) (табл. 23).

Баллами по шкалам ипохондрия, депрессия, истерия, гипомания в большей степени увеличивались показатели, отражающие психосоциальный статус (РЭ, С А и ПЗ - К_д от 1,7 до 5,0), чем физический (ФА, РФ, Б - К_д от 1,2 до 2,8). У больных с психопатическим и шизотипическим складом личности больше росли показатели физического статуса (в 2,7 раз), в отличие от показателей психосоциального статуса (в 2 раза). В равной степени увеличивались показатели физического и психосоциального статуса у больных с паранойяльным (в 3,5 раза) и психастеническим (в 1,7 раз) особенностями личности.

Таблица 23

**Средние показатели КЖ после лечения РТ и в группе сравнения у
больных ХИМ I-II ст. с различными приобретенными особенностями
личности (СМОЛ)**

Показатель		Свойства личности							
		Ипохондрические	депрессивные	истерические	Психопатические	паранойяльные	психастенические	Шизотипические	Гипоманические
Физический статус	группа сравнения	59,2	63,6	63,6	63,6	63,6	63,6	63,6	63,6
	после лечения	61,5	61,4	61,4	33,6	78,7	56,6	79,6	94,0
Психосоциальный статус	группа сравнения	67,2	67,2	67,3	67,2	67,2	67,2	67,2	67,2
	после лечения	51,6	51,4	51,5	49,3	87,8	49,2	87,3	92,8

* $p < 0,05$ различие статистически достоверно относительно группы сравнения

Таким образом у больных с преобладающей триадой личностных особенностей (ипохондрия, депрессия, истерия), а также с психастеническими типами личности результаты лечения достигали средне популяционных значений по показателям психосоциального статуса (61,5% - после лечения, 63,6% - в группе сравнения).

Эти же показатели у больных с паранойяльными, шизотипическими, гипоманическими свойствами превышали средне популяционные значения (79-94% после лечения и 63,6% в группе сравнения). И только у больных с психопатическими особенностями они были меньше среднепопуляционных (33,6%).

Показатели КЖ, отражающие физический статус, только у больных с паранойяльным, шизотипическим и гипоманическим типами личности в результате лечения превышали среднепопуляционные значения (88-92,8% после лечения и 67,2 в группе сравнения), у остальных больных оставались ниже среднепопуляционных (49,3-51,6% после лечения).

В целом, проведенное исследование по выявлению особенностей реагирования на РТ пациентов с различными приобретенными свойствами личности показало положительную динамику всех показателей КЖ в среднем в 2 раза, с достижением среднепопуляционных значений. При этом выявлялась достоверная разница ($p < 0,05$) в росте показателей психосоциального статуса ($K_d = 3,0$) по сравнению с физическим ($K_d = 1,9$) по шкале гипомании.

6.2. Дифференциальная оценка эффективности рефлексотерапии психоневросоматических синдромов

При проведении дифференциальной оценки эффективности РТ психоневросоматических синдромов выявлено следующее.

Исследование выраженности субъективной симптоматики до и после лечения у больных психотерапевтического стационара с ХИМП-Ист. при использовании шкалы «GAFS» показало, что в основной группе градация «отчетливо выраженная симптоматика» уменьшилась в 1,8 раз (от 69,2% до 38,4%), а в контрольной - в 1,3 раза (от 68,4% до 51,2%).

Объективная симптоматика ХИМП-И ст. достоверно не изменилась в основной и контрольной группах.

Эффективность лечения гепатобилиарной патологии была аналогична таковой при ХИМИ-II ст., т. к. при сравнении группы с ХИМ I-II ст. и с сочетанной патологией, используя шкалу «CGI-I», статистически значимых различий между группами не было выявлено ($p > 0,05$).

Анализ изменения показателей ЮК до и после лечения РТ у больных психотерапевтического стационара с ХИМИ-II ст. с превалирующими клинико-психопатологическими чертами (ипохондрическими, депрессивными и истерическими) выявил увеличение показателей в основной группе в 1,9 раза, а в контрольной - в 1,1 раз.

Исследование динамики показателей качества жизни выявило, что значения показателей психосоциального статуса в основной группе выросли в 2,3 раза (в контрольной - в 1,6 раз), а физического статуса - в 1,8 и 1,3 раза соответственно.

Таким образом, РТ действует на все составляющие сложных психоневросоматических синдромов, но наибольшее влияние оказывает на психосоциальный статус качества жизни.

Городских жителей было 73,3%, сельских — 26,7%. Из всех наблюдаемых пациентов — 27,9% инвалиды 2-ой группы, 11,9% - инвалиды 3-ей группы. Без инвалидности было 60,2% пациента. Выявлено, что в группе городских пациентов больше всего (76,4%) больных без постоянной утраты трудоспособности, а среди сельских жителей - с третьей (35,7%) и второй (29,6%) группами инвалидности.

Необходимость изучения личностных характеристик при курации той или иной группы пациентов доказана в литературе, ведь в структуру личности входят все психологические и морфофизиологические особенности человека - вплоть до особенностей обмена веществ. Существует взаимосвязь развития той или иной патологии с определенными индивидуальными особенностями личности пациента. Эмоциональное состояние не является только психическим феноменом, но сопровождается электрофизиологическими, биохимическими, вегетативно-

сосудистыми и даже моторными эффектами. При наличии патологических изменений в органах-мишенях такие вегетативные и гормональные сдвиги приводят к обострению соматического заболевания. В настоящее время, особенно в связи с формированием нового направления в общей медицинской практике - института семейной медицины - продолжается интеграция научных и практических достижений междисциплинарного характера. Преодоление дихотомии в психосоматике осуществляется путем признания психосоматического подхода в качестве основополагающего в медицине, учитывая, что 95% всех имеющихся заболеваний относится к разряду психосоматических расстройств. Понятие психосоматических расстройств объединяет западную и восточную медицину: при любом соматическом заболевании существуют нарушения на эмоциональном уровне. Хорошо известна связь определенной соматической патологии с соответствующими аффективными реакциями (раздражительность при болезнях печени и др.). При коррекции эмоциональных нарушений одновременно происходят физические изменения в организме.

При изучении психологических особенностей пациентов выявлено преобладание ипохондрических, истерических и депрессивных черт. У мужчин чаще выявлялись ипохондрические (70,0%) и депрессивные (60,9%) особенности личности. Истерические черты встречались одинаково часто как у мужчин, так и у женщин почти в половине случаев (46,4% и 46,1%). Ипохондрические особенности личности были выявлены независимо от социального статуса у 30,5—34,0% больных, депрессивные черты чаще выявлялись у пациентов без инвалидности (32,0%), а истерические - у инвалидов 2 и 3 групп (28,7% и 25,4%).

Учитывая возможность комплексного воздействия на организм при рефлексотерапии, важна оценка состояния всех систем организма больного. Кроме того, для подбора методик и выбора последовательности лечебного воздействия важна правильная интерпретация выраженности

каждого симптома заболевания. Это определяет необходимость изучения особенностей клинического течения сочетанной патологии. Из общей выборки больные с преимущественно неврологическими проявлениями психосоматических расстройств составляли 76,5%, а с преимущественно терапевтическими проявлениями - 84,9%. У 61,4% больных были сочетанные неврологические и терапевтические заболевания.

В структуре неврологических заболеваний встречались преимущественно хроническая ишемия мозга I-II ст. (т.е. дисциркуляторной энцефалопатии по классификации Е.В. Шмидта, шифр по МКБ 10 - I67.8; 47,8%) (47,8%), последствия черепно-мозговой травмы в форме посттравматической энцефалопатии (28,3%) и болевой вертеброгенный синдром (23,9%). Сельских жителей с неврологическими заболеваниями было меньше трети по сравнению с городскими, такое же соотношение было среди мужчин и женщин. Половина пациентов (51,2%) с неврологической патологией были без инвалидности, 31,6% - инвалиды 2 группы и 17,2% - инвалиды 3 группы.

Поскольку в структуре неврологической патологии было выявлено преобладание хронической ишемии мозга I-II степени (47,8%), а среди всех терапевтических заболеваний чаще всего встречалась гепатобилиарная патология (41,4%), то нами были проанализированы особенности клинического течения данной сочетанной патологии (хроническая ишемия мозга I-II ст. и заболевания гепатобилиарной системы). Для этого среди всех пациентов, страдающих одновременно неврологическими и терапевтическими заболеваниями, была выделена группа больных с ХИМ I-II ст. в сочетании с гепатобилиарной патологией. Кроме того, из всех пациентов, имевших только неврологические заболевания, была выделена группа с ХИМ I-II ст..

При сравнении встречаемости жалоб и объективных неврологических синдромов при неврологической и сочетанной с гепатобилиарной патологией выявлено, что субъективная симптоматика

выявлялась у всех больных, объективная - на 10% больше при сочетанной патологии: пирамидные расстройства - 24,3% при ХИМ и 35,3% при сочетанной патологии, атактические - 19,5% и 26,3%, псевдобульбарные - 49,7% и 57,1%, экстрапиримидные - 50,3% и 60,2% соответственно, т.е. наблюдалось достоверное утяжеление объективных неврологических симптомов в группе с сочетанной патологией.

Для оценки качества лечения со стороны врача использовались 3 унифицированные международные анкеты: «Шкала интегральной оценки качества функционирования» («GAFS»), «Общее клиническое впечатление о тяжести нарушений» («CGI-S») и «Общее клиническое впечатление об улучшении состояния» («CGI-I»). По первым двум шкалам анкетирование проводилось до лечения и после него в группе пациентов с ХИМ-II ст., которым в комплексном лечении применялась РТ (основная группа). Аналогичное исследование проводилось в контрольной группе, состоявшей из больных психотерапевтического отделения с ХИМ-II ст., лечившихся без РТ. Кроме того, после лечения исследовалась динамика клинического состояния по третьей шкале («CGI-I») в основной и контрольной группах.

При оценке выраженности жалоб до и после лечения у больных психотерапевтического стационара с ХИМ-II ст. при использовании шкалы «ОАТ» выявлено, что в основной группе отчетливо выраженная симптоматика встречалась достоверно в 2 раза чаще до лечения, чем после (69,2% и 38,4%), а умеренно выраженная симптоматика - в 2 раза чаще после лечения (54,6% и 27,1%) ($p < 0,05$). В контрольной группе исходные цифры (графы «отчетливо и умеренно выраженная симптоматика») до лечения были одинаковы по сравнению с основной группой (68,4% и 27,9%), а после него отчетливо выраженная симптоматика достоверно снизилась до 51,2% за счет перевода ее в градацию «умеренная» до 43,2%, ($p < 0,05$), что говорит о достоверном уменьшении выраженности жалоб после лечения в основной группе ($p < 0,05$).

Анализ выраженности объективных неврологических синдромов при ХИМИ-II ст. до и после лечения в основной группе по шкале «GAFS» показал достоверное отсутствие изменения показателей ($p>0,05$), что говорит о небольшом влиянии РТ на объективную неврологическую симптоматику у больных психоневрологического отделения с ХИМ I-II ст.

Исследование выраженности симптомов у пациентов с ХИМИ-II ст. за прошедшую неделю по шкале «CGI-S» выявило, что легкая и средняя тяжесть заболевания до лечения была достоверно одинакова ($p>0,05$) в группе исследования и контрольной группах (30% и 67% соответственно), а после лечения в группе исследования она была достоверно ниже ($p<0,05$) при средней тяжести заболевания, чем в контрольной (43,9% и 52,2% соответственно). При легкой степени тяжести после лечения результаты были обратными - достоверно большее количество больных в основной группе ($p<0,05$), чем в контрольной (52,1% и 44,9% соответственно). Таким образом, после лечения больных со средней тяжестью заболевания стало в 1,5 раза меньше за счет перевода их в градацию «легкое заболевание и пограничное состояние».

Анализ изменения по сравнению с исходным состоянием у пациентов с ХИМИ-II ст. по шкале «CGI-I» показал, что статистически значимые различия ($p<0,05$) были достигнуты по шкалам «значительное улучшение» у больных при комбинированном лечении (рефлексотерапия в сочетании с психо- и фармакотерапией) в 82,6% случаев (в контрольной группе - 66,3%), «минимальное улучшение» — в 26,6% (в контрольной группе - 8,9%). Приведенные показатели могут быть оценены как свидетельство эффективности рефлексотерапии.

При сравнении эффективности лечения в группе с ХИМИ-II ст. и с сочетанной патологией, используя шкалу «CGI-I», статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p>0,05$).

Таким образом, у больных психотерапевтического отделения все группы пациентов (с неврологической и сочетанной симптоматикой) успешнее лечатся с применением РТ, чем без нее.

По данным литературы, врач и пациент по-разному оценивают эффективность проведенного лечения. В связи с этим в настоящее время доказана необходимость применения оценки качества жизни больных (со стороны пациента), дополняющего результаты врачебных клинических и экономических исследований. С этой целью для объективной оценки эффективности лечения в наших исследованиях мы применяли «Краткий медицинский опросник» - Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36), предложенный бостонским институтом здоровья, который отражает восприятие эффекта от лечения самим больным.

Нами изучена динамика параметров качества жизни больных психотерапевтического стационара до и после комплексного лечения (рефлексотерапия в сочетании с психо- и фармакотерапией). Анализируя влияние психосоциального и физического статусов на КЖ, мы выявили определенные закономерности:

Исходные показатели КЖ, отражающие психосоциальный статус были одинаковы в обеих группах пациентов, а после лечения они были оценены как более высокие у пациентов основной группы, что подтверждалось методами статистического анализа.

При оценке результатов статистической обработки полученных данных удалось выяснить, что динамика всех показателей КЖ в основной группе была выше, чем в контрольной ($p < 0,05$).

Анализ изменения показателей КЖ до и после лечения РТ у больных психотерапевтического стационара с ХИМП-II ст. в зависимости от особенностей личности (по Леонгарду) выявил положительную динамику величин качества жизни у всех больных. Максимальное их увеличение (от 3 до 6 раз) была у врожденно гипертимных, эмотивных, демонстративных, застревающих, экзальтированных больных, а

минимальное (K_d — 1,5-1,8) - у врожденно педантичных и тревожных личностей, что согласуется с характеристикой их акцентуации. Показатели физического и психоэмоционального статусов увеличивались по-разному — у больных с дистимическими, застревающими и тревожными свойствами личности в результате лечения в равной степени изменялись показатели, влияющие как на физический, так и на психосоциальный статусы - динамические коэффициенты 2,3-2,6; 4,7-4,9, 1,8-1,8 соответственно. Гипертимные личности физически выздоравливают быстрее (K_d - 5,7). При анализе динамики показателей качества жизни в зависимости от особенностей личности (СМОЛ) нами выявлено, что у всех больных психотерапевтического отделения, применявших в комплексном лечении рефлексотерапию, показатели КЖ регистрировали положительную динамику. У пациентов с высокими баллами по шкалам ипохондрия, депрессия, истерия, гипомания в большей степени увеличивались показатели, отражающие психосоциальный статус (РЭ, СА и ПЗ — K_d от 1,7 до 5,0), чем физический (ФА, РФ, Б - K_d от 1,2 до 2,8). У больных с психопатическим и шизотипическим складом личности больше росли показатели физического статуса (в 2,7 раз), в отличие от показателей психосоциального статуса (в 2 раза). В равной степени увеличивались показатели физического и психосоциального статуса у больных с паранойяльным (в 3,5 раза) и психастеническим (в 1,7 раз) особенностями личности.

При проведении дифференциальной оценки эффективности рефлексотерапии психоневросоматических синдромов выявлено, что она действует на все составляющие сложных психоневросоматических синдромов, но наибольшее влияние оказывает на психосоциальный статус качества жизни (табл. 24).

Таблица 24.

**Итог комплексной оценки эффективности рефлексотерапии
психоневросоматических синдромов**

Психоневросоматические синдромы		Эффективность лечения	
		в основной группе (с РТ)	в контрольной группе (без РТ)
Неврологическая составляющая	субъективная симптоматика ХИМ	++	+
	объективная симптоматика ХИМ	-	-
Терапевтическая составляющая (гепатобилиарная патология)		++	+
Превалирующая клиничко-психопатологическая составляющая (ипохондрический, депрессивный и истерический синдромы)		++	+
Показатели качества жизни	психосоциальный статус	+++	+
	физический статус	+	+

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сосудистые заболевания головного мозга в связи с высокой распространенностью и тяжелыми последствиями для состояния здоровья человека (инсульт, сосудистая деменция) являются одной из важнейших медицинских и социальных проблем. Так, если в США среди всех случаев смерти от болезни системы кровообращения на возраст до 65 лет приходится менее 10%.

Сложившиеся ранее критерии оценки эффективности лечения и исходов заболевания, основанные на традиционных показателях - средней продолжительности жизни, смертности сегодня перестали удовлетворять, т.к. они не дают возможности определить влияние на качество жизни (КЖ) больных. Это приводит к нарушению соответствия в оценке эффективности лечения, даваемой врачом и пациентом, поэтому в настоящее время стало актуальным исследование качества жизни больных, особенно для подтверждения эффективности различных методов курации хронических заболеваний. Существует специальный отдел ВОЗ, который занимается проблемами качества жизни, решаемыми только при условии усиления интеграции медицинских знаний. Важнейшую роль в этом призвана сыграть психиатрия, которая выступает в качестве связующего звена между биологическими и психосоциальными подходами.

В медицине термин «качество жизни» начали применять с 1947 года, когда ВОЗ впервые определила понятие здоровья как состояние физического, психического и социального благополучия. Менее 30 лет назад термин стал самостоятельной категорией Index Medicus [96]. Важность и актуальность оценки качества жизни при различных заболеваниях была осознана лишь в последнее десятилетие XX века.

Для объективизации качества жизни наиболее удачным оказался заимствованный из психологии тестологический подход, поэтому его «инструментами измерения» являются анкеты-опросники.

Актуальным является и изучение личностных особенностей больных при различных заболеваниях, т.к. существует взаимосвязь развития той или иной патологии с определенными индивидуальными особенностями личности пациента. В настоящее время, особенно в связи с формированием нового направления в общей медицинской практике - института семейной медицины - продолжается интеграция научных и практических достижений междисциплинарного характера. При этом отчетливо обнаружилось затруднение понимания сущности психосоматических и соматопсихических процессов, их клинической и оценочной интерпретации, методов лечения. Преодоление дихотомии в психосоматике осуществляется путем поиска взаимосвязи соматического и психического компонента, признания психосоматического подхода в качестве основополагающего в медицине, обоснования клинико-диагностических моделей и общей терапевтической тактики[15, 17, 21, 23].

В комплексном лечении терапевтических и неврологических больных показана эффективность применения немедикаментозных методов лечения, в частности, рефлексотерапии (РТ). Возросший интерес к РТ, актуальность ее применения в медицинской практике обусловлены объективизацией метода благодаря современным нейрофизиологическим, биохимическим, биофизическим и иммунологическим методами исследования, в результате чего она перестала восприниматься как необъяснимая эмпирика. В последнее время увеличивается число рандомизированных контролируемых испытаний, которые свидетельствуют об эффективности немедикаментозных «традиционных» методик. 10% жителей Великобритании и 25% жителей США ежегодно проходят курсы немедикаментозной терапии. Самым популярным методом традиционной медицины является РТ - наиболее экономичный, щадящий и адекватный при различных заболеваниях, связанных с патологией регуляторных систем организма (нервной, эндокринной, иммунной). Выявлен положительный эффект от применения РТ в комплексном

лечении головной боли у больных с психосоматическими расстройствами. Применение РТ приводит к клиническому улучшению общего состояния пациентов, страдающих дисбалансом тонуса отделов вегетативной нервной системы[2, 4, 22, 60, 93]. Актуально использование РТ и в восстановительном периоде инсультов[62].

Психосоматические расстройства, в частности, заболевания гепатобилиарной системы, приобретают особое значение у больных с дисциркуляторной энцефалопатией I-II ст., ведение которых представляет значительные сложности вследствие их невысокой комплаентности, возникающих у них когнитивных и личностных нарушений, а также коморбидных расстройств тревожно-депрессивного спектра. В то же время значительная распространенность ишемий мозга, серьезность отдаленного прогноза (оперативное лечение, нарастание сосудистых нарушений вплоть до деменции) и значительные материальные затраты на их лечение придают высокую актуальность разработке методов нелекарственной терапии, которые могли бы применяться на ранних этапах ведения больных с хронической ишемией мозга.

Учитывая международную классификацию, в основном все пациенты были в зрелом возрасте, в среднем $44,3 \pm 3,11$ лет. 71,8% составляли больные до 50 лет, а 96% больных не достигли пенсионного возраста. Соотношение мужчин и женщин в каждой возрастной группе было одинаково - три к одному.

Изучение зависимости числа пациентов, имеющих постоянное снижение трудоспособности внутри каждой половой подгруппы, показало наличие одинаково выраженной закономерности как для мужчин, так и для женщин. При этом доля мужчин, имеющих инвалидность 2 и 3 группы (45,5%), больше, чем аналогичная доля женщин (38,1%).

Из всех наблюдаемых пациентов 27,9% были инвалидами 2 группы, 11,9% - инвалидами 3 группы. Без инвалидности было 60,2% пациента. Таким образом, более половины больных, курируемых

рефлексотерапевтом, не имеют инвалидности. Это вполне оправдано, так как рефлексотерапия дает более ощутимые результаты при преобладании относительно легко выраженных изменений и, кроме того, свидетельствует о хорошей поддерживающей лечебной функции этого метода.

Лечебные манипуляции неинвазивного типа являются распространенным методом со среднегодовым количеством процедур - $1081,3 \pm 180,83$. Из разнообразных неинвазивных рефлексотерапевтических манипуляций - 52,3% занимают различные способы прогревания биологически активных точек (цзю). Для больных психотерапевтического отделения этот вид лечения является важным, так как используется для иммуностимуляции и быстрого снятия симптомов астении [2, 4, 8, 22, 43, 49, 50, 53, 54, 60, 63].

В настоящее время, особенно в связи с формированием нового направления в общей медицинской практике - института семейной медицины - продолжается интеграция научных и практических достижений междисциплинарного характера. Для улучшения понимания сущности психосоматических процессов, их клинической и оценочной интерпретации, методов лечения необходимо исследование взаимосвязи соматического и психического, признания психосоматического подхода в качестве основополагающего в медицине [9, 15, 16, 18, 20].

Под психосоматическими заболеваниями понимают синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуальными психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутри личностного конфликта. Многообразные психосоматические расстройства объединяет общий признак - сочетание симптомов нарушения психической и соматической сферы. Обязательным условием отнесения болезненных состояний к психосоматическим является наличие психотравмирующих эмоционально значимых событий, связанных во времени с началом или обострением соматического

заболевания и играющими существенную патогенную роль в возникновении психосоматических расстройств. Это не только острые стрессорные факторы, но и затяжные конфликты [21, 23, 24].

Около 95% всех имеющихся заболеваний относится к разряду психосоматических расстройств, которые в настоящее время по праву считаются «патологией современной цивилизации» [24, 42, 69, 70, 71, 72].

Понятие психосоматических расстройств объединяет западную и восточную медицину: заболевания могут вызывать экзогенные и эндогенные факторы, и при любом соматическом заболевании обязательно существуют нарушения на эмоциональном уровне [102].

Половина пациентов (51,2%) с неврологической патологией были без инвалидности, 31,6% - инвалиды 2 группы и 17,2% - инвалиды 3 группы.

Терапевтические проявления психосоматических расстройств в большинстве случаев серьезно отягощает течение специфической стрессогенной патологии, наличие которой и является доказательством психосоматической (хроническая ишемия мозга I-II ст. и заболевания гепатобилиарной системы). Для этого среди всех пациентов, страдающих одновременно неврологической и терапевтической патологией была выделена группа больных с ХИМИ-II ст. в сочетании с гепатобилиарной патологией. Кроме того, из всех пациентов, имевших только неврологические заболевания была выделена группа с ХИМИ-II ст.

Больные, страдающие хронической ишемией мозга (ХИМ) I-II ст. в сочетании с патологией гепатобилиарной системы, предъявляли жалобы на головную боль, ощущение тяжести в голове, эмоциональную неустойчивость, повышенную утомляемость, ухудшение памяти, внимания, работоспособности, несистемное головокружение, шум в ушах, неустойчивость при ходьбе, расстройство сна, неуверенность в себе, склонность к ипохондрическому состоянию, фобии. Жалобы астенического характера сопровождалась хотя и легкими, но достаточно

стойкими объективными расстройствами в виде анизорефлексии, негрубой атаксии, симптомов орального автоматизма. При преобладании ХИМП-ст. кроме вышеуказанных жалоб отмечалась органическая симптоматика в виде рефлексов орального автоматизма, центральной недостаточности лицевого и подъязычного нервов, координаторных и глазодвигательных расстройств, двусторонней пирамидной недостаточности, вестибуло-атактических, экстрапирамидных расстройств.

Жалобы со стороны гепатобилиарной системы проявлялись приступообразными или постоянными, тянущими, ноющими болями, локализующимися в правом подреберье, правой половине живота, реже в эпигастральной области с иррадиацией в правую лопатку, ключицу, плечо, иногда - в левое подреберье; диспепсическим синдромом в виде отрыжки, горечи, горького привкуса во рту, чувством распирания в верхней половине живота, вздутием кишечника, нарушением стула; вазомоторным (гипотензия, сердцебиение, боли в сердце) и нейровегетативным (повышенная раздражительность, нарушение сна, потливость, головные боли) синдромами.

Субъективная симптоматика выявлялась у всех больных, объективная — больше при сочетанной патологии приблизительно на 10%: пирамидные расстройства - 24,3% при ХИМ и 35,3% при сочетанной патологии, атактические - 19,5% и 26,3%, псевдобульбарные - 49,7% и 57,1%, экстрапирамидные - 50,3% и 60,2% соответственно.

Следовательно, проведенные нами исследования показали, что течение сочетанной патологии (ХИМП-II ст. и гепатобилиарной) имеет свои особенности в виде достоверного ($p < 0,05$) утяжеления объективных неврологических симптомов по сравнению с изолированной ХИМ I-II ст.. Разница в количестве жалоб между этими двумя группами была статистически недостоверна ($p > 0,05$).

Преимущественно неврологические проявления психосоматических расстройств были выявлены у 76,5% всех больных психотерапевтического

отделения. В структуре неврологических заболеваний встречались преимущественно хроническая ишемия мозга (47,8%), последствия черепно-мозговой травмы в форме посттравматической энцефалопатии (28,3%) и болевой вертеброгенный синдром (23,9%).

Сельских жителей с неврологическими заболеваниями было меньше трети по сравнению с городскими, такое же соотношение было среди мужчин и женщин. Половина пациентов (51,2%) с неврологической патологией были без инвалидности, 31,6% - инвалиды 2 группы и 17,2% - инвалиды 3 группы.

Доля пациентов психотерапевтического отделения, имеющих преимущественно терапевтические проявления психосоматических расстройств, составляла 84,95%. В структуре терапевтических проявлений психосоматических расстройств у пациентов психотерапевтического отделения преобладала гепатобилиарная патология - 41,4%.

При сравнении встречаемости жалоб и объективных неврологических синдромов при неврологической и сочетанной с гепатобилиарной патологией выявлено, что субъективная симптоматика выявлялась у всех больных, объективная - больше при сочетанной патологии приблизительно на 10%: пирамидные расстройства — 24,3% при ХИМ и 35,3% при сочетанной патологии, атактические — 19,5% и 26,3%, псевдобульбарные - 49,7% и 57,1%, экстрапирамидные - 50,3% и 60,2% соответственно, т.е. наблюдалось достоверное утяжеление объективных неврологических симптомов в группе с сочетанной патологией.

Для оценки качества лечения со стороны врача использовались 3 унифицированные международные анкеты: «Шкала интегральной оценки качества функционирования» («GAFS»), «Общее клиническое впечатление о тяжести нарушений» («CGI-S») и «Общее клиническое впечатление об улучшении состояния» («CGI-I»). По первым двум шкалам анкетирование проводилось до лечения и после него в группе пациентов с ХИМ-II ст.,

которым в комплексном лечении применяли РТ (основная группа). Аналогичное исследование проводилось в контрольной группе, состоявшей из больных психотерапевтического отделения с ХИМИ-Ист., пролеченных без применения РТ. Кроме того, после лечения исследовалась динамика клинического состояния по третьей шкале («CGI-I») в основной и контрольной группах.

Для оценки выраженности встречавшихся жалоб до и после лечения использовалась шкала «GAFS», указывающая на наиболее низкий уровень функционирования пациента в течение последней недели. Отчетливо выраженная симптоматика была в 2 раза больше до лечения, чем после (69,2% и 38,4%), а умеренно выраженных симптомов было в 2 раза больше после лечения (54,6% и 27,1%). В этих группах были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$), что говорит о достоверном уменьшении количества жалоб (субъективной симптоматики) после лечения.

Кроме жалоб, нами была прослежена выраженность объективных неврологических синдромов при ХИМИ-II ст. до и после лечения в основной группе по шкале «GAFS». Под объективными неврологическими синдромами подразумеваются пирамидные, атактические, псевдобульбарные и экстрапирамидные расстройства, которые максимально выявлялись в виде незначительно выраженной симптоматики до лечения (65,4%). Умеренно выраженной симптоматики было в 2 раза меньше (30,7%). После лечения изменение показателей было статистически недостоверно ($p > 0,05$), что говорит о небольшом влиянии РТ на объективную неврологическую симптоматику у больных психоневрологического отделения с ХИМ I-II ст.

По шкале «CGI-S» оценивалась выраженность симптомов у пациента за прошедшую неделю. При этом выявлено, что до лечения статистически достоверной разницы между значениями показателей в группе исследования и контрольной группах не было выявлено ($p > 0,05$)

(Рис. 8). После лечения в основной группе зарегистрировано уменьшение показателей по графе «средняя тяжесть заболевания» 74,2% - 31,8%, а в группе контроля - от 74,0% до 49,7%. Показатели по градации «легкое заболевание» в основной группе увеличились от 1,5%, до 23,7%, а в контрольной - 1,6% до 19,2%.

По шкале «CGI-I» оценивалась выраженность симптомов у пациента за прошедшую неделю. При этом выявлено, что до лечения статистически достоверной разницы между значениями показателей в группе исследования и контрольной группах не было выявлено ($p > 0,05$) (Рис. 8). После лечения в основной группе зарегистрировано уменьшение показателей по графе «средняя тяжесть заболевания» 74,2% - 31,8%, а в группе контроля - от 74,0% до 49,7%. Показатели по градации «легкое заболевание» в основной группе увеличились от 1,5%, до 23,7%, а в контрольной - 1,6% до 19,2%.

По шкале «Общее клиническое впечатление об улучшении состояния» («CGI-I») оценивалось изменение по сравнению с исходным состоянием. Анализ эффективности проведенного лечения показал: статистически значимые различия ($p < 0,05$) были достигнуты по шкалам «значительное улучшение» у больных при комбинированном лечении (рефлексотерапия в сочетании с психо- и фармакотерапией) в 82,6% случаев (в контрольной группе — 66,3%), «минимальное улучшение» - в 26,6% (в контрольной группе - 8,9%). Приведенные показатели могут быть оценены как свидетельство эффективности рефлексотерапии.

Используя ту же шкалу («CGI-I»), мы сравнили эффективность лечения в группе с ХИМИ-II ст. и с сочетанной патологией. Статистически значимых различий между группами не было выявлено ($p > 0,05$).

Таким образом, все группы пациентов психотерапевтического отделения (с неврологической и сочетанной симптоматикой) успешнее лечатся с применением РТ, чем без нее.

Таким образом, при оценке выраженности жалоб до и после лечения у больных психотерапевтического стационара с ХИМИ-II ст. с использованием шкалы «GAFS» выявлено, что в основной группе отчетливо выраженная симптоматика встречалась достоверно в 2 раза чаще до лечения, чем после (69,2% и 38,4%), а умеренно выраженных симптомов было в 2 раза больше после лечения (54,6%) и 27,1%) ($p < 0,05$). В контрольной группе исходные цифры (графы «отчетливо и умеренно выраженная симптоматика») до лечения были одинаковы по сравнению с основной группой (68,4 и 27,9%), а после него отчетливо выраженная симптоматика достоверно сократилась до 51,2% за счет перевода ее в градацию «умеренная» до 43,2%, ($p < 0,05$), что говорит о достоверном уменьшении выраженности жалоб после лечения в основной группе ($p < 0,05$).

Анализ выраженности объективных неврологических синдромов при ХИМИ-II ст. до и после лечения в основной группе по шкале «GAFS» показал достоверное отсутствие изменения показателей ($p > 0,05$), что говорит о небольшом влиянии РТ на объективную неврологическую симптоматику у больных психоневрологического отделения с ХИМ I-II ст.

Исследование выраженности симптомов у пациентов с ХИМИ-II ст. по шкале «CGI-S» за прошедшую неделю выявило, что легкая и средняя тяжесть заболевания до лечения была достоверно одинакова ($p > 0,05$) в группе исследования и контрольной группах (30% и 67% соответственно), а после лечения в группе исследования она была достоверно ниже ($p < 0,05$) по шкале «средняя тяжесть заболевания», чем в контрольной группе (43,9% и 52,2% соответственно). В градации «легкая степень тяжести» после лечения результаты были обратными - достоверно большее количество больных в основной группе ($p < 0,05$), чем в контрольной (52,1% и 44,9% соответственно). Таким образом, после лечения больных со средней тяжестью заболевания стало в 1,5 раза меньше за счет перевода их в градацию «легкое заболевание и пограничное состояние».

Анализ изменения по сравнению с исходным состоянием у пациентов с ХИМІ-II ст. по шкале «CGI-I» показал, что статистически значимые различия ($p < 0,05$) были достигнуты по шкалам «значительное улучшение» у больных при комбинированном лечении (рефлексотерапия в сочетании с психо- и фармакотерапией) в 82,6% случаев (в контрольной группе — 66,3%), «минимальное улучшение» - в 26,6% (в контрольной группе — 8,9%). Приведенные показатели могут быть оценены как свидетельство эффективности рефлексотерапии.

При сравнении эффективности лечения в группе с ХИМІ-II ст. и с сочетанной патологией, используя шкалу «CGI-I», статистически значимых различий между группами не было выявлено ($p > 0,05$).

Таким образом, все группы пациентов психотерапевтического отделения (с неврологической и сочетанной симптоматикой) успешнее лечатся с применением РТ, чем без нее.

К.Леонгард описал 10 качеств личности (акцентуаций), не являющихся патологическими. В соответствии с поставленной задачей мы проанализировали, как пациенты психотерапевтического стационара с различными особенностями личности реагируют на воздействие рефлексотерапии. В качестве оценочного критерия использовались показатели КЖ.

По Леонгарду, первая акцентуация - гипертимная. Она характеризует личность с высокой жизненной активностью. Высокие оценки свидетельствуют о постоянном повышенном фоне настроения в сочетании с жадой деятельности. Гипертимные личности показывали максимально высокие показатели качества лечения по всем критериям КЖ (динамический коэффициент от 2,1— ЖС — и выше). Наиболее выраженная динамика наблюдается по показателям физического статуса - роль физических проблем (РФ) - 8,0, боли - 7,2 и по показателям психоэмоционального статуса — роли эмоционального фактора (РЭ) —

6,0. Это свидетельствует о выраженном влиянии рефлексотерапии как на физический, так и на эмоциональный статус.

Вторая акцентуация — возбудимая. Таким личностям свойственна повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями. У данной группы пациентов выявлено интенсивное увеличение динамических коэффициентов, отражающих изменение психосоциального статуса: роль эмоционального фактора (РЭ) — 3,0, социальная активность (СА) - 2,4 и жизнеспособность (ЖС) — 2,5. В то же время показатель психического здоровья (ПЗ) был низким (1,1), что согласуется с особенностями данной личности. У пациентов с возбудимой акцентуацией физическая активность (ФА) на фоне РТ повысилась всего на 1,3, а РФ даже уменьшился (0,5). Это может быть оценено как небольшое, хотя и положительное влияние РТ на физический статус у данного типа личности.

Третий тип акцентуации — эмотивный. Характеризуется глубиной эмоциональной жизни личности. Это чувствительные и впечатлительные люди отличаются выраженностью переживаний в области тонких эмоций духовной жизни. У больных с этим типом врожденной акцентуации наблюдалось значительное увеличение показателей, характеризующих психосоциальный статус. Значительнее всего изменилась роль эмоционального фактора (РЭ) - 9,0, рост других показателей был намного меньше — социальная активность (СА) - 2,5, психическое здоровье (ПЗ) - 1,9. Показатели, в основном характеризующие физический статус, давали положительный, но небольшой прирост (ПЗ и ФА - 1,2, РФ - 1,5).

Четвертая акцентуация по Леонгарду показывает склонность к педантизму. Высокие оценки говорят об инертности психических процессов. У таких больных на фоне лечения наблюдался равномерное увеличение всех показателей качества жизни - в 1,5 раза, кроме РФ и Б, выросших в 2 раза, т.е. физический статус реагировал быстрее, чем психоэмоциональный.

Пятая шкала Леонгарда выявляет повышенную тревожность, склонность к страхам. Лучше всего у них на лечение отреагировал показатели РФ (2,8) и РЭ (2,3), остальные показатели были в пределах от 1,3 (ФА) до 1,6 (СА), т.е. физический и психосоциальный статус увеличивались одинаково.

Шестая шкала Леонгарда выявляет склонность к перепадам настроения - смена гипертимических и дистимических фаз (циклотимический тип). У таких больных в динамике больший показатель - РЭ (2,8) и ЖС (2,6), а меньший — ФА (1,4), т.е. эмоциональный статус отреагировал больше.

Седьмая шкала свидетельствует о демонстративности поведения испытуемого. У данной группы больных на лечение лучше всего отреагировали показатели психоэмоционального статуса - РЭ — 4,0, ПЗ — 3,0 и СА - 2,6. Из показателей физического статуса увеличился только динамический коэффициент РФ, рост остальных незначителен (ФА - 1,1, Б - 1,3).

Восьмая шкала выявляет застревающий тип акцентуации; основная черта которого - чрезмерная стойкость аффекта, со склонностью к формированию сверхценных идей. Выявлено одинаковое реагирование как физического статуса — динамический коэффициент РФ 1,0, так и психосоциального — РЭ — 9,0 при равномерном увеличении остальных показателей в 2-3 раза.

Девятая шкала (дистимический тип) показывает степень утомляемости; характеризуется сниженным настроением, идеомоторной заторможенностью. В 5 раз увеличился показатель РФ, в 4 - РЭ. Самый низкий показатель - ФА (1,2). Показатели СА и ПЗ увеличились в 1,4 и 1,6 раза соответственно, т.е. физический и психоэмоциональный статус увеличивались одинаково.

Десятая шкала — аффективно-экзальтированный тип. Показывает силу и выраженность эмоционального реагирования. Лицам этого типа

свойственен большой диапазон эмоциональных состояний. Все динамические коэффициенты, отражающие психосоциальный статус, увеличились в 4 раза. Показатели физического статуса или совсем не изменились (РФ), или повысились в 2,3 раза (ФА) и в 3,7 раза (Б).

Нами получены некоторые данные, характеризующие изменение показателей КЖ пациентов психотерапевтического отделения с различными особенностями личности (по Леонгарду).

Выяснено:

- 1) Все больные демонстрировали положительную динамику величин КЖ.
- 2) Максимальное увеличение (от 3 до 6 раз) была у гипертимных, эмотивных, демонстративных, застревающих, экзальтированных больных.
- 3) Педантичные и тревожные люди на то же самое лечение отзывались минимальным ответом ($K_d - 1,5 - 1,8$), что согласуется с характеристикой их акцентуации.
- 4) Показатели физического и психоэмоционального статусов увеличивались по-разному — у больных с дистимическими, застревающими и тревожными чертами личности в результате лечения в равной степени изменялись показатели, влияющие как на физический, так и на психосоциальный статусы — динамические коэффициенты.

Вторая базисная шкала СМОЛ - депрессии. Высокие оценки имеют сенситивные лица, склонные к тревогам, робкие, застенчивые. Согласно нашим исследованиям, таких домены качества жизни, как жизнеспособность и оценка общего состояния здоровья, составили 23,85% и 30,19% соответственно, что было показано в других исследованиях по эпидемиологии тревожно-депрессивных состояний в России. В результате лечения у данных больных в 2,81 раза увеличился показатель качества жизни РЭ, сравнявшись со среднепопуляционным значением (60,7%), ПЗ вырос 1,91, превысив среднепопуляционное значение (58,6%), третий

показатель качества жизни, характеризующий психосоциальный статус - СА - увеличился в 2,2 раза, не достигнув среднепопуляционное значение (71,6%). Показатели, отражающие физический статус, тоже увеличились, но несколько меньше: К_д РФ - 2,7, ФА - 1,4, не достигнув при этом среднепопуляционных величин (59,8% и 75,9% соответственно).

Больные с преобладающей триадой личностных особенностей, включающих ипохондрию, депрессию и истерию, отреагировали на лечение увеличением в большей степени показателей КЖ, отражающие психосоциальный статус, при этом конечные данные, в отличие от показателей физического статуса, не только достигали (РЭ - 60%), но и превышали (ПЗ - 67,9%).

Основная черта людей с высокими показателями по шкале паранойяльности - склонность к формированию сверхценных идей. Это люди односторонние, агрессивные и злопамятные. Больные с паранойяльным свойством личности по оценкам показателей качества жизни отреагировали на рефлексотерапевтическое лечение почти одинаково как физически (К_д от 1,1 до 8), так и психоэмоционально - (К_д от 1,6 до 6) с большой амплитудой колебаний значений. Все конечные показатели были выше среднепопуляционных значений, особенно показатели РФ и РЭ, превысившие среднепопуляционные значения на 40%.

У группы больных с тревожно-мнительным типом характера (психастения) показатели КЖ, отражающие физический и психосоциальный статусы, отреагировали одинаково - увеличились в динамике от 1,3 (К_д РФ) до 1,5 (К_д РЭ и ФА). Достиг среднепопуляционного значения только показатель ПЗ (58%).

У больных шизоидного типа (сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях) в результате лечения все показатели КЖ, отражающие психосоциальный статус, выросли в 2 раза. Показатели КЖ,

характеризующие физический статус, изменялись неоднородно: ФА не изменился, РФ увеличился в 2 раза, а Б - в 3 раза. Все конечные результаты превысили среднепопуляционные значения (от 3% - СА до 50% - РФ). Исходные показатели ОЗ и ЖС - 50%, что соответствует среднепопуляционным значениям, а после лечения эти показатели достигли 82%.

У больных с высокими оценками по шкале гипомании значительно больше увеличились показатели КЖ, отражающие психосоциальный статус (РФ - в 5 раз, ПЗ и СА - в 2 раза). Показатели физического статуса выросли в хондрия, депрессия, истерия, гипомания в большей степени увеличивались показатели, отражающие психосоциальный статус (РЭ, СА и ПЗ - К_д от 1,7 до 5,0), чем физический (ФА, РФ, Б - К_д от 1,2 до 2,8). У больных с психопатическим и шизотипическим складом больше росли показатели физического статуса (в 2,7 раз), в отличие от показателей психосоциального статуса, выросших в 2 раза. В равной степени увеличивались показатели физического и психосоциального статуса у больных с паранойяльным (в 3,5 раза) и психастеническим (в 1,7 раз) особенностями личности.

У больных с преобладающей триадой личностных особенностей (ипохондрия, депрессия, истерия), а также с психастеническими типами личности результаты лечения достигали среднепопуляционных значений по показателям психосоциального статуса (61,5% - после лечения, 63,6% - в группе сравнения). Эти же показатели у больных с паранойяльными, шизотипическими, гипоманическими свойствами превышали среднепопуляционные значения (79-94% после лечения и 63,6% в группе сравнения). И только у больных с психопатическими особенностями они были меньше среднепопуляционных (33,6%).

Показатели ЮК, отражающие физический статус только у больных с паранойяльным, шизотипическим и гипоманическим типом личности в результате лечения превышали среднепопуляционные значения (88-92,8%

после лечения и 67,2 в группе сравнения), у остальных больных оставались ниже среднепопуляционных (49,3-51,6% после лечения).

Баллами по шкалам ипохондрия, депрессия, истерия, гипомания в большей степени увеличивались показатели, отражающие психосоциальный статус (РЭ, С А и ПЗ - К_д от 1,7 до 5,0), чем физический (ФА, РФ, Б - К_д от 1,2 до 2,8). У больных с психопатическим и шизотипическим складом личности больше росли показатели физического статуса (в 2,7 раз), в отличие от показателей психосоциального статуса (в 2 раза). В равной степени увеличивались показатели физического и психосоциального статуса у больных с паранойальным (в 3,5 раза) и психастеническим (в 1,7 раз) особенностями личности.

У больных с преобладающей триадой личностных особенностей (ипохондрия, депрессия, истерия), а также с психастеническими типами личности результаты лечения достигали среднепопуляционных значений по показателям психосоциального статуса (61,5% - после лечения, 63,6% - в группе сравнения). Эти же показатели у больных с паранойальными, шизотипическими, гипоманическими свойствами превышали среднепопуляционные значения (79-94% после лечения и 63,6% в группе сравнения). И только у больных с психопатическими особенностями они были меньше среднепопуляционных (33,6%).

Показатели КЖ, отражающие физический статус, только у больных с паранойальным, шизотипическим и гипоманическим типами личности в результате лечения превышали среднепопуляционные значения (88-92,8% после лечения и 67,2 в группе сравнения), у остальных больных оставались ниже среднепопуляционных (49,3-51,6% после лечения).

В целом, проведенное исследование по выявлению особенностей реагирования на РТ пациентов с различными приобретенными свойствами личности показало положительную динамику всех показателей КЖ в среднем в 2 раза, с достижением среднепопуляционных значений. При этом выявлялась достоверная разница ($p < 0,05$) в росте показателей

психосоциального статуса ($K_d=3,0$) по сравнению с физическим ($K_d=1,9$) по шкале гипомании.

При проведении дифференциальной оценки эффективности РТ психоневросоматических синдромов выявлено следующее.

Исследование выраженности субъективной симптоматики до и после лечения у больных психотерапевтического стационара с ХИМП-II ст. при использовании шкалы «САР» показало, что в основной группе градация «отчетливо выраженная симптоматика» уменьшилась в 1,8 раз (от 69,2% до 38,4%), а в контрольной - в 1,3 раза (от 68,4% до 51,2%).

Объективная симптоматика ХИМП-II ст. достоверно не изменилась в основной и контрольной группах.

Эффективность лечения гепатобилиарной патологии была аналогична таковой при ХИМП-II ст., т. к. при сравнении группы с ХИМ I-II ст. и с сочетанной патологией, используя шкалу «С01-1», статистически значимых различий между группами не было выявлено ($p>0,05$).

Анализ изменения показателей ЮК до и после лечения РТ у больных психотерапевтического стационара с ХИМП-II ст. с превалирующими клинико-психопатологическими чертами (ипохондрическими, депрессивными и истерическими) выявил увеличение показателей в основной группе в 1,9 раза, а в контрольной - в 1,1 раз.

Исследование динамики показателей качества жизни выявило, что значения показателей психосоциального статуса в основной группе выросли в 2,3 раза (в контрольной - в 1,6 раз), а физического статуса - в 1,8 и 1,3 раза соответственно.

Таким образом, РТ действует на все составляющие сложных психоневросоматических синдромов, но наибольшее влияние оказывает на психосоциальный статус качества жизни.

На консультацию к рефлексотерапевту больные направлялись лечащим врачом—психотерапевтом с верифицированными неврологическими и терапевтическими диагнозами, при этом учитывались

данные лабораторных и параклинических методов исследования (ЭЭГ, УЗДГ, КТ, МРТ, рентгенологического). Данные неврологического обследования сопоставлялись с показателями психиатрического и соматического состояния. Все больные обследовались по единому протоколу: клиническое неврологическое обследование; рефлексодиагностика (аурикуло-, пульсовая диагностика); клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы исследования (профиль личности больных (СМОЛ), акцентуации больных (опросник Леонгарда). Для оценки качества жизни использовался «Краткий опросник оценки статуса здоровья» (официальная русскоязычная версия 36-item MOS ShortFormHealthSurvey (MOS SF-36)). Данный опросник применялся до и после лечения на протяжении нескольких курсов РТ через полгода. Оценка качества лечения со стороны врача оценивалась с помощью унифицированных международных анкет: «Шкала интегральной оценки качества функционирования» («GAFS»), «Шкала общего клинического впечатление о тяжести нарушений» («CGI-S») и «Шкала об улучшении состояния» («CGI-I»).

Больные из обеих групп получали одинаковый базовый комплекс лечения: актовегин 10 мл/сут., пикамилон 0,6 мг/сут., глюкозомагнезиальную терапию, рациональную психотерапию.

Пациентам из основной группы проводилась корпоральная РТ с использованием точек головы и дистальных точек, аурикулярная РТ (точки соответствия головному мозгу, эндокринным и внутренним органам), краниорефлексотерапия, аппликационная РТ, прижигание полынной сигарой паравертебральных точек.

Анализ общей характеристики больных психотерапевтического отделения выявил, что средний возраст был $44,3 \pm 3,1$ лет. $71,8 \pm 1,3\%$ составляли больные до 50 лет, а $96,0\%$ больных не достигли пенсионного возраста. Соотношение мужчин и женщин в каждой возрастной группе было одинаково — три к одному.

Городских жителей было 73,3%, сельских — 26,7%. Из всех наблюдаемых пациентов — 27,9% инвалиды 2-ой группы, 11,9% - инвалиды 3-ей группы. Без инвалидности было 60,2% пациента. Выявлено, что в группе городских пациентов больше всего (76,4%) больных без постоянной утраты трудоспособности, а среди сельских жителей - с третьей (35,7%) и второй (29,6%) группами инвалидности.

Необходимость изучения личностных характеристик при курации той или иной группы пациентов доказана в литературе, ведь в структуру личности входят все психологические и морфофизиологические особенности человека - вплоть до особенностей обмена веществ. Существует взаимосвязь развития той или иной патологии с определенными индивидуальными особенностями личности пациента. Эмоциональное состояние не является только психическим феноменом, но сопровождается электрофизиологическими, биохимическими, вегетативно-сосудистыми и даже моторными эффектами. При наличии патологических изменений в органах-мишенях такие вегетативные и гормональные сдвиги приводят к обострению соматического заболевания. В настоящее время, особенно в связи с формированием нового направления в общей медицинской практике - института семейной медицины - продолжается интеграция научных и практических достижений междисциплинарного характера. Преодоление дихотомии в психосоматике осуществляется путем признания психосоматического подхода в качестве основополагающего в медицине, учитывая, что 95% всех имеющихся заболеваний относится к разряду психосоматических расстройств. Понятие психосоматических расстройств объединяет западную и восточную медицину: при любом соматическом заболевании существуют нарушения на эмоциональном уровне. Хорошо известна связь определенной соматической патологии с соответствующими аффективными реакциями (раздражительность при болезнях печени и др.). При коррекции

эмоциональных нарушений одновременно происходят физические изменения в организме.

При изучении психологических особенностей пациентов выявлено преобладание ипохондрических, истерических и депрессивных черт. У мужчин чаще выявлялись ипохондрические (70,0%) и депрессивные (60,9%) особенности личности. Истерические черты встречались одинаково часто как у мужчин, так и у женщин почти в половине случаев (46,4% и 46,1%). Ипохондрические особенности личности были выявлены независимо от социального статуса у 30,5—34,0% больных, депрессивные черты чаще выявлялись у пациентов без инвалидности (32,0%), а истерические - у инвалидов 2 и 3 групп (28,7% и 25,4%).

Учитывая возможность комплексного воздействия на организм при рефлексотерапии, важна оценка состояния всех систем организма больного. Кроме того, для подбора методик и выбора последовательности лечебного воздействия важна правильная интерпретация выраженности каждого симптома заболевания. Это определяет необходимость изучения особенностей клинического течения сочетанной патологии. Из общей выборки больные с преимущественно неврологическими проявлениями психосоматических расстройств составляли 76,5%, а с преимущественно терапевтическими проявлениями - 84,9%. У 61,4% больных были сочетанные неврологические и терапевтические заболевания.

Поскольку в структуре неврологической патологии было выявлено преобладание хронической ишемии мозга I-II степени (47,8%), а среди всех терапевтических заболеваний чаще всего встречалась гепатобилиарная патология (41,4%), то нами были проанализированы особенности клинического течения данной сочетанной патологии (хроническая ишемия мозга I-II ст. и заболевания гепатобилиарной системы). Для этого среди всех пациентов, страдающих одновременно неврологическими и терапевтическими заболеваниями, была выделена группа больных с ХИМИ-II ст. в сочетании с гепатобилиарной патологией.

Кроме того, из всех пациентов, имевших только неврологические заболевания, была выделена группа с ХИМП-II ст..

При сравнении встречаемости жалоб и объективных неврологических синдромов при неврологической и сочетанной с гепатобилиарной патологией выявлено, что субъективная симптоматика выявлялась у всех больных, объективная - на 10% больше при сочетанной патологии: пирамидные расстройства - 24,3% при ХИМ и 35,3% при сочетанной патологии, атактические - 19,5% и 26,3%, псевдобульбарные - 49,7% и 57,1%, экстрапиримидные - 50,3% и 60,2% соответственно, т.е. наблюдалось достоверное утяжеление объективных неврологических симптомов в группе с сочетанной патологией.

Для оценки качества лечения со стороны врача использовались 3 унифицированные международные анкеты: «Шкала интегральной оценки качества функционирования» («GAFS»), «Общее клиническое впечатление о тяжести нарушений» («CGI-S») и «Общее клиническое впечатление об улучшении состояния» («CGI-I»). По первым двум шкалам анкетирование проводилось до лечения и после него в группе пациентов с ХИМП-II ст., которым в комплексном лечении применялась РТ (основная группа). Аналогичное исследование проводилось в контрольной группе, состоявшей из больных психотерапевтического отделения с ХИМП-II ст., лечившихся без РТ. Кроме того, после лечения исследовалась динамика клинического состояния по третьей шкале («СС1-1») в основной и контрольной группах.

При оценке выраженности жалоб до и после лечения у больных психотерапевтического стационара с ХИМП-II ст. при использовании шкалы «GAFS» выявлено, что в основной группе отчетливо выраженная симптоматика встречалась достоверно в 2 раза чаще до лечения, чем после (69,2% и 38,4%), а умеренно выраженная симптоматика - в 2 раза чаще после лечения (54,6% и 27,1%) ($p < 0,05$). В контрольной группе исходные цифры (графы «отчетливо и умеренно выраженная симптоматика») до

лечения были одинаковы по сравнению с основной группой (68,4% и 27,9%), а после него отчетливо выраженная симптоматика достоверно снизилась до 51,2% за счет перевода ее в градацию «умеренная» до 43,2%, ($p < 0,05$), что говорит о достоверном уменьшении выраженности жалоб после лечения в основной группе ($p < 0,05$).

Анализ выраженности объективных неврологических синдромов при ХИМИ-II ст. до и после лечения в основной группе по шкале «GAFS» показал достоверное отсутствие изменение показателей ($p > 0,05$), что говорит о небольшом влиянии РТ на объективную неврологическую симптоматику у больных психоневрологического отделения с ХИМИ-II ст.

Анализ изменения по сравнению с исходным состоянием у пациентов с ХИМИ-II ст. по шкале «CGI-I» показал, что статистически значимые различия ($p < 0,05$) были достигнуты по шкалам «значительное улучшение» у больных при комбинированном лечении (рефлексотерапия в сочетании с психо- и фармакотерапией) в 82,6% случаев (в контрольной группе - 66,3%), «минимальное улучшение» — в 26,6% (в контрольной группе - 8,9%). Приведенные показатели могут быть оценены как свидетельство эффективности рефлексотерапии.

При сравнении эффективности лечения в группе с ХИМИ-II ст. и с сочетанной патологией, используя шкалу «CGI-I», статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p > 0,05$).

Таким образом, у больных психотерапевтического отделения все группы пациентов (с неврологической и сочетанной симптоматикой) успешнее лечатся с применением РТ, чем без нее.

По данным литературы, врач и пациент по-разному оценивают эффективность проведенного лечения. В связи с этим в настоящее время доказана необходимость применения оценки качества жизни больных (со стороны пациента), дополняющего результаты врачебных клинических и экономических исследований. С этой целью для объективной оценки эффективности лечения в наших исследованиях мы применяли «Краткий

медицинский опросник» - MedicalOutcomesStudyShortForm 36 (SF-36), предложенный бостонским институтом здоровья, который отражает восприятие эффекта от лечения самим больным.

Нами изучена динамика параметров качества жизни больных психотерапевтического стационара до и после комплексного лечения (рефлексотерапия в сочетании с психо- и фармакотерапией). Анализируя влияние психосоциального и физического статусов на КЖ, мы выявили определенные закономерности:

Исходные показатели КЖ, отражающие психосоциальный статус были одинаковы в обеих группах пациентов, а после лечения они были оценены как более высокие у пациентов основной группы, что подтверждалось методами статистического анализа.

Фоновые значения показателей КЖ, отражающие физический статус, были также одинаковыми в обеих группах пациентов до лечения. После лечения в основной группе наблюдался статистически значимый более высокий рост их значений, чем в контрольной группе. Рост показателей КЖ, отражающих психосоциальный статус, был более интенсивным по сравнению с динамикой показателей КЖ, отражающих физический статус при одинаковых исходных данных до лечения как в основной, так и в контрольной группах.

При оценке результатов статистической обработки полученных данных удалось выяснить, что динамика всех показателей КЖ в основной группе была выше, чем в контрольной ($p < 0,05$).

Анализ изменения показателей КЖ до и после лечения РТ у больных психотерапевтического стационара с ХИМП-Пст. в зависимости от особенностей личности (по Леонгарду) выявил положительную динамику величин качества жизни у всех больных. Максимальное их увеличение (от 3 до 6 раз) была у врожденно гипертимных, эмотивных, демонстративных, застревающих, экзальтированных больных, а минимальное (K_d — 1,5-1,8) - у врожденно педантичных и тревожных личностей, что согласуется с

характеристикой их акцентуации. Показатели физического и психоэмоционального статусов увеличивались по-разному — у больных с дистимическими, застревающими и тревожными свойствами личности в результате лечения в равной степени изменялись показатели, влияющие как на физический, так и на психосоциальный статусы - динамические коэффициенты 2,3-2,6; 4,7-4,9, 1,8-1,8 соответственно. Гипертимные личности физически выздоравливают быстрее (K_d - 5,7).

При анализе динамики показателей качества жизни в зависимости от особенностей личности (СМОЛ) нами выявлено, что у всех больных психотерапевтического отделения, применявших в комплексном лечении рефлексотерапию, показатели КЖ регистрировали положительную динамику. У пациентов с высокими баллами по шкалам ипохондрия, депрессия, истерия, гипомания в большей степени увеличивались показатели, отражающие психосоциальный статус (РЭ, СА и ПЗ — K_d от 1,7 до 5,0), чем физический (ФА, РФ, Б - K_d от 1,2 до 2,8). У больных с психопатическим и шизотипическим складом личности больше росли показатели физического статуса (в 2,7 раз), в отличие от показателей психосоциального статуса (в 2 раза). В равной степени увеличивались показатели физического и психосоциального статуса у больных с паранойяльным (в 3,5 раза) и психастеническим (в 1,7 раз) особенностями личности.

При проведении дифференциальной оценки эффективности рефлексотерапии психоневросоматических синдромов выявлено, что она действует на все составляющие сложных психоневросоматических синдромов, но наибольшее влияние оказывает на психосоциальный статус качества жизни.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов психотерапевтического стационара в 76,5% случаев встречаются коморбидные неврологические заболевания, в структуре которых доминирует ХИМИ-II (47,8% от всей выявленной неврологической патологии); в 84,9% случаев выявлена сопутствующая терапевтическая патология, в 41,4% случаев представленная гепатобилиарными расстройствами.
2. У больных сХИМИ-IIст. сочетанной с гепатобилиарной патологией по сравнению с группой больных, у которых нет гепатобилиарных расстройств, отмечено увеличение частоты субъективных проявлений болезни в виде жалоб в 2 раза и увеличение частоты объективных неврологических симптомов на 10% с тенденцией к преобладанию экстрапирамидных и псевдобульбарных знаков.
3. При исследовании результатов рефлексотерапии в комплексном лечении больных психотерапевтического стационара выявлено уменьшение выраженности неврологической и терапевтической симптоматики (в сравнении с контрольной группой), что доказано посредством применения унифицированных международных анкет. Получена дифференцированная оценка эффективности рефлексотерапии, которая действует на все составляющие сложных психоневросоматических синдромов с наибольшим влиянием на психосоциальный статус качества жизни.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Целесообразно использовать данные изменения показателей качества жизни и знание особенностей личности больных для дифференцированного подхода к рефлексотерапии.
2. Рекомендуется использование унифицированных международных анкет «Шкала Интегральной оценки качества функционирования» («GAFS»), «Общее клиническое впечатление о тяжести нарушений» («CGI-S») и «Общее клиническое впечатление об улучшении состояния» («CGI-I») и показателей качества жизни для объективизации эффективности рефлексотерапии.
3. Рекомендуется включение рефлексотерапии в комплекс лечебных факторов у пациентов психотерапевтического стационара для оптимизации терапии и повышения показателей качества жизни. Результаты и методика рефлексотерапии зависят от особенностей личности пациентов, которые могут быть уточнены с помощью клинико-психологического исследования и использованы для построения индивидуально-ориентированной схемы лечения.

УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрумова А.Г., Полякова И.В. Вазовегетативные расстройства при психологическом стрессе // Сов.мед. - 2010. - № 2. - С. 84-87.
2. Авакян Г.Н. Современная концепция доказательной рефлексотерапии / Материалы международного конгресса «Рефлексотерапия и мануальная терапия в 21 веке» 19-21 мая 2006 г. — С. 5-6.
3. Александровский Ю.А., Яхно Н.Н. Психиатрические, психологические и неврологические характеристики больных с хроническими болями в спине // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 2003. - №4. - С. 15-17.
4. Ананин В.Ф. Рефлексология. - М.: Изд-во УДН, 2012. - С. 168.
5. Арабидзе Г.Г., Белоусов Ю.В., Карпов Ю.А. Артериальная гипертония: Справочное руководство для врачей. М.: Изд-во «Ремедиум», 2006. 205 с.
6. Афанасьев С.А., Писклова А.В., Филиппов Г.П. Опыт немедикаментозной коррекции вегетативных расстройств у подростков // Клиническая медицина. - 2004. - № 7. - С. 69-71.
7. Абрамович С.Г. Показатели качества жизни и индекс массы тела у больных гипертонической болезнью пожилого возраста // Клиническая медицина. 2004. – №6. – С. 27-29.
8. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Пер. с нем. М.: ГЭОТАР Медицина; 2012. - 587 с.
9. Бурсиков А.В., Ушакова С.Е., Мишина И.Е., Бирцева Л.Н., Петрова О.В. Качество жизни больных с начальной стадией гипертонической болезни // Клиническая медицина. - № 7. - 2004. - С. 20-22.
10. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика. / Под ред. А.М. Вейна. - М.: Медицинское информационное агентство, 2012. 752 с.

11. ВейнА.М. Идеи невризма в гастроэнтерологии // Рос.журн. гастроэнтерологии и гепатологии. - 2000. - № 3. - С. 76-79.
12. ВейнА.М., ДюковаГ.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки.-С.-Пб,- 2000.
13. Волков В.С, МазурЕ.С, Калязина В.В. О механизмах формирования психосоматических соотношений при гипертонической болезни // Кардиология.- 1998.-№3.-С. 71-72.
14. ГарганееваИ.П., ТетеневФ.Ф., Семке В.Я., Леонов В.П. Артериальная гипертония как психосоматическая проблема // Клиническая медицина. -2004. -№ 1.-С. 35-41.
15. ГарганееваН.П. Паническое расстройство в клинической картине ишемической болезни сердца // Ж. Клиническая медицина. - 2002. — № 8. - С. 28-33.
16. ГарганееваН.П., ТешеневФ.Ф. Психосоматическая ориентация в общей врачебной практике // Ж. Клиническая медицина. - 2001. № 8. С. 60-63.
17. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии / Пер. с англ. - Київ: Сфера, 1997. - Т. 2. - 435 с.
18. ГиндикинВ.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник. - К, 2012. - 104 с.
19. ГиппенрейтерЮ.Б. Введение в общую психологию. Курс лекций. - М.: ЧеРо, 1998.-336 с.
20. ГойденкоВ.С., Комарова И.Б. Эффективность рефлексотерапии в комплексном лечении психовегетативных расстройств у детей // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 2003. - № 8. - С. 23.
21. Григорьева В.Н., Густов А.В., Котова О.В., ЖирноваЕ.В., Лаптев А.В. Роль эмоционального напряжения в развитии начальных форм хронической цереброваскулярной недостаточности // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 2000. - № 5 - С. 14.

22. Губачев Ю.М., Дорничев В.М., Ковалев О.А. Психогенные расстройства кровообращения. С.-Пб. - 2011.
23. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенез, клиника, лечение: методические рекомендации. - М. - 2005. - 115 с.
24. Добровольский А.В. Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 2000. - № 1. - С. 23.
25. Зайцев В.П., Айвазян Т.А. Диагностические возможности психологического теста СМОЛ при гипертонической болезни // Кардиология. - 2000. - №4.-С. 83-86.
26. Ибатов А.Д., Сыркин А.Л., Вейн А.М. Особенности вегетативной регуляции и эмоционального статуса у больных ишемической болезнью сердца с различной выраженностью болевого синдрома // Клиническая медицина. - 2003. - № 12. - С. 36-40.
27. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. СПб.: Питер; 2000. - 435 с.
28. Киселев Е.Н., Карелин М.И., Арзуманов А.А. Оценка качества жизни в онкоурологии // Ж. Качественная медицинская практика. — 2003. - № 2. -С. 28-32.
29. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств под ред. проф. Н.Я. Гуровича. Прилож. к Журн. «Социальная и клиническая психиатрия». Москва, 1999. - 25 с.
30. Козлов А.В. Дифференциальная диагностика психосоматических расстройств у больных остеохондрозом позвоночника / Сб. науч. трудов Актуальные вопросы соматопсихиатрии и соматоневрологии под ред. М.А. Лапицкого и Я.Б. Юдельсона Смоленск, 1993. С. 23-24.
31. Козлова С.Н., Семернин Е.Н. Влияние иАПФ на качество жизни и клинические показатели больных хронической сердечной недостаточностью // Ж. Качественная медицинская практика. - 2002. - № 2. - С. 3439.

32. Крылов А.А., Крылова Г.С. Аритмии и нарушения проводимости сердца с позиций психосоматики и психотерапии // Ж. Клиническая медицина. - 2001. - № 12. - С. 47-50.
33. Крылов А.А., Крылова Г.С. Психосоматические особенности у больных гипертонической болезнью // Ж. Клиническая медицина. - 2001. - № 6. - С. 56-57.
34. Крылова А. Физиология высшей перинной деятельности. М. 1997. - 174 с.
35. Кульберг А.Я. Экологический кризис: стратегия выживания. М., Русская Энциклопедия, 2001. — 152 с.
36. Лекции по Су Джок акупунктуре проф. Пак ЧжэВу. Су Джок академия. Москва. 2001. том 1, - С. 127-128.
37. Либис Р.А., Кои Я.И., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. Качество жизни как критерий успешной терапии больных хронической сердечной недостаточностью // Русский медицинский журнал. 2012. Т. 7. № 2. С. 23-25.
38. Лупичев Н.Л. Гомеопатия и энергоинформатика. М. РОЙ, - 2000. С. 144.
39. Мальцева А.С. Оценка эффективности применения Су Джок терапии в лечении хронической ишемической болезни сердца / Материалы международного конгресса «Рефлексотерапия и мануальная терапия в 21 веке» 19-21 мая 2006 г. - С. 236-237.
40. Марилов В.В. Клинические варианты психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 1992. - № 3. - С. 102-106.
41. Мейзеров Е.Е., Шаткина Г.В., Зольников С.М., Осипова Н.Н. О новом перечне показаний и противопоказаний к применению рефлексотерапии в медицинской практике и повышении качества статистической документации рефлексотерапевта // Ж. Традиционная медицина. - 2006. № 1. - С. 36-47.

42. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях // Ж. Качественная медицинская практика. - 2002. - № 1. — С. 53-57.
43. Наприенко М.В., Окнин В.Ю., Кременчугская М.Р., Филатова Е.Г. Применение акупунктуры в терапии хронической ежедневной головной боли // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 2003. № 10. - С. 40.
44. Нибойе Ж. Иглоукалывание для лечения боли. Практическое руководство. М.: Центр психологической культуры, - 2002. - 139 с.
45. Никонов С.Ф., Олофинская И.Е., Багиян Л.С. Исследование качества жизни у пожилых больных после операции на сердце // Ж. Качественная медицинская практика. - 2003. - № 1. - С. 56-59.
46. Новик А.А., Одинак М.М., Попова Т.И., Бисага Г.Н. Концепция исследования качества жизни в неврологии // Неврологический журнал. - 2002. - № 6. - С. 49-52.
47. Обухова Г.А., Бруенка А.В. Патофизиология и рефлексотерапия. - М.: Гэотар Медицина; 1999. — 213 с.
48. Овечкин А.М. Основы чжень-цзю терапии. Саранский филиал СП «Норд», издательство «Голос», 1991. - 417 с.
49. Одинак М.М., Емельянов А.Ю., Коваленко П.А., Емелина А.Ю. Структура боевой травмы мозга и организация оказания неврологической помощи на этапах медицинской эвакуации в вооруженных конфликтах // Военно-медицинский журн. — 1997. - № 1. - С. 56-61.
50. Одинак М.М., Михайленко А.А., Шустов Е.Б. и др. Вегетативные пароксизмы: патогенез, диагностика, лечение // Военно-медицинский журн. - 2006. - № 11. - С. 37-45.
51. Пак Чжэ Ву. Су Джок акупунктура, том 1. — М., «Су Джок Академия», 2003.

52. Пак ЧжэВу Лекции по Су Джок акупунктуре. Су Джок академия. М. 1991. Т. 1,-С. 127-128.
53. Пак ЧжэВу Лекции по Су Джок акупунктуре. Су Джок академия. Москва.2001. Т. 2, С. 54.
54. Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. - Волгоград: Государственное учреждение «Издатель», 2001. - 96 с.
55. Петрова Н.Н., Савина Н.Н., Васильева И.А. Психологическая характеристика и качество жизни больных с хроническими заболеваниями почек // Терапевтический архив. 2003. - № 6. С. 31-37.
56. ПетрюкП.Т., Якущенко И.А. Психосоматические расстройства, вопросы дефиниции и классификации // Вестник Ассоциации психиатров Украины. - 2003. - № 3-4. - С. 133-140.
57. Плотникова Е. Ю. Болезни билиарного тракта (особенности патогенеза, клинические и психовегетативные аспекты) Автореферат... д.м.н., Томск: 2008. - 24 с.
58. РадзиевскийС.А. Кардиопротекторный эффект рефлексотерапии при стрессорных и ишемических повреждениях сердца. Дис... д.м.н., М.: 2001.-141 с.
59. Рымша С.В., ЧерначукС.В. Терапия психических нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии смешанного генеза у пострадавших вследствие аварии на Чернобыльской АЭС (практические заметки) // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 2000. № 7. С. 50.
60. Савельева И.Е., НовосельскийА.Н., ИоноваВ.Г. Рефлексотерапия в реабилитации больных с ишемическими инсультами / Материалы международного конгресса «Рефлексотерапия и мануальная терапия в 21 веке» 19-21 мая 2006 г.-С. 317-318.
61. СамосюкИ.З., ЛысенюкВ.П. Акупунктура. Энциклопедия / М.: АСТ-Пресс. 2007. 541 с.

62. Семернин Е.Н., Шляхто Е.В., Козлова С.Н., Мирошенков П.В. Качество жизни, связанное со здоровьем: теория, методы и практика // Ж. Качественная медицинская практика. - 2001. - № 2. - С. 48-52.
63. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Чучалин А.Г. Оценка влияния образовательных программ в пульмонологии на качество жизни больных бронхиальной астмой (первый опыт применения в России опросника SF-36 в пульмонологии) // Ж. Пульмонология. - 2007. - № 3. - С. 18-22.
64. Середа В.А. Психорефлексотерапия в лечении психосоматических расстройств / Материалы международного конгресса «Рефлексотерапия и мануальная терапия в 21 веке» 19-21 мая 2006 г. — С. 331
65. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Алгоритм оценки качества жизни больных с психосоматическими заболеваниями // Терапевтический архив. - 2004. - № 10. - С. 36-43.
66. Сильвестров В.П., Ребров А.П., Кароли Н.А. Психологические особенности личности и функциональное состояние вегетативной нервной системы у больных бронхиальной астмой // Российский медицинский журн. - 2001.-т. 1.-С. 47-50.
67. Скоромец А.А., Радченко В.Г., Федорец В.Н. Значение поведенческих особенностей в лечении пациентов с ишемической болезнью сердца // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 2003. - № 6. С. 47.
68. Смулевич А.Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца (к проблеме нозогений). В кн.: Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. Под ред. А.Б.Смулевича и А.Л.Сыркина. М. 2004.-С. 12-19.
69. Смулевич А.Б. Ипохондрия и соматоформные расстройства. М. 2002. - С. 40-59.

70. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Долеукий А.А., Батулин К.А., Сучкова С.А., Бурлаков А.В., Бойко В.М. Психосоматические реакции, коморбидные ишемической болезни сердца: психогенно спровоцированные инфаркты и ишемии миокарда // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 2004. - № 3 - С. 12-17.
71. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Рапопорт С.И., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Органные невроты как психосоматическая проблема. // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 2000. Т. 100. № 12. С. 4-12.
72. Смулевич А.Б.. Депрессии при соматических и психических заболеваниях // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. — 2004. — № 5.-С. 85.
73. Соломин И.Л. Личностный опросник ММРІ: Методическое руководство. - СПб: ГП «ИМАТОН», 2002. - 80 с.
74. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журн. - 2002. - № 13. - С. 14-29.
75. Хлопов Н.А., Шарафисламов Ф.С., Рибакowa Л.С. Анатомотопографические основы акупунктуры. М.: Наука; 1988. Пат. № 2763797 от 10.03.2001.
76. Шерман М.А., Шутов А.А. Динамика психовегетативных расстройств у лиц с последствиями легкой боевой черепно-мозговой травмы // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 2003. - № 1. - С. 17.
77. Шинаев Н.Н., Козлов А.В., Гойденко В.С. Особенности течения и терапии головной боли у больных с психосоматическими расстройствами / Материалы международного конгресса «Рефлексотерапия и мануальная терапия в 21 веке» 19-21 мая 2006 г. - С. 403-405.

78. Шкарин В.В. Шкарина И.Н. Малыгин В.Л. Психологические аспекты системного подхода к внутринозологической диагностике при артериальной гипертензии // Терапевтический архив. 2000. № 11. С. 43-46.
79. Шутов А.А., Шерман М.А. Психовегетативный синдром в резидуальном периоде современной легкой боевой черепно-мозговой травмы // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 1992. - № 5 -С. 13- 15.
80. Anderson K.O., Dowds B.N., Pelletz R.E. et al. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. Pain 2010; 63(1): 77-84.
81. Cafagna D., Pome., Burri R. The concept of quality of life in cardiac failure // Minerva Medica. 2007. - V. 88. - P. 151-162.
82. Chhabra S.K. Measuring health-related quality of life in asthma // Indian J. Chest Dis. Allied. Sci. - 2003. - Vol. 45. - № 1. - P. 9-11.
83. Cowie M.R., Wood D.A., Coats A.J.S. Incidence and aetiology of heart failure. A population-based study // Eur Heart J. - 2012. - V. 20. - P. 421-428.
84. Doha N., Tomiyama H., Nakayama T. Drugs, heart failure and quality of life: what are we achieving? What should we be trying to achieve? // Drugs & Aging. - 2011. - V. 14. - P. 153-163.
85. Donner C.F. et al. Methods of Assessment of quality of life // Eur. Respir. Rev. - 2003. - Vol. 7. - № 42. - P. 43-45
86. Fallowfield L. Quality of life data // Lancet. - 2001. - Vol. 348. - P. 412-502.
87. Fischer J.S., La Rocca N.G., Miller D.M. et al. Recent developments in assessment of quality of life in multiple sclerosis // Mult. Scler. - 2012. - Vol. 5. № 4. - P. 251-259.
88. Gabbay F.H., Krantz D.S., Kop W.J. et al. J Am Coll Cardiol 2001; 27:3: 585-592.

89. Ghali J.K. Contemporary issues in heart failure // *Am Heart J.* - 2007. - V. 138.-P. 5-8.
90. Grimm R.H. Jr., Grands G.A., Cutler J.A., Stewart A. L. et al. Relationships of quality of life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the Treatment of Mild Hypertension Study // *Archives of internal Medicine*-2007 - Mar. 24. - Vol-157. - № 6. - P. 638-48.
91. Guizhen L., Yunjun Z., Linxiang C, Aizhen L. Comparative study on acupuncture combined with behavioral desensitization for treatment of anxiety neuroses. *Am J Acupuncture* 2008; 26: 2-3: 117-120.
92. Guyatt Ft., Feeny D., Patrick D. Issues in quality of life measurement in clinical trials. *Control clinical trials.* 2011, 12; 81-90.
93. Isabelle Core, Jean-Pieree Gregorie and Jocelyne Moisan, Health-Related Quality-of-Life measurement in Hypertension. A Review of randomized controlled drug trials / *Pharmacoeconomics* 2010 Now, 18 (5) 435-450.
94. Kandel E. Biology and the Future of Psychanalysis: A new framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiat* 2009; 156: 4.
95. Keller R. Somatization. Theories and Research // *J. Nerv. Ment. Dis.* - 2010. -Vol. 3.-P. 150-178.
96. Kusek J.W., Lee J.T., Smith D.E. et al. Effect of blood pressure control and antihypertensive drug regimen on quality of life: the African American Study of Kidney Disease and Hypertension (AASK) Pilot Study Control. *Clin. Trials.* 2006; 17 (suppl. 4): P. 406-468.
97. Large R.G. Psychological aspects of pain. *Ann. Rheum. Dis.* 2006; 55(6): 340-345.
98. Levis C.E., Grandits A., Flack J., Mc. Donald R., Elmer P.J. Efficacy and tolerance of antihypertensive treatment in men and women with stage 1 diastolic hypertension. Results of the Treatment of Mild Hypertension Study // *Archives of Internal Medicine.* – 2010. - Vol. 156. - № 4. - P. 377-85.

99. Lian Nan, Yan Qingming. Insomnia treated by auricular pressing therapy. *J Traditional Chinese Med* 2010. 10: 3: 174-175.
100. Main C.J., Watson P.J. What harm-pain behaviour? Psychological and physical factors in the development of chronicity. *Bull.* 2006; 55 (4): 210-212.
101. Mayer D.J. Acupuncture: an evidence-based review of the clinical literature. *Ann Rev Med* 2007. 51: 49-63.
102. Melchart D., Linde K, Fischer P. et al. Acupuncture for recurrent headaches: a systematic review of randomized controlled trials. *Cephalalgia* 2009; 19: 779-786.
103. Montakab H. Acupuncture and insomnia. *Forschende Komplementarmedizin* 2011;6:29-31.
104. Morrin I., Black S., Reid R. Impact of duration in cardiac rehabilitation program on coronary risk profile and health-related quality of life outcomes. *J. Cardiopulm. Rehabil.* 2010; 20 (2): P. 115-121.
105. Osoba D. Measuring the effect of cancer on quality of life // In: Osoba D (ed) *Effect of cancer on quality of life*. Boca Raton: CRC Press. - 2011.
106. Plaisted C.L., Lin P.M. et al. The effect of dietary patterns on quality of life: A substudy of Dietary Approaches to Stop Hypertension trial // *J-AM-DIET- ASSOC* 2009. - Vol. 99. - № 8. - P. 84-89.
107. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment / Fitzpatrick R., Fletcher A., Gore S. et al. // *Brit. Med. J.* - 2002. - Vol. 305.-P.173-181.
108. Rector T.S., Johnson G, Dunkman W.B. Evaluation by patients with heart failure of the effects of enalapril compared with hydralazine plus isosorbidedinitrate on quality of life *Circulation.* 2003; 87 (6, suppl. VI): P. 171-178.
109. Rich M.W. Epidemiology, pathophysiology and etiology of congestive heart failure in older adults // *J Am Geriatrics Society.* - 2007. - V. 45. - P. 968.

110. Richard A., Henry P., Chazot G. et al. Qualité de vie et migraine. *Thérapie*. 2003; 48: P. 89-96.
111. Roschke J., Kogel P., Wagner P., Been S. Adjuvant whole body acupuncture in depression. A placebo-controlled study with standardized mianserin therapy. *Nervenarzt* 2008; 11: 69: 3: 961-967.
112. Schepank, Verlaufe. *Seehsche Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute*. Berlin: Springer; 2000.
113. Shively M. et al. Health - related quality of life as an outcome for patients with heart failure // *Cardiovasc. Nurs.* - 2006. - V. 10. - P. 89-96.
114. Solomon G.D. Evolution of the measurement of quality of life in migraine *Neurology*. 2007; 48 (3, suppl. 3): P. 310-315.
115. Talcott A.J., Limn M.S. Quality of life in prostate cancer // *Prostate cancer: principles and practice* / Eds. P.W.Kantoff, PR. Carroll, A.V.D'Amico. - Philadelphia.: Lippincott W&W, 2002.
116. The economics of hypertension control: some basic issues» *J. of Human Hypertens* 2002; 6: 417-420.
117. The WHOQOL Group. What is quality of life. *WldHlth Forum* 2006; 17: P. 354-356.
118. Wiklund L., Halting K., Ryden-Bergsten T., Fletcher A. Does lowering the blood pressure improves the mood? Quality of life results from the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study // *Blood Pressure*. - 2007 Nov. - Vol. 6. - № 6. - P. 357-364.
119. Wilson A., Wiklund I., Lanti T., Wahl M. A summary index for the assessment of quality of life in angina pectoris. *J. Clin. Epidemiol.* 2001; 44(9): P. 981-988.