

Обследование пациентов, проведенное через 6 месяцев, продемонстрировало устойчивость достигнутых эффектов в 85,8% случаев по ОЗ; в 87,0% - по величине поля зрения; в 59,3% – по электрофизиологическим показателям. В отдаленном периоде наблюдения (через 12 месяцев) в 82,4% случаев наблюдалось достигнутое сохранение зрительных функций.

Заключение: регистрация патологической активности периорбитальных зон в комплексе с клинико-офтальмологическими, электрофизиологическими, гемодинамическими, морфометрическими исследованиями позволяет оптимизировать результаты реабилитации пациентов с частичной атрофией зрительного нерва; инфракрасное воздействие в лечении частичной атрофии зрительного нерва способствует улучшению зрительных функций, стабилизации патологического процесса; полученная формула расчета коэффициента позволяет прогнозировать эффективность реабилитации больных с частичной атрофией зрительного нерва с точностью более 95%.

### ВЫВОДЫ

1. Регистрация патологической активности периорбитальных зон в комплексе с клинико-офтальмологическими, электрофизиологическими, гемодинамическими, морфометрическими исследованиями позволяет оптимизировать результаты реабилитации пациентов с частичной атрофией зрительного нерва.

2. Инфракрасное воздействие в лечении частичной атрофии зрительного нерва способствует улучшению зрительных функций, стабилизации патологического процесса.

3. Полученная формула расчета коэффициента позволяет прогнозировать эффективность реабилитации больных с частичной атрофией зрительного нерва с точностью более 95%.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев В.Г., Мирина Т.В., Сафина З.М. // Получение измерительной информации об электрических свойствах локальных зон биологического организма. Новые информационные технологии в медицине и экологии. Труды 4 международной конференции, Гурзуф. – 1999. – С. 54-55.
2. Либман Е.С., Шахова Е.В. // Слепота, слабовидение и инвалидность по зрению в Российской Федерации. Всемирная инициатива ВОЗ. Материалы Российского межрегионального Симпозиума. Уфа, 2003. С. 38-42.
3. Линник Л.Ф., Анисимов С.И. // Офтальмохирургия. – 1994. – № 4. – С. 14-17.
4. Линник Л.Ф., Шпак А.А., Антропов Г.М., Иойлева Е.Э. // Научные труды МНТК. – М., 1998. – Выпуск 9. – С. 110-115.

5. Сафина З.М. // Эффекты контролируемого воздействия инфракрасного излучения на патологически активные висцеро-дермальные проекционные зоны орбиты при поражении зрительного нерва и сетчатки. Материалы Юбилейной конференции по нейрокибернетике, том 2, Ростов-на-Дону, 2002. – С. 196-198.

### РЕЗЮМЕ

Частичная атрофия зрительного нерва является причиной стойкого нарушения зрительной функции и, как следствие, бессрочной инвалидности. В России уровень заболеваемости составляет 0,32 на 10000 взрослого населения. Это определяет актуальность поиска эффективных методов лечения и реабилитации больных. Обследование больных включало регистрацию патологической активности периорбитальных зон с использованием аппарата «КРОТА», определение остроты зрения, границ периферического зрения, доплерографию глазничной и центральной артерии сетчатки. На фоне проводимого лечения острота зрения повысилась у пациентов при первых трех степенях. При I степени в среднем с  $0,73 \pm 0,05$  до  $0,89 \pm 0,06$  ( $p < 0,05$ ), при II – в среднем с  $0,41 \pm 0,06$  до  $0,58 \pm 0,06$  ( $p < 0,05$ ) при III степени – в среднем с  $0,04 \pm 0,01$  до  $0,08 \pm 0,01$  ( $p < 0,05$ ). При IV степени лечение было неэффективно. Тенденция к увеличению остроты зрения в результате лечения при I, II, III степенях достоверна ( $p < 0,05$ ).

Установлена взаимосвязь остроты зрения с количеством патологически активных точек. Полученные результаты исследования позволили рассчитать коэффициент прогноза. Расчеты проводились на основе выявленной сильной степени корреляционной зависимости динамики ПА с приростом скорости кровотока  $V_{syst}$ . Рассчитывали коэффициент прогнозирования ( $K_{прог}$ ) по следующей формуле:

$K_{прог} = PA/V_{syst}$ , где ПА – патологическая активность орбитальных зон,  $V_{syst}$  – систолическая скорость кровотока.

Регистрация патологической активности периорбитальных зон в комплексе с клинико-офтальмологическими, электрофизиологическими, гемодинамическими, морфометрическими исследованиями позволяет оптимизировать результаты реабилитации пациентов с частичной атрофией зрительного нерва.

### ABSTRACT

The partial atrophy of an optic nerve, is the reason of proof infringement of visual function and, as consequence, termless physical inability. In Russia the level of disease makes 0,32 on 10000 adult populations. It defines a urgency of search of effective methods of treatment and rehabilitation of patients. Inspection of patients registration of pathological activity zones with use of device, «КРОТА», definition of visual acuity, borders of peripheral sight, doppler an orbital and central artery of a retina. On a background of spent treatment visual acuity has raised at patients at first three degrees. At I degrees on the average with  $0,73 \pm 0,05$  up to  $0,89 \pm 0,06$  ( $p < 0,05$ ), at II - on the average with  $0,41 \pm 0,06$  up to  $0,58 \pm 0,06$  ( $p < 0,05$ ), at III study-on the average with  $0,04 \pm 0,01$  up to  $0,08 \pm 0,01$  ( $p < 0,05$ ). At IV study degrees treatment was not effective. The tendency to increase in visual acuity as a result of treatment at I, II, III degrees are authentic ( $p < 0,05$ ).

The interrelation of visual acuity with quantity of pathologically active points is established. The received results of research have allowed to calculate factor of the forecast. Calculations were spent on the basis of the revealed strong degree of correlation dependence of dynamics ПА with a gain of speed of blood-groove  $V_{syst}$  Counted factor of forecasting  $K_{прог}$  under the following formula:

$K_{прог} = PA/V_{syst}$ , where ПА - pathological activity of orbital zones,  $V_{syst}$  - systolis speed of a blood-groove.

Registration of pathological activity zones in a complex with ophthalmologic, electrophysiological, researches allows to optimize results of rehabilitation of patients with a partial atrophy of an optic nerve.

## КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ АСТЕНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ

КОШЕЛЕВ В.В., БЕКЕТОВ Ю.А., БОЖКО С.А.

*Кафедра нелекарственных методов лечения и клинической физиологии с курсом психотерапии и клинической психологии ФДПОП ММА им. И.М.Сеченова*

*Лаборатория по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов при кафедре нелекарственных методов лечения и клинической физиологии с курсом психотерапии и клинической психологии ФДПОП ММА им. И.М.Сеченова*

### АННОТАЦИЯ

Распространенность астенических расстройств, их социальная значимость и широта клинических проявлений определяют актуальность дальнейшей разработки проблемы эффективного восстановле-

ния этой категории больных. В результате изучения особенностей комплексной этапной реабилитации пациентов с преобладанием в клинической картине астенических нарушений показано, что на каждом этапе комплексной реабилитации решаются специ-

альные задачи, направленные на эффективную коррекцию астенических расстройств. Последовательное дифференцированное применение фармакологической терапии, психотерапевтических методов и лечебной гимнастики позволяет не только повысить эффективность комплексной реабилитации, но и осуществлять вторичную профилактику астенических расстройств. Отмечено, что эффективность и продолжительность реабилитационных мероприятий варьируют в зависимости от преобладающих проявлений астенического синдрома.

**Ключевые слова:** астенические расстройства, восстановительное лечение, психодиагностика, психотерапия, фармакотерапия, восстановительное лечение.

## ВВЕДЕНИЕ

Ряд факторов современной жизни, резкое возрастание ее стоимости, экологические и социальные изменения, распространенность хронической соматической патологии увеличивают риск возникновения невротической дезадаптации, при которой в большинстве случаев существенное место занимает астеническая симптоматика. Эпидемиологические данные свидетельствуют о значительной распространенности астенических расстройств в популяции [1, 2, 3]. Среди больных общемедицинской практики распространенность астенических нарушений колеблется от 16 до 70% [2, 4, 5]. У работников промышленных предприятий с учетом доболезненных форм астении встречаются в 74% [6]. Клиническая картина и степень выраженности астенических варьируют от кратковременных симптомов в рамках нарушений адаптации до клинически очерченных астенических состояний, определяющих течение невротических или церебральных экзогенно-органических расстройств. Астенические состояния сопровождаются нарушениями социального функционирования, временной утратой трудоспособности, снижением качества жизни [7]. Патоморфоз астенических расстройств в условиях хронического психоэмоционального напряжения идет по пути развития дистимии, основное проявление которой – снижение настроения – сочетается с такими характерными для астении проявлениями, как эмоциональная лабильность, чувство усталости, бессонница, висцеро-вегетативные нарушения [8].

Целью данного исследования являлся поиск возможностей повышения эффективности реабилитации при невротических расстройствах с преобладанием в клинической картине астенических нарушений.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучены особенности комплексной этапной реабилитации 250 пациентов, находившихся на лечении в клинике Московского городского центра пограничной психиатрии. Ведущими в состоянии исследованных больных являлись астенические расстройства, которые в зависимости от преобладающих проявлений выделялись в следующие варианты:

- 1) астенический с преобладанием гиперстенических проявлений;
- 2) астенический с преобладанием гипостенических проявлений;
- 3) дистимический (астено-депрессивный).

Клинически астенический синдром проявлялся повышением физической и психической истощаемости, эмоциональной неустойчивостью, гиперестезией, нарушениями глубины и длительности сна, вегетосудистыми нарушениями, явлениями метеопатии. При гиперстенических расстройствах превалировала выраженная неустойчивость настроения с реакциями раздражительности, обиды или тревоги, возникающими по незначительному поводу. Больные отмечали болезненную чувствительность к яркому свету и громким звукам, гипертрофированную ранимость. В случаях преобладания явлений гипостении превалировали жалобы на вялость, апатию, снижение жизненного тонуса, выраженную утомляемость, упадок сил. При диагностике астенодепрессивного синдрома наряду с перечисленными выше нарушениями существенный вклад в структуру болезненного состояния вносило устойчивое снижение настроения, отмечалось снижение аппетита, ухудшение ночного сна с преобладанием постсомнических нарушений, ангедония. Необходимо отметить, что в структуре психических расстройств наряду с астенической симптоматикой были представлены тревога, соматические и соматоформные расстройства, нарушения концентрации внимания, сексуальная дисфункция. Кроме того, у 35 (14%) исследованных пациентов возникали пароксизмальные состояния, проявлявшиеся резкой слабостью, интенсивными головными болями, усилением потливости и сердцебиением.

При соматическом обследовании у 181 (72,4%) больного выявлены такие хронические заболевания, как нейроциркуляторная дистония, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, хронический энтероколит, бронхиальная астма, дисфункция щитовидной железы. У 96 (38,4 %) больных отмечались неврологические симптомы – от рассеянной микроорганической симптоматики до признаков дисциркуляторной энцефалопатии.

Лечебно-восстановительные мероприятия проводились поэтапно, на каждом этапе решались специальные задачи, направленные на коррекцию расстройств состояния здоровья больного, соответствующие медицинским показаниям. Комплексная реабилитация осуществлялась полипрофессиональной бригадой, состоящей из психиатра, клинического психолога, врачей-интернистов, специалистов неконвенциональной медицины. Причем значение и интенсивность применения отдельных методов реабилитации менялись в соответствии с ее этапами.

На **консультативном этапе** осуществлялась первичная консультация с планированием объемов, методов и сроков лечения, соматическим обследованием, компьютеризованной психодиагностикой актуального состояния. Мероприятия данного этапа осуществлялись в амбулаторном режиме с экспертизой временной утраты трудоспособности.

**Этап клинической терапии** базировался на патогенетической фармакотерапии с применением лекарственных препаратов, обладающих соответствующим клинической картине спектром действия и минимальной вероятностью развития побочных эффектов и нежелательных явлений. Основу составляли нейрометаболические стимуляторы и церебральные вазодилататоры: пикамилон – 50 мг/сут.,

пирацетам – 1600 мг/сут., фенибут - 750 мг/сут., винпоцетин - 15 мг/сут., пирроксан- 45 мг/сут., стугерон- 75 мг/сут. Активно применялся антиоксидант с ангиолитическими и ноотропными свойствами – мексидол в дозе 500 мг/сут. При развитии субдепрессивной и тревожной симптоматики в комбинированной терапии применялись антидепрессанты: флюоксетин – 20 мг/сут., пиразидол – 75-100 мг/сут., азафен – 75 мг/сут. В реабилитационный комплекс на этом этапе включались релаксационные методы психотерапии.

На **этапах восстановительной терапии и адаптации** реабилитационные мероприятия были направлены на активацию эмоционально-волевой и мотивационной сфер пациентов. Акцент с психофармакотерапии смещался на восстановительный комплекс психокоррекционных и двигательных методов. Выбор метода психотерапевтического воздействия осуществлялся с учетом когнитивного стиля пациента, поскольку такой подход способен существенно повысить эффективность психотерапевтического воздействия [9]. Психотерапевтические мероприятия осуществлялись с целью активации адаптационных механизмов, поиска дополнительных мотивационных стимулов, усиления механизмов активной компенсации.

Для релаксации и дезактуализации психотравмирующих переживаний использовалось внушение в измененном состоянии сознания. Для формирования адекватного отношения к аутопсихологическим конфликтам применялись психодинамическая терапия, гештальт-терапия и когнитивная терапия. Элементы поведенческой терапии способствовали формированию новых копинг-стратегий. Все пациенты посещали занятия лечебной гимнастикой с дифференцированной направленностью упражнений и нагрузкой, определяемой по результатам предварительной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Для оценки эффективности лечебно-восстановительных мероприятий применялись следующие методики: клиническая оценка редукции симптоматики с градацией от 0 (отсутствие симптома) до 3 (максимальная выраженность), клинико-психологическая оценка эффективности реабилитационных психотерапевтических мероприятий с 4-балльной оценкой (практическое выздоровление, значительное улучшение, незначительное улучшение, отсутствие динамики или ухудшение), метод цветочных выборов (МЦВ) в интерпретации Л.Н.Собчик [10], метод самооценки САН [11].

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Комплексное применение фармакотерапии и релаксационных методик психотерапии позволяло достигать быстрой редукции эмоционально-аффективного и вегетативного компонентов астенического синдрома, уменьшались аффективная лабильность, тревога, раздражительность, вегетососудистые реакции, диссомнические расстройства. Медленнее редуцировались повышенная истощаемость, психомоторная заторможенность, гиперестезия. У всех больных отмечена значительная терапевтическая редукция вегетативной симптоматики. В пределах указанных общих закономерностей имелись ин-

дивидуальные различия терапевтической динамики. Уменьшение тревоги и раздражительности происходило у большинства больных одновременно с улучшением настроения, нормализацией сна, повышением аппетита. Пациенты с преобладанием гипостенических проявлений или наличием резидуальной органической симптоматики отмечали нарастание вялости и безразличия, а в некоторые дни – усиление эмоциональной лабильности, гиперестезии, раздражительности. Терапевтическая динамика на этапе клинической терапии представлена в табл. 1.

**Таблица 1.**  
Терапевтическая динамика психопатологической симптоматики ( $M \pm \sigma$ ) на этапе клинической терапии.

Показатели	До начала терапии	7-й день	14-й день
Тревога	1,62±0,74	1,13±1,25	1,00±1,20
Раздражительность	1,38±1,19	0,75±1,89	0,13±0,35*
Аффективная лабильность	0,88±1,25	0,75±1,16	0,63±0,92
Пониженное настроение	1,75±1,16	1,38±1,40	0,75±1,39
Повышенная истощаемость	3,13±1,13	2,00±1,20	2,00±0,93
Психомоторная заторможенность	1,88±0,99	1,00±0,76	1,00±0,53
Расстройства засыпания	0,75±1,16	0,33±0,92	0,28±0,74
Нарушения глубины и длительности ночного сна	1,71±0,60	1,23±1,04	0,50±0,41*
Расстройства пробуждения	1,50±1,60	0,88±0,99	0,75±0,89
Дневная сонливость	1,13±0,99	0,88±0,70	1,13±1,13
Пониженный аппетит	0,94±1,10	0,63±1,19	0,50±0,93
Гиперестезия	1,38±1,40	1,14±1,30	1,14±1,28
Потливость	2,25±1,03	1,38±0,92	0,75±1,16*
Сухость во рту	0,63±0,11	0,50±0,93	0,13±0,35
Головные боли	1,88±1,36	1,75±1,28	1,30±1,20
Боли в других местах	0,88±1,25	0,63±1,60	1,00±1,20
Тахикардия	0,38±0,74	0,38±1,60	0,03±0,35*

**Примечание:** \* – достоверные различия ( $p < 0,05$ ) с показателями фона.

По завершении этапа клинической терапии у пациентов в значительной степени редуцировались основные эмоциональные, вегетативные и диссомнические проявления астенического синдрома, однако сохранялись умеренно выраженные истощаемость, психомоторная заторможенность и гиперестезия, сопровождающиеся полиморфной симптоматикой, характеризующей неполное восстановление нарушенных звеньев гомеостаза. Отмечались проходящие соматовегетативные нарушения, эпизодические головные боли, ощущение жара или зябкость, пониженный аппетит, зависимость самочувствия от метеоусловий и нагрузки в течение дня. Редукция основной болезненной симптоматики позволила более отчетливо проявиться личностным особенностям пациентов, что определяло переход к этапу восстановительной терапии с акцентом на психотерапевтических методах и лечебной гимнастике.

Задачей психотерапевтического воздействия и лечебной физкультуры являлись эмоциональная активация пациента и создание устойчивой мотивации на процесс реабилитации. В динамике психотерапевтических сеансов пациенты проходили клинико-психологическую оценку с определением эффективности реабилитационных мероприятий по 4-балльной шкале (табл. 2) и психологическое тестирование динамики эмоционального состояния с применением метода цветочных выборов (МЦВ) (табл. 3).

Таблица 2.

Показатели эффективности реабилитационных психотерапевтических мероприятий при клинико-психологической оценке.

Терапевтическая динамика	Астения с преобладанием гиперстенических проявлений (%)	Астения с преобладанием гипостенических проявлений (%)	Астенодепрессивное состояние (%)
Практическое выздоровление	74	35	56
Значительное улучшение	16	37	26
Незначительное улучшение	10	26	14
Отсутствие динамики или ухудшение	0	2	4

Таблица 3.

Динамика результатов применения теста МЦВ при проведении психотерапевтических мероприятий.

Показатель	До психотерапевтических занятий	По завершении психотерапевтических занятий
Вегетативный индекс	0,22 ± 0,35	-0,16 ± 0,50
Нестабильность выбора (%)	47,46 ± 12,20	18,75 ± 7,95*
Отклонение от нормы (%)	58,33 ± 12,42	23,88 ± 13,24
Тревожность (%)	62,50 ± 16,21	20,83 ± 6,74
Активность (%)	68,75 ± 17,15	66,67 ± 15,54
Работоспособность (%)	50,54 ± 13,13	93,73 ± 11,88*

**Примечание:** Вегетативный индекс < 0 – тропотропный тонус, ≥ 0 – эрготропный тонус,  
\* – достоверные различия (p < 0,05) с показателями фона.

Анализ эффективности психотерапевтических мероприятий показал, что наиболее эффективными они были у пациентов с преобладанием в клинической картине гиперстенических проявлений астении. По итогам реабилитации практическое выздоровление было отмечено у 74% пациентов уже к завершению этапа восстановительной терапии. При этом общая продолжительность восстановительного курса составляла шесть недель. Менее выраженная эффективность реабилитации отмечена у пациентов с астенодепрессивными нарушениями. Причем, как правило, данной категории пациентов на этапе восстановительной терапии пролонгировался прием антидепрессантов. Наиболее резистентная астеническая симптоматика при проводимых лечебно-восстановительных мероприятиях наблюдалась у пациентов с преобладанием в клинической картине гипостенических проявлений. По-видимому, данная категория больных отличается более глубоким уровнем нарушения энергетических механизмов и регуляторных систем, что требует более длительного комплексного восстановления.

Поскольку клиническая оценка состояния при данной патологии является относительно субъективной и базируется, в основном, на жалобах пациента, особую актуальность приобретают результаты теста МЦВ, являющегося проективной, не зависящей от установок испытуемого методикой. Отмечено, что в процессе реабилитационных психотерапевтических мероприятий вегетативный индекс менялся в целом по группе, в направлении повышения эрготропного тонуса. Параллельно уменьшалась тревожность, увеличивались стабильность выбора и особенно работоспособность. При этом показатель «активность» практически не изменялся. Подобная динамика по-

казателей МЦВ характеризует становление гармоничного равновесия, выравнивание соотношения процессов возбуждения и торможения, характерного для этого этапа комплексной реабилитации. Сопоставление данных МЦВ и клинико-психологической оценки эффективности демонстрирует высокую эффективность последовательного применения фармако- и психотерапии при астенических расстройствах.

Согласно концепции лечебно-профилактического действия физических упражнений [12] лечебная дозированная гимнастика способна целенаправленно повышать адаптационные возможности ослабленных систем и подсистем организма. Данная концепция исходит из положения о системном характере реагирования больного организма на физические тренировки. При этом реабилитационное действие лечебной физкультуры основано как на биологической составляющей (повышение энергетического потенциала организма, усиление церебральной гемодинамики, образование новых нейрональных связей, создание физиологических зон возбуждения в коре головного мозга), так и на психореабилитационной составляющей (групповая динамика, элементы внушения и убеждения, повышение резистентности к психоэмоциональным нагрузкам).

В зависимости от варианта астенического синдрома менялись задачи лечебных упражнений (табл. 4)

Таблица 4.

Задачи реабилитационных физических упражнений при гиперстеническом и гипостеническом вариантах астенического синдрома.

Варианты астенического синдрома	Задачи применения физических упражнений
Гиперстенический вариант астенического синдрома	1. Уменьшение эмоциональной и напряженности 2. Активация слухового и зрительного анализаторов 3. Канализация нежелательной активности 4. Активация функции внимания
Гипостенический вариант астенического синдрома	1. Достижение общей активации 2. Тренировка психофизиологических функций 3. Повышение самооценки

Необходимо отметить, что, как правило, в структуру занятия лечебной гимнастикой включалась аутогенная тренировка, которая проводилась как в начальной фазе занятия лечебной гимнастикой, так и на завершающей стадии занятия. Для оценки психологического статуса пациентов в динамике занятия лечебной физкультурой проводилась компьютеризированная психодиагностика с применением теста самооценки САИ (табл. 5).

Таблица 5.

Динамика самооценки по методике САИ после однократного занятия лечебной гимнастикой.

Методика	До занятия	После занятия
С	38,9 ± 4,12	47,8 ± 3,9
А	33,8 ± 3,80	38,4 ± 4,2
Н	33,9 ± 6,18	41,6 ± 4,8

Как показали результаты самооценки, в тесте САИ специальные упражнения, учитывающие степень снижения психической и физической работоспособности, улучшают самочувствие, активность и настроение даже в течение одного занятия. При расспросе пациентов они также отмечали уменьшение астенической симптоматики, ощущение приятной бодрости, сопро-

вождающейся повышением чувства уверенности и «ощущением собственного тела», переключение с интроспективной фиксации на психотравмирующих переживаниях на восприятие окружающей действительности, собственных телесных ощущений.

Сравнение катамнестических сведений исследуемой группы пациентов и сопоставимой группы пациентов, проходивших традиционное лечение с акцентом на фармакологические средства, показало (табл. 6), что в течение трех лет после исследования эффективность комплексной этапной реабилитации пациентов превышает эффективность традиционной терапии астенических расстройств.

**Таблица 6.**

Катамнестические наблюдения в течение 3 лет в сравнении с группой традиционной терапии.

Признак	Комплексная этапная реабилитация	Традиционное лечение
Повторные госпитализации в течение 3 лет	13%	22%
Уменьшение количества дней временной нетрудоспособности	71%	38%
Улучшение материального положения	66%	15%
Улучшение семейных отношений	33%	-
Улучшение общего самочувствия	91%	80%

Отмечено, что большинство пациентов, проходивших реабилитацию в рамках предложенной модели, в течение длительного времени сохраняли работоспособность и повышали уровень социальной адаптации (служебный рост, улучшение материального положения, улучшение семейной ситуации). При этом реабилитационные занятия групповой психотерапией и лечебной гимнастикой повторялись по инициативе пациентов 1-2 раза в году без отрыва от социальных контактов и трудовой деятельности. В группе пациентов, проходивших традиционное лечение, сравнительно реже отмечались позитивно-адаптивные варианты катамнеза. Такие пациенты наиболее эффективными лечебными мероприятиями считали консультации врача и прием лекарственных средств (в таблетированной и инъекционной форме), у них чаще определялась временная нетрудоспособность. Повторные лечебные курсы проводились в стационаре или полустационарных условиях.

### ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, при астенических состояниях показаны преимущества комплексной реабилитации с этапностью применения восстановительных методов. Относительно кратковременный этап клинической (фармакологической) терапии и последующая «активирующая» реабилитация на этапах восстановительной терапии и реадaptации повышают эффективность восстановительных мероприятий и уровень психосоциальной адаптации. Применение психотерапевтических методов и дозированной лечебной гимнастики в процессе восстановительного лечения при астенических расстройствах способствует не только более эффективной реабилитации, но и вторичной профилактике астенических расстройств. Отмечено, что пациенты с преимущественно гипостенической формой астенических расстройств требуют сравнительно более длительной реабилитации, в том числе за счет пролонгации этапа клинической терапии. При хронических астенических состояниях с формированием астенодепрессивного синдрома показано применение в комплексной реабилита-

ции антидепрессантов, повышающих эффективность как психотерапевтических, так и лечебно-кинетических методов.

Учитывая значительную частоту выявления соматической патологии, для данной категории больных показано обязательное предварительное соматическое обследование.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ласков Б.И., Лобзин В.С., Липгард Н.К. Физиогенные и психогенные астении. – Курск – 1981 – 152 с.
2. Каргин С.В. Астенические расстройства в клинике хронических неврозоподобных заболеваний // Журн. невропатол. и психиатр. – 1992 – № 2. – с. 83 – 85.
3. Краснов В.Н., Вельтишев Д.Ю. Неврастения как вариант астенического синдрома: фармакотерапевтический анализ на модели терапии танаканом // Психиатрия и психофармакотерапия – 2000. – т. 2. – № 6. – С. 168-171.
4. Зилов В.Г. Нелекарственные методы в комплексной коррекции здоровья. Матер. Росс. Нац. Форума «Фундаментальная наука практика» – М., 2006 – С. 55
5. Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств. М., 1996 – 135 с.
6. Мартюшов А.Н. Начальные проявления психической дезадаптации у работников промышленных предприятий: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М. – 1991.
7. Петраков Б.Д., Беляева Г.Г. Профилактика и терапия пограничных нервно-психических расстройств у рабочих промышленных предприятий. // Первый съезд психиатров соц. стран / Под ред. Г.В. Морозова. – М., 1997. – С. 496-500.
8. Бамдас Б.С. Астенические состояния. – М. – 1961 – 201 с.
9. Бекетов Ю.А. Особенности когнитивного стиля больных с тревожными расстройствами и их взаимосвязь с эффектами различных психотехнических приемов. Автореф. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук. – М., 2004 – 29 с.
10. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности // Теория и практика психодиагностики / Москва, институт прикладной психологии, 1997 – 480 с.
11. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников Н.П. и др. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния. // Вопросы психологии. – 1973 – № 6 – С. 141-145.
12. Левченко К.П. Дифференцированная лечебная физкультура у больных с невротическими расстройствами. Методические указания. – Российская медицинская академия последипломного образования. – М., 1998 – 19 с.

### РЕЗЮМЕ

Распространенность астенических расстройств, их социальная и клиническая значимость определяют актуальность проведенного исследования. Последовательное дифференцированное применение фармакологической терапии, психотерапевтических методов и лечебной гимнастики позволяет как повысить эффективность комплексной реабилитации, так и осуществлять вторичную профилактику астенических расстройств. Изучены особенности комплексной этапной реабилитации 250 пациентов, находившихся на лечении в клинике Московского городского центра пограничной психиатрии. Показаны преимущества комплексной реабилитации с этапностью применения восстановительных методов. Отмечено, что пациенты с преимущественно гипостенической формой астенических расстройств требуют сравнительно более длительной реабилитации, при хронических астенических состояниях с формированием астенодепрессивного синдрома показано применение в комплексной реабилитации антидепрессантов, повышающих эффективность как психотерапевтических, так и лечебно-кинетических методов. Рекомендовано предварительное соматическое обследование всех пациентов с астеническими расстройствами.

### ABSTRACT

Widespread in the world, social value and width of the clinical manifestations of asthenia syndromes define importance of this study. Pharmacological therapy, psychotherapeutic methods and medical athletics allows to raise efficiency of complex rehabilitation and allow to prevent maintenance of the asthenia disorders. The 250 patients with prevalence of asthenia disorders were under investigation. The study has shown the advantage of complex stage rehabilitation of patients with asthenia by using of the reconstruction methods - psychotherapeutic methods and medical calisthenics. The patients with hypostenic form of the asthenia disorders require more long rehabilitation, including prolongation of the stage of clinical therapy. Using different antidepressants in the complex therapy are justified in case of asthenodepressive syndrome the chronic asthenia conditions. Obligatory preliminary somatic examination is also necessary for this category of patients because of significant frequency of the somatic pathology.