

УДК 618.17:616-055.23 (571.15)

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

© 2015 В.А.Гурьева, Ю.О.Карачева

Алтайский государственный медицинский университет

Статья поступила в редакцию 14.09.2015

Предложен и обоснован новый метод лечения климактерического синдрома (КС), осложненного дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) путем сочетания психотерапии, озонотерапии и фитопрепарата с эстрогеноподобным эффектом. Патент на изобретение № 2429856 «Способ лечения дисциркуляторной энцефалопатии, осложненной климактерическим синдромом». Озонотерапия и эстрогеноподобный эффект климадинона, имея однонаправленное действие на сосудистый фактор, обуславливают оптимизацию мозгового кровотока, стимулируют допаминергические структуры головного мозга, тем самым способствуют снижению климактерических расстройств и неврологической симптоматики, что позволяет причислить данный метод к патогенетически обоснованной терапии у женщин с ДЭ осложненной КС. Дополнительное включение психотерапии в комплексное лечение повышает эффективность ее, устраняя стресс и его негативное влияние, в том числе на сосудистый фактор и решает проблему эффективности и безопасности терапии. Учитывая постарение населения, актуальным является поиск новых методов терапии при данной патологии.

Ключевые слова: *психотерапия, озонотерапия, фитотерапия, дисциркуляторная энцефалопатия, климактерический синдром, нейропсихологический тест*

У женщин с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) в возрасте перименопаузы с появлением климактерического синдрома (КС) возрастает степень риска развития или утяжеления сосудистых нарушений, одной из причин которых является потеря защитного влияния эстрогенов. Доказано не только наличие рецепторов к стероидным гормонам в ткани мозга, но и синтез стероидов мозговыми структурами [9]. Одним из приоритетных направлений у женщин в перименопаузальном возрасте остается поиск новых методов профилактики и лечения сосудистых заболеваний. Учитывая постарение населения, одновременно возросли в популяции хронические формы сосудистой мозговой недостаточности и климактерические расстройства, обусловленные эстрогенным дефицитом характерным для этого возраста. Наступление климакса, прекращение детородной, менструальной функций, появление приливов ухудшающих качество жизни, предстоящее дальнейшее старение организма, обусловленное состоянием эстрогенного дефицита приводили их в состояние стресса, могло способствовать развитию депрессии и требовало психологической поддержки. Снижение уровня эстрогенов усугубляет состояние сосудистой дисфункции в этом возрасте, в связи с чем терапия эстрогенами оправдана в лечении ДЭ. Однако есть противопоказания к назначению

заместительной гормональной терапии или отказ пациентки от ее использования. Международное общество по менопаузе в 2012 г. подготовило и опубликовало «Глобальный консенсус по ведению пациенток в пре- и постменопаузе», в котором при наличии противопоказаний к гормональной терапии пациенткам оправдано назначение альтернативных терапевтических средств. Исследования показали эффективность озонотерапии при некоторых неврологических заболеваниях [10, 15], при этом требуется особая коррекция качества жизни в виде психотерапии, в том числе обусловленная снижением самооценки с наступлением климакса.

Цель работы: обоснование применения психотерапии и озонотерапии в сочетании с эстрогеноподобным эффектом климадинона у пациенток с КС и ДЭ путем изучения динамики нейропсихологических проявлений и состояния эстрогенного дефицита.

Материал и методы. Проведено исследование климактерических клинических маркеров по параметрам менопаузального индекса Купермана в модификации Е.В. Уваровой (ММИ) и нейропсихологических симптомов у 92 пациенток с ДЭ 1-2 ст. и КС, получавших реабилитацию в условиях санатория. Критериями включения в исследование являлись женщины перименопаузального возраста с сочетанной патологией – ДЭ I-II стадии и КС легкой степени тяжести. Критериями исключения из исследования являлись: больные репродуктивного и постменопаузального возраста, с ДЭ III стадии, острым нарушением мозгового кровообращения, тяжелой черепно-мозговой травмой и нейроинфекцией в анамнезе,

Гурьева Валентина Андреевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС. E-mail: vgurjeva@yandex.ru
Карачева Юлия Олеговна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и психотерапии

с КС средней и тяжелой степени тяжести, имеющие тяжелую экстрагенитальную патологию (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда в анамнезе, сердечно-сосудистая патология в стадии декомпенсации, метаболический синдром, гипо- и гипертиреоз), и общепринятые противопоказания для назначения заместительной гормональной терапии.

Методом случайного отбора все больные были распределены на 2 группы. Основную группу составили 50 пациенток, которые на фоне реабилитационного лечения ДЭ в условиях санатория (массаж воротниковой зоны, ЛФК, диетотерапия) получали системную озонотерапию с климадиномом в сочетании с курсом психотерапии, направленной на повышение самооценки (сеансы когнитивно-поведенческой терапии – cognitive behaviour therapy (CBT). Психологическое консультирование способствовало взглянуть этим пациенткам на свои проблемы, как бы со стороны. Курс озонотерапии включал в себя 5 внутривенных капельных инфузий 200 мл озонированного 0,9% раствора хлорида натрия, проводимых ежедневно. Озонирование физиологического раствора проводили с помощью аппарата «Медозонс- ВМ АОТ-Н-01-АРЗ-01» (сертификат соответствия Госстандарта России № РОСС РО.АЯ 74.В 13882, Регистрационное удостоверение № ФС 022а2758/4360-06 от 20.12.06 г.). Данный аппарат характеризуется высокой точностью заданной концентрации озона, отсутствием примесей в генерируемой озono-кислородной смеси, возможностью экологически чистой деструкции отработанного озона. Внутривенное капельное введение 400 мл озонированного физиологического раствора (ОФР) проводилось непосредственно после окончания 15-минутного барбатирувания стерильного флакона с физиологическим раствором озono-кислородной смесью при скорости газопотока 1 л/мин. Калибровка аппарата осуществлялась таким образом, чтобы концентрация озона в физиологическом растворе составляла 400 мкг/л. Разовая доза озона, введенная в сосудистое русло в течение одной инфузии 400 мл ОФР, составляла 160 мкг, курсовая – 800 мкг. Раствор начинали вводить через 1-5 мин после его получения, скорость инфузии составляла 8-10 мл/мин, т.е. была близка к струйному введению, что является важным, так как обеспечивает минимальную потерю озона. Курс лечения состоял из 5 внутривенных капельных инфузий, проводимых ежедневно. Фитопрепарат из экстракта цимицифуги роцемозы – климадинон назначали по 1 таблетке (20 мг) 2 раза в день, или по 30 капель (20 мг) 2 раза в день в зависимости от формы выпуска, утром и вечером в течение 3 месяцев. Суточная доза – 40 мг.

В группу сравнения вошли 42 пациентки с ДЭ и КС, которым проводился тот же объем, но без озонотерапии с климадиномом и психотерапией. Средний возраст женщин основной группы

составил $50,84 \pm 1,07$ лет, группы сравнения – $51,19 \pm 1,2$ лет.

В качестве оценочных критериев эффективности до лечения и после его окончания изучали: клинические маркеры эстрогенного дефицита (степень тяжести КС) определяли с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ) по шкалам нейровегетативных, эндокринно-метаболических и психоэмоциональных нарушений методики Kupperman с соавт. (1959) в модификации Е.В. Уваровой (1983). Критерии сенсорного внимания осуществляли с использованием теста «таблицы Шульте», снижение внимания в данном тесте оценивалось по пяти степеням от I до V [3]. Кратковременную память оценивали с помощью методик – «Память на числа», «Память на образы», психологический статус по методике сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ) [4]. Качество жизни оценивали при помощи русской версии опросника «Short Form-36 (SF-36) Health Status Survey» [12]. Исследование уровня когнитивных расстройств проводили при помощи краткой шкалы оценки психического статуса (КШОПС) – Mini-Mental State Examination (MMSE). Функциональное состояние сосудов оценивали по содержанию признанного вазоконстриктора – Эндотелина-1 в плазме крови. Его определение проведено с использованием набора реактивов фирмы BioMedica (Австрия) и фотометра вертикального сканирования UNIPLAN-RICON (Россия). Мозговой кровоток определяли ультразвуковым дуплексным сканированием. Исследование интракраниальных сосудов выполняли на ультразвуковом сканере En Visor C (Philips). Допплерография интракраниального отдела брахиоцефальных артерий осуществлялась с помощью фазированного датчика частотой 2,25 МГц.

Результаты исследования и их обсуждение. Изначально объем терапевтической помощи обосновывался на основании литературного поиска патогенетических механизмов психотерапии, озонотерапии и эстрогенов в неврологической и гинекологической практике. Необходимость психотерапии обосновывается с учетом появления снижения самооценки пациентки в связи с прекращением менструальной и детородной функций, появлением «страха старости», подтверждаемой снижением качества жизни, обусловленное развитием эстрогенного дефицита, что требовало как психологической поддержки, которая могла быть более эффективной в сочетании с коррекцией эстрогенного дефицита. Доказано положительное воздействие озонотерапии в неврологической практике с многофакторным воздействием медицинского озона на состояние органов и функциональных систем организма. Это явилось одним из обоснований при поиске пути оптимизации терапии пациенток с сочетанной патологией использовать

психотерапию, озонотерапию, фитопрепарат с эстрогеноподобным эффектом.

Клиническое исследование эффективности лечебного комплекса подтвердили более высокие результаты терапии у пациенток основной группы - наблюдалось более выраженное снижение климактерических проявлений в первый месяц при добавлении курса психотерапии, озонотерапии в комплексе с санаторными методами лечения. В основной группе снижение ММИ было

более выраженным - на 4,8 баллов - на 23,4% ($p < 0,05$). С достоверной значимостью после лечения произошло снижение нейровегетативных нарушений на 32,8% ($p < 0,05$), психоэмоциональных нарушений на 27,0% ($p < 0,05$). Не наблюдалось лишь различий по отношению обменно-эндокринных нарушений, что вполне объяснимо, так как данные изменения нарастают в периоде менопаузы и не имеют особой выраженности в перименопаузальном возрасте.



Примечание: * – статистически значимые различия в группах сравнения до и после лечения, по критерию однородности ($\chi^2 < 3,8$); ^Δ – различия статистически значимые между группами по критерию однородности ($\chi^2 < 3,8$)

Рис. 1. Динамика степени тяжести климактерических расстройств по параметрам ММИ (в баллах) у пациенток с ДЭ и КС

В группе сравнения снижение ММИ произошло всего лишь на 3,7% ($p > 0,05$) (на 1 балл), без достоверной значимости наблюдалась лишь тенденция снижения нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений (рис. 1). Без озонотерапии и психотерапии в группе сравнения эффект по параметрам ММИ проявлялся через 3-6 месяцев. Также неврологическая симптоматика устранялась в большей степени у женщин основной группы. Так, при исследовании темпа сенсомоторных реакций в обеих группах больных до лечения отмечалась легкая степень снижения объема внимания, что выражалось в увеличении суммарного времени, затрачиваемого на отыскание чисел. Также в обеих группах больных до лечения наблюдалась неравномерность темпа выполнения задания, которая выражалась в постепенном снижении параметров, что является показателем истощаемости внимания и снижении умственной трудоспособности. Среднее время, затрачиваемое на поиск чисел по таблицам Шульте, после лечения достоверно уменьшилось в основной группе с 46,56 сек. до 36,31 сек. По всем пяти таблицам Шульте (табл. 1) Эффективность терапии выше у женщин на фоне озонотерапии и психотерапии.

После курса озонотерапии и психотерапии с климадиномом в основной группе повысились среднее количество образов по тесту «Память на образы» (табл. 2) с 7,18 до 11,00 ($p < 0,05$), а также среднее количество запоминаемых чисел пациентами соответственно теста «Память на числа» с 4,29 до 6,12 ($p < 0,05$), что свидетельствует об улучшении кратковременной памяти у пациенток с ДЭ

1-2 ст. В контрольной группе отмечалась положительная тенденция к улучшению кратковременной памяти, однако без достоверной значимости.

Результаты исследования когнитивных функций по шкале КШОПС (MMSE) до лечения в основной группе составили $24,30 \pm 0,57$ баллов, что соответствует преддементным когнитивным нарушениям (табл. 3).

После лечения по тесту MMSE в основной группе когнитивные расстройства исчезли. Это можно утверждать на основании повышения среднего показателя ($28,7 \pm 0,9$ баллов, $p < 0,05$), на основании которого можно исключать когнитивные нарушения у данных пациенток (табл. 3). У больных группы сравнения до лечения наблюдались также преддементные когнитивные нарушения ($23,6 \pm 0,9$ баллов). На фоне стандартного санаторного лечения ДЭ явных изменений не произошло ($23,9 \pm 0,7$ балла), в отличие от эффекта озонотерапии и психотерапии, которая оказывала более позитивное действие на когнитивные функции.

Исследование психоэмоционального статуса пациенток обеих групп (табл. 4) до лечения свидетельствовало о том, что на усредненном профиле СМОЛ наиболее характерные пики отмечались по шкалам невротической триады: 1-й (ипохондрия), 2-й (тревога – депрессия), 3-й (демонстративность); 7-ой (психастения) и 8-ой (аутичность), со снижением по 9-ой шкале (гипомании). Указанные изменения отражают тенденцию постоянной тревожности, депрессивности, интравертированности, такого эффекта, как

«уход в болезнь», склонность к самоанализу, легкую ранимость, строгое следование конвенциональным нормам поведения у обследованных

пациентов, т.е. черты обуславливающие «запрограммированную» напряженность в общении с людьми.

Таблица 1. Сравнительная характеристика показателей внимания по таблицам Шульте

Номер таблицы	Затраченное время (в секундах)			
	основная группа n=50		группа сравнения n=42	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
1	44,61 ± 2,08	35,63 ± 0,92* ^Δ	44,64 ± 1,56	42,52 ± 1,60
2	44,65 ± 2,14	36,63 ± 1,06* ^Δ	45,60 ± 1,71	44,93 ± 1,70
3	47,71 ± 2,0	38,25 ± 0,98* ^Δ	46,69 ± 1,41	44,88 ± 1,32
4	44,84 ± 2,24	34,94 ± 1,06* ^Δ	42,67 ± 1,15	42,50 ± 1,42
5	47,9 ± 1,90	36,27 ± 0,90* ^Δ	47,26 ± 0,72	48,19 ± 2,11
ИТОГО:	46,56 ± 1,57	36,31 ± 0,98* ^Δ	45,37 ± 1,46	44,64 ± 1,59

Примечание: * - различие статистически значимое (p<0, 05) по сравнению со значением в начале лечения; ^Δ - различие статистически значимое (p<0, 05) по сравнению со значением в группе сравнения

Таблица 2. Сравнительная характеристика показателей тестов «Память на образы», «Память на числа» в группах сравнения

Тесты	Больные с ДЭ 1-2ст.			
	основная группа n=50		группа сравнения n=42	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Кол-во запомненных образов по тесту «Память на образы»	7,18 ± 0,26	11,00 ± 0,36* ^Δ	7,93 ± 0,27	8,62 ± 0,27*
Кол-во запомненных чисел по тесту «Память на числа»	4,29 ± 0,18	6,12 ± 0,18* ^Δ	4,48 ± 0,23	4,60 ± 0,25

Примечание: * - различие статистически значимое (p<0, 05) по сравнению со значением в начале лечения; ^Δ - различие статистически значимое (p<0, 05) по сравнению со значением в контрольной группе

Таблица 3. Результаты исследования когнитивных функций по шкале КШОПС(MMSE)

Нейропсихологический тест	Основная группа		Группа сравнения	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
КШОПС, баллы	24,30 ± 0,57	28,7 ± 0,9* ^Δ	23,6 ± 0,9	23,9 ± 0,7

Примечание: * - достоверность различий между группами (p<0, 05) по сравнению со значением в начале лечения; ^Δ - различие статистически значимое (p<0, 05) по сравнению со значением в контрольной группе

После курса озонотерапии, психотерапии в сочетании с климатдиномом в основной группе выявлено понижение профиля по шкале 1 (ипохондрия) с 75,29 до 59,02 баллов (p<0,05) по шкале 2 (тревога – депрессия) с 65,1 до 43,61 баллов (p<0,05), по шкале 7 (психастения) с 68,02 до 59,12 баллов (p<0,05), по шкале 8 (аутичность) с 65,71 до 55,16 баллов, по 9-й шкале (активность) с 43,37 до 58,25 баллов (p<0,05), что в целом свидетельствует об уменьшении внутренней напряженности, снижении уровня тревоги, а также о повышении активности, жизнерадостности, уменьшения раздражительности и меньшей утомляемости от психологических нагрузок. В группе сравнения после проведенного лечения положительная динамика показателей по шкалам не отмечалась, в результате показатели личностного профиля в основной группе оказались достоверно выше (табл. 4). Соответственно тесты «SF-36»

показатели качества жизни (табл. 5) в обеих группах до лечения существенно не отличались.

Низкие показатели выявлены по шкалам: «влияние физического состояния на ролевое функционирование», «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование», «жизнеспособность», «интенсивность боли и ее влияние». Параметры данного теста отражают степень, в которой состояние здоровья ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). После курса комплексной реабилитации отмечается положительная динамика качества жизни в обеих группах, однако более выражена она у пациенток в основной группе в сравнении с контрольной по шкалам: «физическое функционирование» (74,03±3,53 и 54,5±3,58 баллов соответственно; p<0,05), «влияние физического состояния на ролевое функционирование»

(67,74±6,48 и 28, 3±5,46 баллов соответственно; 48,5±6,85 баллов соответственно; $p<0,05$), «интенсивность боли и ее влияние» (58,45±4,3 и 48,5±6,85 баллов соответственно; $p<0,05$).

Таблица 4. Средние величины профиля СМОЛ в баллах у больных с ДЭ 1-2 ст. основной и контрольной группы ($M \pm m$)

Группа	Шкалы					
	L	F	K	1	2	3
основная группа (n=50)	<u>42,35±1,39</u> 45,88±1,48	<u>56,39±2,40</u> 47,37±1,84	<u>48,39±1,18</u> 52,33±1,34	<u>75,29±1,74</u> 59,02±1,43* ^Δ	<u>65,02±2,19</u> 45,49±1,68* ^Δ	<u>65,10±2,04</u> 43,61±1,77* ^Δ
группа сравнения (n=42)	<u>48,00±1,86</u> 50,21±2,04	<u>48,60±2,32</u> 48,81±2,19	<u>54,07±1,62</u> 54,79±1,18	<u>69,48±1,80</u> 69,74±1,81	<u>65,17±1,97</u> 68,88±2,06	<u>68,07±1,80</u> 69,64±1,89
	4	6	7		8	9
основная группа (n=50)	<u>45,18±1,93</u> 37,92±1,52	<u>50,31±2,90</u> 44,87±1,93	<u>68,02±1,78</u> 59,12±1,49* ^Δ		<u>65,71±1,95</u> 55,16±1,46* ^Δ	<u>43,37±1,47</u> 58,25±1,65
группа сравнения (n=42)	<u>39,43±1,62</u> 45,38±1,80	<u>41,40±2,11</u> 41,81±2,40	<u>64,83±1,32</u> 67,52±1,55		<u>66,64±1,70</u> 61,90±1,46	<u>45,36±1,81</u> 46,26±1,76

Примечание: - в числителе указаны показатели до лечения, в знаменателе после лечения; * - различие статистически значимое ($p<0,05$) по сравнению со значением в начале лечения; ^Δ - различие статистически значимое ($p<0,05$) по сравнению со значением в контрольной группе

Таблица 5. Динамика показателей качества жизни до и после проведения озонотерапии

Показатели качества жизни: до/после лечения, в баллах	Больные с ДЭ 1-2 ст.	
	основная группа (n=50) ($m \pm m$)	группа сравнения (n=42) ($m \pm m$)
общее состояние здоровья	<u>47,00 ± 3,10</u> 59,55 ± 3,72* ^Δ	<u>49,53 ± 2,51</u> 48,90 ± 2,74
физическое функционирование	<u>63,06 ± 3,90</u> 74,03 ± 3,53* ^Δ	<u>54,50 ± 3,58</u> 58,00 ± 3,15
влияние физического состояния на ролевое функционирование	<u>29,03 ± 7,16</u> 67,74 ± 6,48* ^Δ	<u>20,60 ± 4,37</u> 28,13 ± 5,46
влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование	<u>32,48 ± 6,83</u> 74,32 ± 6,67* ^Δ	<u>46,88 ± 6,40</u> 48,50 ± 6,85
социальное функционирование	<u>47,42 ± 2,07</u> 52,32 ± 2,26	<u>44,95 ± 2,13</u> 42,15 ± 1,70
интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься	<u>43,39 ± 3,59</u> 58,45 ± 4,30* ^Δ	<u>46,75 ± 3,12</u> 50,00 ± 3,57
жизнеспособность	<u>36,77 ± 3,46</u> 62,74 ± 3,91* ^Δ	<u>48,68 ± 2,82</u> 52,13 ± 2,72
самооценка психического здоровья	<u>43,61 ± 3,95</u> 63,10 ± 3,84* ^Δ	<u>56,60 ± 3,37</u> 57,20 ± 2,72

Примечание: в числителе указаны показатели до лечения, в знаменателе после лечения; * - различие статистически значимое ($p<0,05$) по сравнению со значением в начале лечения; ^Δ - различие статистически значимое ($p<0,05$) по сравнению со значением в контрольной группе

Кроме этого в основной группе наблюдалось увеличение показателей по шкалам: «общее состояние здоровья» (с 47,00±3,10 до 59,55±3,72; $p<0,05$), «физическое функционирование» (с 63,06±3,90 до 74,03±3,72; $p<0,05$), «жизнеспособность» (с 36,77±3,46 до 62,74±3,91; $p<0,05$), «самооценка психического здоровья» (с 43,61±3,95 до 63,10±3,84; $p<0,05$). (табл. 5). Полученные данные свидетельствуют о повышении качества жизни и уровня общения в связи с увеличением физического и психического здоровья, повышением жизненной активности и снижении степени утомления. Следовательно, выбор терапии у пациенток с КС, осложненным ДЭ, прежде всего должен быть с учетом влияния на сосудистую стенку и повышения перфузии ткани мозга. Доказательством эффективности лечения в группах

сравнения является изучение мозгового кровотока на фоне лечения. Проведенные исследования мозгового кровотока показали, что у пациенток основной группы проведение психотерапии, включение озонотерапии и прием климадинона способствовали улучшению мозгового кровотока, что проявлялось увеличением пиковой систолической скорости на 21,0% ($p<0,05$), а также увеличением ее после гиперкапнической пробы на 32,1% ($p<0,05$) (табл. 6), и что свидетельствовало о восстановлении тонуса резистивных сосудов, восстановлении реактивности мозговых сосудов.

Эффект благоприятного воздействия на сосудистый фактор предложенного комплекса лечения женщин основной группы доказывает также снижение общепризнанного вазоконстриктора – Эндотелина-1, который достоверно

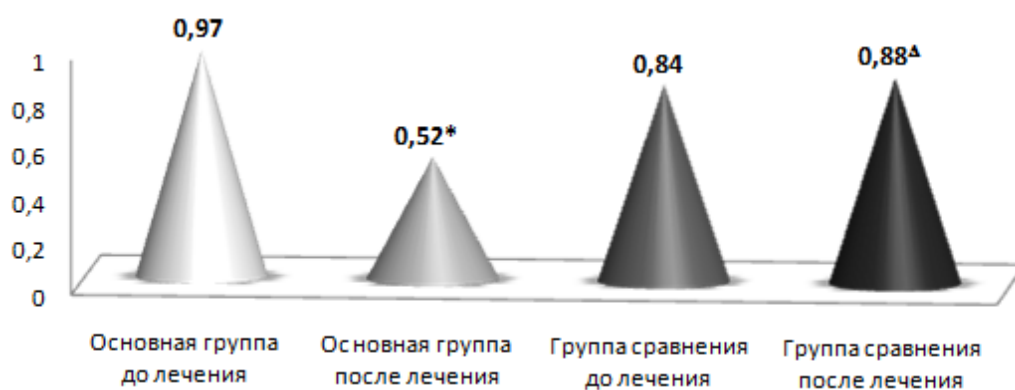
уменьшился на фоне системной озонотерапии и климадинона на 46,4% ($p < 0,05$). Снижение произошло с $0,97 \pm 0,1$ ф/моль/мл до $0,52 \pm 0,05$ ф/моль/мл, что говорит о положительном влия-

нии озона на функциональное состояние эндотелия. В группе сравнения показатели Эндотелина-1 достоверно не изменились (рис. 2).

Таблица 6. Динамика показателей кровотока в средней мозговой артерии у пациенток в покое и после проведения гиперкапнической пробы на фоне реабилитации

Показатели	Основная группа (n=94)		Группа сравнения (n=88)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
пиковая систолическая скорость (Vps) см/с	$80,11 \pm 3,42$	$96,96 \pm 2,65^*$	$79,28 \pm 3,11$	$82,88 \pm 3,24^A$
резистивный индекс (RI)	$0,47 \pm 0,01$	$0,49 \pm 0,01$	$0,48 \pm 0,01$	$0,50 \pm 0,01$
Vps, см/с, после пробы	$96,76 \pm 6,76$	$127,80 \pm 5,3^*$	$95,64 \pm 6,36$	$99,75 \pm 6,88^A$
% прироста Vps после пробы	18,7%	29,3%*	19,3%	19,5% ^A

Примечание: * – статистически значимые различия по сравнению с результатами до лечения; уровень значимости, по сравнению с исходными данными: $p < 0,05$; ^A – статистически значимые различия между основной и группой сравнения после лечения; уровень значимости, по сравнению с исходными данными: $p < 0,05$



Примечание: * – статистически значимые различия по сравнению с результатами до лечения; уровень значимости, по сравнению с исходными данными: $p < 0,05$; ^A – статистически значимые различия между основной и группой сравнения после лечения; уровень значимости, по сравнению с исходными данными: $p < 0,05$

Рис. 2. Динамика уровня Эндотелина-1 (ф/моль/мл) у пациенток с ДЭ I-II стадии и КС легкой степени тяжести на фоне реабилитации

С учетом имеющихся данных достижение более высокой эффективности обусловлено тем, климадинон с его эстрогеноподобным действием вероятно может оказывать прямой эффект на сосудистую систему ЦНС, приводя к снижению тонуса гладкой мускулатуры и улучшению перфузии [8], тем самым улучшая когнитивные функции. В группе сравнения пациентки принимали также климадинон, однако эффект был менее значим, что обосновывает его сочетание с озонотерапией, озонотерапия оказывает влияние на микроциркуляцию мозгового кровотока, учитывая мембраностабилизирующий ее эффект, [7, 14], также уменьшает вязкость мембран, обусловленную связыванием в липидном бислое пероксидов [5], снижает содержание холестерина [1], нормализует фосфолипазную активность [13], элиминирует поврежденные компоненты [2] и, наконец, усиливает антиоксидантный контроль [6].

Реализация действия озона может быть связана с увеличением в плазме крови уровня серотонина – одного из ключевых антиноци-

цептивных нейротрансмиттеров. Этот факт был установлен в исследованиях [7]. Учитывая потенцирующее действие воспаления на манифестацию ноцицептивных реакций, необходимо учитывать и мощное противовоспалительное действие озона, отмечаемое многими авторами [2, 11] и связываемое с активацией фагоцитоза стабилизацией тонуса сосудов, стимуляцией синтеза цитокинов. Последние, как уже указывалось, обеспечивают выработку моноцитами и макрофагами эндогенных опиоидных пептидов. Необходимость проведения психотерапевтической поддержки подтверждена результатами динамики до и после лечения нейропсихологических тестов. Психотерапия устраняла стресс, обусловленный появлением процессов старения женского организма, что повышало эффективность результатов лечения и качества жизни.

Выводы: впервые предложена психотерапия с озонотерапией в сочетании с фитопрепаратом из Цимицифуги рацемоза («Климадинон») с эстрогеноподобным эффектом для лечения сочетанной патологии: ДЭ и КС. Имея

однонаправленное действие на сосудистый фактор, комплексная терапия способствует оптимизации мозгового кровотока, стимулирует допаминергические структуры головного мозга, тем самым способствует снижению климактерических расстройств и неврологической симптоматики, что позволяет причислить данный метод к патогенетически обоснованной терапии у женщин с ДЭ осложненной КС. Данный метод, учитывая отсутствие побочных эффектов, может широко использоваться в условиях санатория и на амбулаторном этапе реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белоусов, С.С. Влияние ПОЛ и антиоксидантной терапии на фосфолипидную структуру мембран и бетаадренорецепторы у больных ИБС / С.С. Белоусов, Е.В. Сулонова, Е.М. Трунова // Перекисное окисление липидов и антиоксидантная терапия: Сб. науч. труд. Горький. 1988. С. 5-14.
2. Белянин, И.И. Биологические и лечебные свойства озона: Авторизированный аналитический обзор. – М., 1998. 17 с.
3. Гиппенрейтер, Ю.Б. Психология конституциональных различий У. Шелдона / Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романов // Психология индивидуальных различий / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. – М.: ЧеРо, 2000. 772 с.
4. Зайцев, В.П. Психологический тест СМОЛ // Актуальные вопросы восстановительной медицины. 2004. № 2. С. 17-19.
5. Контрощикова, К.Н. Перекисное окисление липидов при коррекции гипоксических нарушений физико-химическими факторами: Автореф. дис.... докт. биол. наук. – Н.Новгород, 1992. 38 с.
6. Перетягин, С.П. Механизмы лечебного действия озона при гипоксии // Озон и методы эфферентной терапии в медицине: Тез. докл. I Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Н.Новгород, 1992. С. 4-5.
7. Перетягин, С.П. Патологическое обоснование озонотерапии постгеморрагического периода: Автореф. дис.... докт. мед. наук. – Казань, 1991. 40 с.
8. Barrett-Connor, E. Estrogen replacement and cognitive function in older women / E. Barrett-Connor, D. Koritz -Silverstein // J. Am. Med. Assoc. 1993. Vol. 260. P. 2637-2641.
9. Baulieu, E.C. Gonadal steroid modulation of neuroendocrine transduction: a transynaptic view // Rec. Prog. Horm. Res. 1997. Vol. 52. P. 1-32.
10. Casas, M. Ozonotherapy in demential syndrome in the elderly / M. Casas, B. Conde, M. Ornia, F. Ramos // 2nd International Symposium on Ozon Application. Abstracts. – Havana, Cuba. 1997. Part 2. P. 33.
11. Corcho, I. Immune system changes in inflammatory process during ozone therapy application / I. Corcho, F. Hernandez, N. Reyes et al. // 2nd International Symposium on Ozon Application. Abstracts. Havana, Cuba. 1997. Part 1. P. 41.
12. Horney, C.A. The moss 36-Item-Short-Form Health Survey (SF-36) II Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs / C.A. Horney, J.E. Ware, A.E. Raczek // Medical Care. 1993. Vol. 31, N 3. P. 247-263.
13. Leon, O.S. Ozone oxidative preconditioning and its influence on calcium homeostasis / O.S. Leon, N. Merino, S. Menendes et al. // 2nd International Symposium on Ozon Application. Abstracts. Havana, Cuba. 1997. Part 1. P. 42-43.
14. Rilling, S. The basis clinical application of ozone therapy // Ozonachrichten. 1985. № 4. P. 7-17.
15. Rodrigues, M.M. Application of ozone therapy in ischemic cerebrovascular disease / M.M. Rodrigues, J. Garsia, S. Menendes et al. // 2nd International Symposium on Ozon Application. Abstracts. Havana, Cuba. 1997. Part 2. P. 33.

THE ROLE OF PSYCHOTHERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY AND CLIMACTERIC SYNDROME

© 2015 V.A. Guryeva, Yu.O. Karacheva
Altai State Medical University

The new method of treatment of climacteric syndrome complicated with discirculatory encephalopathy was introduced by combining the psychotherapy, ozone therapy and estrogen-like phytotherapy. The patent for the invention № 2429856 "The method of treatment of discirculatory encephalopathy complicated with climacteric syndrome". Ozone therapy and estrogen-like effect of klimadynon have a synergetic effect on vascular system resulting in cerebral blood flow normalization and stimulation of dopamine system. So, they help to reduce the menopausal symptoms and manage with neurological disorders. That allows us to determine this method as a pathogenetically directed therapy at women with chronic cerebral ischemia complicated with climacteric syndrome. The use of psychotherapy in complex treatment improves clinical results by eliminating stress and its negative impact on vascular factor. Because of the population ageing, new therapeutic approaches in the field of this pathology become very actual.

Key words: *psychotherapy, ozone therapy, phytotherapy, discirculatory encephalopathy, climacteric syndrome, neuropsychological test*

Valentina Guryeva, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Obstetrics and Gynecology Department. E-mail: vgyurjeva@yandex.ru; Yulia Karacheva, Candidate of Medicine, Associate Professor at the Department of Psychiatry and Psychotherapy