

Под воздействием ВМ начинаются ускорение оттока лимфы, активизация фагоцитоза и иммунологических свойств в лимфатических узлах.

Полученные данные свидетельствуют о том, что включение ВМ в комплексную терапию детей с АД повышает эффективность лечения, увеличивает длительность ремиссии, сокращает количество рецидивов, уменьшает интенсивность клинических проявлений, площадь поражения, напряженность антибактериального иммунитета и оказывает иммунорегулирующий эффект, способствуя уменьшению проявлений системной эндотоксинемии.

УДК 618.173—085.214.22

ТЕРАПИЯ ГРАНДАКСИНОМ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

В.Д. Менделевич

*Кафедра медицинской и общей психологии с курсом педагогики
(зав. — проф. В.Д. Менделевич) Казанского государственного медицинского университета*

Длительная история существования проблемы патологического климакса и ее неразрешенность отражают типичный пример расхождения между теоретическими знаниями и практическими результатами. Несколько десятилетий существует точное научное представление о механизмах возникновения, формирования и трансформации климактерических расстройств. Однако эффективность терапевтических воздействий остается недостаточно высокой. Подобное положение можно объяснить существованием полидисциплинарных подходов к решению проблемы и отсутствием собственно интегративных исследований.

Особо следует отметить и то распространенное даже в среде медиков убеждение, что климактерические изменения не следует считать патологическими и, следовательно, они не требуют специальной терапии. Подобная традиция, видимо, может быть понята исходя из научной концепции В.М. Дильмана [3]. По его мнению, климакс является фактически одновременно и нормой,

На данный способ лечения атопического дерматита у детей получена приоритетная справка № 2000105931.

Поступила 01.03.01.

VISCERAL MASSAGE IN THE TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

B.A. Shamov, A. G., A.G. Shamova, I.Ju. Figurowa

Summary

The efficiency of visceral massage in atopic dermatitis in children manifests itself in prolongation of remission period, the decrease of severity of exacerbations, the reduction of marker indices of systemic endotoxemia and immunoregulating effect. The procedure of visceral massage is developed and its effect on the immune status and markers of systemic endotoxemia in atopic dermatitis in children is studied.

и болезнью: нормой, потому что климактерические изменения в женском организме закономерны, а болезнью, потому что они возникают в результате стойкого нарушения регуляции, которое приводит в конечном итоге к снижению жизнеспособности организма. Кроме того, в основе возрастного выключения репродуктивной функции лежит повышение гипоталамического порога чувствительности к регулирующему влиянию половых гормонов. Тот же самый процесс компенсации, который является неотъемлемой частью механизма развития, со временем вызывает болезнь.

В настоящее время большинство исследователей считают климакс явлением патологическим, отсюда основной целью медиков должна стать попытка перевести дисгармоничное течение климакса в физиологичное. Наиболее адекватным и эффективным представляется профилактическая направленность применения лекарственных средств, психотерапевтических программ и иных ме-

дицинских мероприятий, а не собственно терапевтическая. Необходимо, кроме того, разработать критерии дифференциальной диагностики патологического и физиологического климакса. Количественный подход к этому вопросу [1, 2] оказался мало результативным. Это связано, в первую очередь, с тем, что игнорировались психологические параметры деятельности пациентов.

На основании многолетних клинико-психопатологических исследований больных с психопатологическими климактерическими расстройствами [4—7] нами было выявлено, что тяжесть, прогноз заболевания, а также эффективность терапевтических мер определяют психические расстройства невротического уровня. В рамках климактерического синдрома существуют четыре клинических варианта: астенический (38,3%), сенесто-ипохондрический (25,7%), тревожный (21,3%) и истерический (14,7%).

Отнесение клинических вариантов климактерического синдрома к невротическим (связанным со стрессом) или невротоподобным (органическим) условно можно обозначить схемой, в которой варианты расположены по принципу нарастания (слева направо) невротических симптомов и убывания невротоподобных: астенический → сенесто-ипохондрический → тревожно-депрессивный → истерический.

Невротоподобные (органического генеза) симптомы наиболее выражены при астеническом варианте, а невротические (психогенные) — при истерическом, тогда как при сенесто-ипохондрическом варианте удельный вес невротоподобных проявлений больше, чем невротических, а при тревожно-депрессивном, наоборот, преобладают невротические расстройства.

Выявленное в клинике и приведенное на схеме распределение клинических вариантов климактерического синдрома отражает механизмы их формирования, знание которых имеет существенное значение в выборе стратегии терапии. Эффективность лечения больных с климактерическим синдромом, вклю-

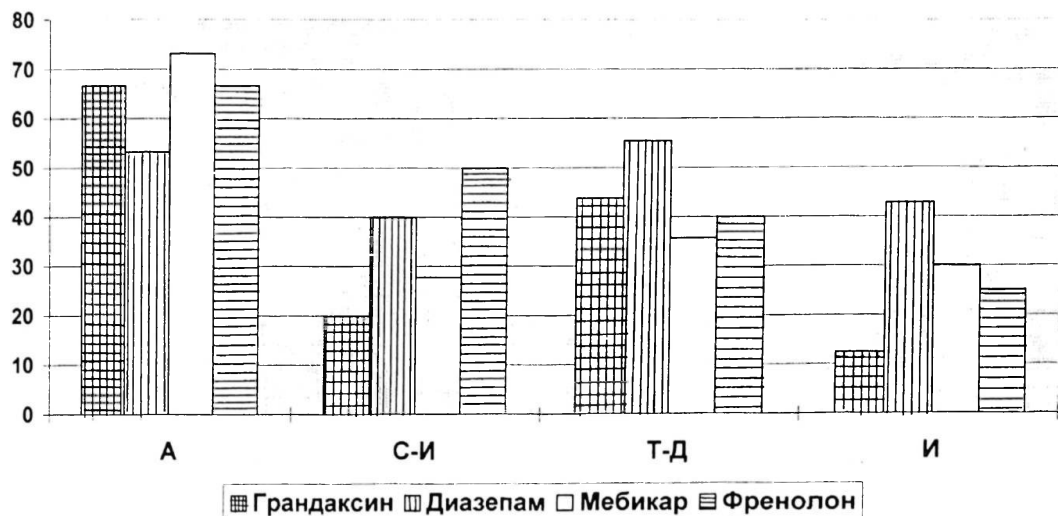
чающим психические и вегетативные проявления, зависит от адекватности выбранных лекарственных препаратов.

С учетом механизмов развития клинических проявлений климактерического синдрома в настоящее время целесообразно использовать следующие стратегии терапии климактерических расстройств: гормональную заместительную, психофармакологическую и психотерапевтическую. Две первые следует отнести к патогенетически ориентированным. С помощью гормональных препаратов, содержащих эстрогены и андрогены в различных пропорциях (например, климен, цикло-прогинова и др.), а также нейролептиков и транквилизаторов (например, грандаксин, транксен, френолон, этаперазин, мебикар и др.), оказывающих действие на гипоталамические структуры, удается предотвратить или купировать вегетососудистые и пограничные психические климактерические расстройства.

Целью настоящего исследования стала оценка эффективности транквилизатора грандаксина при различных вариантах психопатологических климактерических расстройств в сравнении с другими психотропными препаратами (мебикаром, френолоном и диазепамом), которые используются в лечении климактерического синдрома [1, 4]. В группу обследованных вошли 217 женщин в возрасте от 44 до 59 лет, у которых в процессе клинико-психопатологического исследования были выявлены различные варианты собственно климактерических психических расстройств невротического уровня. 49 пациенток получали грандаксин (50 мг 3 раза в день), 41 — диазепам (5 мг 3 раза в день), 68 — мебикар (300 мг 3 раза в день), 59 — френолон (5 мг 3 раза в день). Распределение больных по клиническим вариантам климактерического синдрома было равным. Выбранные терапевтические дозы отражали рекомендации разработчиков фармакологического препарата.

Эффективность действия психофармакологических препаратов при различных вариантах собственно климактерических психических расстройств представлена на рисунке. Как видно из приведенных данных, грандаксин оказался весьма эффективным препаратом при купировании астенического и в меньшей степени — тревожно-депрессивного вариантов. Он чаще ($P < 0,01$), чем диазепам, купировал или значительно ослаблял психопатологические проявления климактерического синдрома в рамках ас-

в % от числа больных



Эффективность препаратов при различных вариантах расстройств.

тенического варианта и чаще ($P < 0,05$), чем мебикар, купировал проявления тревожно-депрессивного варианта собственно климактерических психических расстройств. С помощью грандаксина удавалось в течение полутора-двух недель купировать или значительно ослабить вегетососудистые проявления климактерического синдрома (вагоинсулярные кризы урежались в 4—6 раз) и выраженные астенические проявления. В большей степени грандаксин оказывал влияние на гипостеническую, чем на гиперстеническую, симптоматику. В процессе терапии у больных исчезали быстрая утомляемость, вялость, патологическая сонливость. У большинства из них восстанавливался ночной сон, купировались агрипнические расстройства вследствие урежения «приливов» в ночное время и собственно транквилизирующего эффекта. Восстанавливались комфортные взаимоотношения с окружающими, реже происходили конфликты. При использовании грандаксина у пациенток с тревожно-депрессивным вариантом климактерического синдрома уже через 5—6 дней нормализовывалось настроение, исчезали эмоциональная лабильность и расстройства тревожного ряда (от генерализованных до

панических атак), прекращались или смягчались депрессивные феномены. Однако он оказался малоэффективным в лечении истерических расстройств в рамках истерического варианта климактерического синдрома.

В сравнении с иными транквилизаторами, традиционно используемыми при терапии климактерического синдрома, грандаксин вызывал наименьшее число побочных эффектов. Кроме того, купирование собственно климактерических психических расстройств с помощью грандаксина начинается в среднем на 4,5 дня раньше, чем при использовании мебикара и френолона. Отличительной чертой действия грандаксина оказалась и его хорошая переносимость пациентками, отсутствие влияния на качество жизни, его можно было применять в дневное время и при интенсивной работе.

Таким образом, предотвращению дисгармоничного течения климактерического периода у женщины в виде климактерических вегетативных и пограничных психических расстройств способствует выбор адекватной терапевтической стратегии. Грандаксин можно отнести к препаратам, способным существенным образом улучшать психическое состояние пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е.М. Климактерический синдром. — М., 1966.
2. Вихляева Е.М. и др. В кн.: Гинекологическая эндокринология. — М., 1980.
3. Дильман В.М. Большие биологические часы. — М., 1982.
4. Менделевич В.Д., Зимакова И.Е. и др. / Акуш. и гин. — 1983. — № 2. — С. 51—54.
5. Менделевич В.Д. //Невропатол. и психиатр. — 1984. — № 4. — С. 548—551.
6. Менделевич В.Д. Психопатология климакса. — Казань, 1992.
7. Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия. — Казань, 1996.

Поступила 10.01.00.

УДК 616.716.1+616.716.4]-06.616.314-002.2-085

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕГИОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТЕЙ

А. К. Салахов

*Кафедра челюстно-лицевой хирургии (зав. — проф. Т.Т. Фаизов)
Казанского государственного медицинского университета*

Одним из механизмов развития острых одонтогенных воспалительных заболеваний (ООВЗ) являются нарушения регионарного кровообращения, которые наряду с другими факторами определяют объем и степень поражения тканей. Поэтому исследование состояния регионарного кровообращения при ООВЗ и коррекция его расстройств представляют собой актуальную задачу гнойной челюстно-лицевой хирургии.

Необходимо отметить, что большинство методов исследования состояния регионарного кровообращения, используемых при ООВЗ (реография, термовизиография, радионуклидная скintiграфия и др.), в большей степени отражают лишь наличие воспаления и не дают представления о состоянии сосудов зоны воспаления. Приемлемым для исследования состояния микрогемодикуляции (МЦ) при любой патологии челюстно-лицевой области (ЧЛО) является МЦ-русло бульбарной конъюнктивы. Глазная артерия, кровоснабжающая данное образование, является ветвью внутренней сонной артерии и имеет тесную взаимосвязь с бассейном наружной сонной

COMPARATIVE EFFICIENCY OF THE THERAPY WITH GRANDAXINE OF PSYCHOPATHOLOGIC MANIFESTATIONS OF CLIMACTERIC SYNDROME

V.D. Mendelevich

Summary

The results of studies of grandaxine efficiency in the treatment of psychopathologic manifestations of climacteric syndrome in 217 patients with asthenic, senestopathic and hypochondriac, anxiety and depressive, and hysteric variants of climacteric psychic disorders are given. Grandaxine proved to be a highly effective drug in arresting asthenic and to a lesser degree anxiety and depressive variants.

артерии за счет иннервации единым с ним симпатическим волокном. Второй же способ — определение кровяного давления в лицевых сосудах — важен для оценки состояния не только “местной” гемодинамики, но и кровообращения в сосудах головного мозга, так как лицевые артерии являются ветвями наружной сонной артерии, связанной по кровотоку с внутренней сонной артерией. Следовательно, оба способа, дополняя друг друга, позволяют установить изменения гемодинамики не только в области острого одонтогенного воспаления, но и в звеньях интракраниальной сосудистой системы.

Указанными выше способами проведено комплексное исследование сосудистого тонуса и состояния МЦ у 74 больных ООВЗ челюстей в возрасте от 15 до 67 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии больницы скорой медицинской помощи г. Казани, и у 10 лиц контрольной группы без острой одонтогенной инфекции. Выделены три клинические группы. В 1-ю группу вошли больные (16 чел.), общее состояние