



(ТГКСТ), предполагающей устранение воспалительного процесса. Больные ИБС принимали привычные дозы коронаролитиков и противоритмических средств.

МТ проводили один раз в неделю, курс лечения состоял из 3 процедур, включающих: постизометрическое расслабление мышц, мобилизацию интравертбральных и вертебро-костальных сочленений, вертикальное и горизонтальное вытяжение, направленный толчок.

ТГКСТ осуществляли после сеанса МТ 1 раз в неделю, в зависимости от клинического эффекта, от 1 до 3 раз. В одноразовый шприц набирали 2% раствора лидокаина 2,0 мл и суспензии кеналага-40 1,0 мл или дипропана 1,0 мл. Инъекция проводили внутримышечно в проекции акупунктурной точки на глубину от 1,5 до 4 см с учетом подкожно-жирового слоя.

При ПБС по 1,5 мл вышеуказанного раствора вводили в точки акупунктуры (ТА) V-43 (Гао-хуан) с двух сторон.

При ПКС инъекции осуществляли слева в ТА IG-11 (Тянь-цзун) или V-15 (Синь-шу) соответственно преобладающему клиническому симптому.

При ПАС лекарство вводили в ТА V17 (Гэ-шу), V18 (Гань-шу), V19 (Дань-шу) на стороне наибольшей болезненности.

В результате проведенного лечения значительное улучшение наступило у 65,3% больных после одной процедуры МТ и

ТГКСТ. Это выразилось у 52,5% больных с ПБС в исчезновении приступов удушья и чувства нехватки воздуха, улучшении показателей функции внешнего дыхания, у 60,4% больных с ПКС – в устранении болевого синдрома и нарушений сердечного ритма, улучшении ЭКГ-данных, у 82% больных с ПАС – в исчезновении болевого синдрома и функциональных расстройств. Улучшение после проведенных 2 процедур МТ и ТГКСТ наступило у 25,7% больных и после 3 сеансов у остальных 9% больных. Ухудшения состояния, осложнений, угрожающих жизни больного, не наблюдалось.

Побочные явления от введения кортикостероидов в виде покраснения лица в течение первых суток, кратковременной артериальной гипертензии, нарушение менструального цикла наблюдались у 13,6% больных. Так как эти явления были кратковременными, на общий результат лечения они влияния не оказали.

Отдаленные результаты прослежены у 320 больных. Повторные сеансы терапии через 3 мес потребовались 2,5% больных, через 6 мес 3,8% и через год 7,2% больных. У остальных пациентов отмечена устойчивая ремиссия в течение 2–3 лет наблюдения.

Таким образом, сочетанное применение МТ и ТГКСТ при спондилогенных висцеропатиях достаточно эффективно, что обусловлено отсутствием грубых органических изменений со стороны внутренних органов.

© Ю.И.БУЛАНЬКОВ, 2009
УДК [616.98:578.828.6]-057.36-036.8

Ю.И.Буланьков – Психологическое тестирование – направление оптимизации военно-врачебной экспертизы ВИЧ-инфицированных военнослужащих.

Изучение эффектов влияния ВИЧ-инфекции на личность больного необходимо при определении основных направлений работы с ВИЧ-инфицированными в период первичной адаптации к диагнозу и в процессе диспансерного наблюдения. Проведение подобного исследования на базе специализированного военно-медицинского учреждения осложнено тем, что до момента прибытия в него инфицированного часто проходит большой период времени (10–30 дней и более). В результате этого реакция больного уже не является первичной.

С целью выявления особенностей первичной психической реакции на сообщение о ВИЧ-позитивном статусе обследованы 110 ВИЧ-инфицированных жителей Новгородской области (68,7% – мужчины, 37,3% – женщины), отобранных случайным

методом. В анамнезе употребление наркотических веществ отмечено у 88% мужчин и 35,3% женщин, большинство (97%) использовали инъекционный способ введения наркотика.

При помощи психометрических шкал изучали уровни: депрессии по Цунгу, личностной тревожности (ЛТ) по Ч.Д.Спилбергеру – Ю.Л.Ханину, тревоги по Беку, тревоги по HADS, депрессии по HADS, агрессии по Баса – Дарки. Для выявления типа отношения к болезни и других связанных с ней личностных отношений применялся личностный опросник Бехтеревского института – ЛОБИ (ТОБОЛ).

Психологический тест Баса – Дарки выявил вербальную агрессию как среди мужчин, так и среди женщин, а также склонность к физической агрессии у мужчин. Чувства вины и аутоагрессии более выражены у



женщин. Наименее всего выражен негативизм, что весьма симптоматично для подобной группы больных. Интегральный показатель поведенческих реакций у ВИЧ-инфицированных указывает на превалирование индекса агрессивности и враждебности у мужчин и преобладание индекса агрессивности в целом. Это указывает на необходимость осуществления психокоррекции у данного контингента больных.

Анализ результатов психологического теста ТОБОЛ показал, что превалирует смешанный тип реагирования при доминировании эйфорического, сенситивного и апатического типов. Эйфорический тип чаще выражен у женщин, а апатический — у мужчин. Наиболее реактивной оказалась возрастная группа 20–24 года.

Оценку психического статуса инфицированных проводили при помощи опросника уровня общего здоровья GHQ, который не позволяет установить клинический диагноз, но с большой вероятностью выявляет симптомы малых психических расстройств и указывает на необходимость более тщательного клинического (психиатрического) обследования.

Наиболее высокие показатели плотности Гаусса отмечены по шкале депрессии как у мужчин, так и у женщин. У мужчин по шкале соматизации и тревоги отмечалось распределение, приближенное к нормальному, но выше, чем в контрольной группе. Наиболее специфические изменения отмечались в группе ВИЧ-инфицированных по шкале социальной дисфункции, когда плотность Гаусса выражена максимально. Аналогичные тенденции, но менее выраженные, отмечены и в группе сравнения, что, очевидно, является популяционным признаком социальной дисфункции в обществе. Таким образом, специфической особенностью психических реакций непсихогенной этиологии среди ВИЧ-инфицированных является наличие малого депрессивного синдрома.

Учитывая коморбидность психической симптоматики тревоги и депрессии, был применен ряд клинических шкал с различным уровнем валидности — госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, шкалы депрессии Бека и Цунга.

По данным шкалы HADS субклинические формы тревоги чаще встречаются у женщин (31,5%) по сравнению с мужчинами (12,5%), причем преимущественно в возрасте 20–29 лет. Клинически выраженная тревога также наблюдается чаще у женщин (19%) по сравнению с мужчинами (14,5%). Клинические формы тревоги преимущественно встречаются у мужчин в возрастной группе 20–29 лет, а у женщин — 20–24 года.

Субклинические и клинические формы депрессии, диагностируемые по шкале HADS, выявлены преимущественно в женской популяции (9%).

Уровень более 24 баллов по шкале Бека, указывающий на выраженные признаки депрессии, подлежащие терапии, выявлен у 34,8% мужчин и 43,1% женщин.

Минимальные признаки легкой депрессии, определяемые по шкале самооценки депрессии Цунга, выявлены у 3,9% мужчин и 14% женщин. Признаки депрессии средней тяжести и тяжелой депрессии не выявлены. Дисперсионный анализ показал, что у женщин наиболее высокие уровни сочетанности группировочной и переменной достигнуты по показателям депрессии по Беку и ЛТ. Показатель ЛТ является предиктором депрессии, оцениваемой как по шкале Бека, так и по шкале Цунга. Оценка уровня психогенных расстройств по шкале HADS показала также зависимости уровня тревоги и депрессии от выраженности ЛТ.

Факторный анализ (метод главных компонент) выявил следующие величины факторных нагрузок уровней тревожности, тревоги и депрессии у ВИЧ-инфицированных мужчин: уровень депрессии по Цунгу — 0,85; ЛТ по Ч.Д.Спилбергеру — Ю.Л.Ханину — 0,87; уровень тревоги по Беку — 0,86; уровень тревоги по HADS — 0,79, уровень депрессии по HADS — 0,62. Выявлена статистическая незначимость фактора депрессии по шкале HADS у мужчин. По остальным оцениваемым параметрам вес фактора как у мужчин, так и у женщин превышал показатель 0,7, принимаемый в факторном анализе как критерий достоверности.

Полученные данные свидетельствуют о наличии малого депрессивного синдрома у $1/3$ ВИЧ-инфицированных после сообщения диагноза. Частота выявления тревоги и депрессии зависит от используемой психометрической шкалы, но более интегральным показателем является определение ЛТ по Ч.Д.Спилбергеру — Ю.Л.Ханину. Представляется целесообразным включение данной методики в комплекс обследования при ВВЭ ВИЧ-инфицированных военнослужащих. Наличие агрессии и враждебности (мужчины) и вины и аутоагрессии (женщины) можно корректировать правильным проведением до- и послетестового (кризисного) консультирования больных и сопровождением специалиста-психолога. Следует отметить, что преморбидный статус (наркотизация, невысокий уровень доходов, образования) изначально обеспечивает повышение уровня ЛТ в обследованной группе. Можно предполагать, что обследование людей с более высоким уровнем социальной адаптации и более благо-



приятным преморбидным анамнезом (военнослужащих) выявит меньшую частоту не-психогенных реакций и малого депрессивного синдрома. Следует отметить, что к наиболее реагирующей возрастной категории (20–29 лет) прежде всего относятся военнослужащие по призыву и рядовые контрактной службы, которые увольняются с военной службы через 1–2 мес после выявления за-

болевания. На этот период для них следует обеспечить охранительный психологический режим, исключить большие психологические и физические нагрузки, обеспечить психологическую поддержку. Раннее выявление выраженной ЛТ и ее коррекция могут стать для инфицированных офицеров важным условием мотивации к продолжению военной службы.

© С.Т.КОХАН, 2009
УДК 616-001.8-085.27

С.Т.Кохан – Комплексная оценка влияния адаптогенов и неоселена на иммунную и антиоксидантную активность в условиях гиперкапнической гипоксии.

Исследования проводили на 168 белых лабораторных крысах массой 167 ± 2 г, которые были разделены на 5 групп: 1-я – контрольная ($n=24$); 2-я – прополан (нормоксия), $n=36$; 3-я – неоселен (нормоксия), $n=36$; 4-я – прополан (гипоксия), $n=36$; 5-я – неоселен (гипоксия), $n=36$. Оценивали иммунитет, гемостаз, эндотелиальную дисфункцию, активность процессов *перекисного окисления липидов* (ПОЛ) и *антиоксидантной защиты* (АОЗ). Животные опытных групп получали в течение 5 сут исследуемые препараты. Доза прополана взята соответственно средней дозы для человека в перерасчете на вес животного. Неоселен вводили по 7,1 мг/кг массы животного.

Лекарственное средство Неоселен зарегистрировано Минздравмедпромом России № 04-31/344, код ОКП – 9325740288, код ОКДП 423257 от 20.06.96, утвержден Государственным фармкомитетом Минздрава России (№ 11–15–2133 от 26.06.96). Форма выпуска: флаконы по 10 мл с 0,05% раствором селенита натрия (2,3 мг селена в каждом флаконе) в 4% растворе соляной кислоты. Производитель: научно-производственный центр «ИСИНГА» (г. Чита).

Механизм действия неоселена заключается в способности выступать в качестве лиганда с белками. Из них наиболее улучшенным является фермент глутатионпероксидаза, который находится практически во всех клетках и биологических жидкостях организма человека. Его функцией является предохранение клетки от токсического действия перекисных радикалов.

Гомеопатическое лекарственное средство Прополан ЭДАС-150 выпускается фирмой «ЭДАС». Форма выпуска: капли по 25 мл. Регистрационный № 10017. Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 июля 2007 г. № 493. Изменения в Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, утвер-

жденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 сентября 2005 г. № 578.

В состав прополана ЭДАС-150, приготовленного по специальной технологии, входят эхинацея и настойка прополиса.

Установлено, что у крыс, получавших Прополан, в условиях нормоксии в 3,8 раза увеличивалось содержание гемолизированных спленоцитов. Воздействие гипоксического фактора также явилось стимулятором клеточного иммунитета. В контрольной группе животных, подвергнутых гипоксическому влиянию в гермокамере, содержание гемолизированных спленоцитов увеличилось в 3,5 раза. В условиях гипоксии в опытной группе количество гемолизированных спленоцитов было выше на 57% по сравнению с контрольной группой. При изучении *лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии* (ЛТА) определено, что прополан снижал розеткообразование на 58% больше, чем в контрольной группе. Гипоксическое воздействие увеличивало показатель ЛТА на 9,2%. В условиях гипоксии прополан снижал показатель ЛТА на 65,8%, а неоселен – на 32,7%.

При гипоксии любого генеза происходит повреждение эндотелия сосудов. Одним из основных маркёров повреждения является изменение концентрации оксида азота. Содержание оксида азота оценивали по количеству NO_3^- . У крыс в условиях нормоксии прополан повышал содержания NO_3^- на 57,3%, а неоселен – на 32,2%.

В условиях гипоксии наблюдалось истощение ресурсов NO_3^- , о чем свидетельствует снижение концентрации NO_3^- в 10 раз по сравнению с контролем. Прополан и неоселен на фоне гипоксии не влияли на содержание NO_3^- .

Исследование активности ПОЛ показало, что оба препарата достоверно снижали содержание *ТБК-активных продуктов* (ТБК-АП) в сыворотке крови. Наиболее