

дов и способов его применения при самых разнообразных заболеваниях и патологических состояниях, которые защищены многими патентами Российской Федерации. Достаточно сказать, что в косметологии излучение этого лазера позволяет абсолютно бесследно устранять папилломы и невусы. С его помощью успешно устраняют татуировки и грубые рубцы. В урологии излучение гольмиевого лазера используют для литотрипсии и устранения различных стриктур мочевыводящих путей. В гинекологии этот лазер стал незаменимым инструментом в лечении различных воспалительных заболеваний, аномалий развития и даже бесплодия. Качественно новый уровень хирургическая помощь получила с внедрением излучения гольмиевого лазера в клинику артрологии. Сочетание эндоскопических методов с возможностями лазерного воздействия позволили проводить многие вмешатель-

ства не только с меньшими затратами во времени, но и сделать их амбулаторными. При этом качество и сроки лечения принципиально отличаются в лучшую сторону от традиционных способов. Своеобразный революционный прорыв в хирургии заболеваний уха, горла и носа связан с применением гольмиевого лазера и в этой области медицины. Высокая степень прецизии в исполнении хирургического воздействия на различные органы и ткани позволили решить ряд технических вопросов, которые до лазерной эры были практически невозможными.

ООО «МедОптоТех» и фирма «Техника» предлагают для клинического применения современную хирургическую лазерную установку СТН-10, которая по ряду параметров превосходит аналогичные зарубежные аппараты. При этом организуются курсы обучения персонала приемам работы с лазерным излучением.

Картелишев А.В., Колупаев Г.П., Ключев В.М., Москвин С.В., Вернекина Н.С.,
Лакосина Н.Д., Чеботков А.А., Сухов С.В., Яковченко В.А.

Концепция и технологии этапной лазерной терапии и профилактики при психосоматической патологии

Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко, НИИ детской гематологии МЗ РФ, ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского МЗ РФ, ТОО «Фирма «Техника», РГМУ, г. Москва

Проблема психосоматической патологии затрагивает жизненные интересы практически каждого пациента как внутренней (интернальной) медицины, так и всех других ее специализированных подразделов, что указывает на поистине народно-хозяйственное значение аспектов оптимизации терапии и реабилитации профильных больных, а также на неотложную потребность оперативного поиска и внедрения в широкую практику соответствующих технологий.

Подчеркнем в данной связи, что в настоящее время в комплексном лечении, мероприятиях вторичной профилактики и в общей системе реабилитации больных с разнообразной психосоматической патологией, которые составляют на приеме у различных специалистов до 80–90% пациентов, применяются в основном методы психофармакотерапии (ПФТ). Но на фоне несомненных успехов ПФТ выявлены существенные негативные факты ее применения (нейролептический синдром; вторичные депрессии; поздняя дискинезия; выраженные гормональные дисфункции; астенические «хвосты»; частое формирование лекарственной рефрактерности; патоморфоз и др.). Это и диктует означенную выше необходимость обоснования и разработки новых технологий.

Накопленный нами опыт свидетельствует, что на этом научно-прикладном направлении наи-

более перспективным является использование комбинированной низкоинтенсивной лазерной терапии (НИЛТ). Постулатом служит доказанность того, что биологические эффекты НИЛТ хорошо согласуются с общими для любых клинических вариантов психопатологических состояний патогенетическими механизмами; в том числе, в отношении мощного активирующего адаптивно-корректирующего влияния квантов лазерного света на мозговые структуры, факторов, опосредующих предупреждение фармакорезистентности – одной из важных негативных позиций ПФТ и ряда других известных сложностей при осуществлении традиционной комплексной реабилитации профильных больных.

Применив по ранее описанным оригинальным технологиям (разовая, суммарная курсовая дозы, регионы воздействия, количество и кратность проведения процедур и т. д.) этапную НИЛТ в комплексном лечении 217 больных с различными клиническими проявлениями психосоматических расстройств, мы установили следующие закономерности лечебной эффективности, существенно превосходящей традиционные методы как по оперативности возникновения положительных сдвигов, так и по их глубине:

– Уже после нескольких (3–5) терапевтических процедур обнаруживаются такие отсутство-

вавшие на фоне традиционной ПФТ положительные изменения в психическом состоянии пациентов, как: чувство «просветления» в голове; исчезновения «пелены», «мушек», «сетки» и др. патологических явлений перед глазами; улучшение сна и появление утром чувства отдыха; появление вначале кратковременного, потом более стойкого чувства бодрости и возможности сосредоточиться, концентрировать внимание, общаться.

– Спустя 5–8 лечебных сеансов наблюдается ускорение процесса расширения объема памяти и внимания; повышение работоспособности; возможность коррекции поведенческих реакций; вслед за этим, значительное уменьшение интенсивности тревоги, депрессии и, в меньшей степени, навязчивостей, а также дезактуализация сверхценных и бредовых образований, идей и сформированного бреда.

– Через 9–12 лечебных процедур появлялись отсутствовавшие на фоне ПФТ существенные положительные изменения в отношении галлюцинаторных переживаний.

– В результате начавшегося примерно на 5–7 сеансах НИЛТ восстановления лекарственной чувствительности к психотропным препаратам эффективной становится также и сама ПФТ, что резко усиливает совокупное воздействие ПФТ + НИЛТ.

– Ни у одного исследованного больного не развивались достаточно наблюдаемые на фоне ПФТ (особенно высокодозной или многокомпонентной) проявления нейролептического синдрома; более того в случаях наличия подобной она при проведении курса НИЛТ ликвидировалась.

Полученные данные свидетельствуют об огромных потенциальных возможностях и перспективах НИЛТ не только в лечебном, но и в профилактическом плане проведения комплексных мероприятий по реабилитации больных с разнообразной психосоматической патологией, при условии реализации принципа этапности осуществления курсовой НИЛТ в сочетании с ПФТ.

Мы сочли возможным не давать подробный комментарий этой позиции, а ограничиться здесь лишь характеристикой алгоритма этапной лечебно-профилактической схемы курсов комбинированной НИЛТ, которая включает следующие позиции:

– Обязательное использование совокупного воздействия красного (0,63–0,66 мкм) и инфракрасного [0,89 мкм] диапазонов волн лазерного света.

– Лечебный курс – не менее 10–12 процедур.

– Второй лечебный курс – 5–10 процедур (при необходимости третий и последующие, с интервалами между ними 2–4–6 мес. – по индивиду-

альным показателям до получения стойкого положительного эффекта).

– Лечебно-профилактический курс – 5–7 процедур (спустя 4–6 мес. после окончания лечебного/ых курсов) – реабилитационный (через 6–9 мес.) – профилактические (спустя 9–12 мес.).

Следует подчеркнуть, что эта схема должна служить общим руководством стратегии лечения, а оперативное решение тактических задач в отношении конкретного больного остается за специалистом, главным требованием к которому является углубленная профессиональная подготовка врача-психиатра по методическим аспектам лазерологии и врача-лазеролога – по психиатрии. Наиболее приемлемым при этом остается сотрудничество данных специалистов, тогда как остальные варианты не допустимы. Практика показывает, что именно несоблюдение данного принципа ведет к искусственному опорочиванию методики НИЛТ вследствие неграмотного ее применения, или несоблюдения принципа этапности осуществления предложенной схемы реабилитации психосоматических больных.

В заключение следует подчеркнуть, что такая комбинированная методика терапии и профилактики профильных больных дают возможность по-настоящему унифицировать технологии этапного восстановления их психического здоровья, как на стадии стационарной, так и на амбулаторной их реабилитации. Это указывает на необходимость оперативного и полнообъемного внедрения новой технологии и предложенного алгоритма лазерной терапии и лазерной профилактики в широкую психосоматическую практику.

The concept and new technologies of the therapie and the profilactic in the psychosomatics

Kartelishvili A.V., Kolupaev G.P., Kljuszev V.M., Moskvina S.V., Vernekina N.S., Lakosina N.D., Chebotkov A.A., Suchov S.V., Jakovitchenko V.A.

We have found possible to designate algorithm of the scheme of courses combined (mandatory usage of red and infrared wave bands of laser light) LT, because in a number profile monographs of activities we explicitly publish individually programmed techniques and outcomes of a course laser therapie (LT) and laser preventive maintenance, in a scientific – practical and methodical manual, which one are advised to issuing by a Section on physicochemical and laser medicine of Scientific advice Public Health services of Russia):

Medical course (not less than 10–12 procedures) – second medical course (if necessary and 3–4, with intervals between them 2–4–6 m. on personal parameters) – preventive course (after 4–6 m. after medical courses) – rehabilitational course (through 6–9 m.) – preventive (after 9–12 m.). It is necessary to point out, that this algorithmic diagram should serve a general management, and the operating solution of a problem of tactics in attitude concrete ill remains behind the specialist, to the main require-

ments to which one is the detailed vocational training of the psychiatrist on methodical aspects laserology and laserologist on psychiatry (the remaining versions are not permissible).

In summary we shall indicate, that our perennial experience allows strongly recommend and directly to de-

mand the most broad intrusion of a laser therapie and laser preventive maintenance in psychiatric and psychosomatic practice, wherefore on combination of biomedical and clinical effects these not medicinal ways of treatment profile ill are indeed strategic reserve of medicine XXI of century.

Касаткин С.Н., Галимзянов Х.М., Вишневецкая И.Ф.

Особенности клинко-цитохимических показателей у больных АРЛ в условиях применения лазеротерапии

Астраханская государственная медицинская академия, г. Астрахань

С 70-х годов в Астраханской области стала регистрироваться спорадическая заболеваемость, которая первоначально рассматривалась как вирусная экзантема. В дальнейшем была установлена риккетсиозная природа этого заболевания и установлено его название: Астраханская риккетсиозная лихорадка (АРЛ). В клинической картине АРЛ преобладают высокая лихорадка, полиморфная сыпь, артромиалгии, особенно в икроножных мышцах, явления астенизации, сохраняющиеся вплоть до выписки из стационара, поражение ряда органов и систем (сердечно-сосудистая, гепатобилиарная и др.). Определены основные параметры комплексной терапии. Однако после нормализации температуры тела у больных длительно сохраняются высыпания на коже, общая слабость, снижение массы тела, артромиалгия, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Учитывая клинко-лабораторные данные АРЛ целесообразно оптимизировать проводимую терапию за счет применения низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ).

Основываясь на данных В.И. Елисеенко (1997) о том, что НИЛИ оказывает стимулирующее действие на метаболизм полиморфноядерных лейкоцитов и моноцитов периферической крови, увеличивает их антимикробный потенциал и повышает тем самым неспецифическую резистентность организма, было решено провести анализ цитохимической активности нейтрофилов и моноцитов крови у больных АРЛ.

В условиях Областной инфекционной клинической больницы проведено обследование больных Астраханской риккетсиозной лихорадкой среднетяжелым течением. Диагноз АРЛ, установленный на основании клинко-эпидемиологических данных, был подтвержден определением титров сывороточных антител к риккетсиям астраханского штамма. Больные обследовались при поступлении в стационар и в динамике заболевания после курса проведенного лечения. Всем больным проводилась стандартная тера-

пия: дезинтоксикация, доксициклинотерапия, антигистаминные средства, витаминотерапия. Было обследовано 35 больных, получавших только стандартную терапию. К лечению 67 больных в период реконвалесценции добавлено низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ). В качестве контроля цитохимических исследований было обследовано 47 здоровых лиц в возрасте от 19 до 60 лет.

У всех больных проводилось цитохимическое исследование ферментативной активности нейтрофилов и моноцитов. Нейтрофилы определяли в мазке из цельной крови. Выделение моноцитов проводили по методике И.С. Фрейдлин. В нейтрофилах и моноцитах определяли следующие показатели: метаболические ферменты: сукцинатдегидрогеназа (СДГ), отражающая цикл Кребса; лактатдегидрогеназа (ЛДГ), характеризующая анаэробный гликолиз; глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа (Г-6-ФДГ), свидетельствующая об активности пентозо-фосфатного шунта. Оценку результатов цитохимических реакций проводили полуколичественным методом Kaplow.

Нами был использован лазеротерапевтический аппарат «Азор-2К-02» отечественного производства.

Воздействие начиналось с надвенного облучения крови красным лазером с длиной волны 650 нм в непрерывном режиме работы. Инфракрасным лазером в импульсном режиме работы воздействовали в зависимости от области поражения с частотой 1500 Гц мощностью 15 и 60 Вт в течение 60–300 секунд на поле. Плотность энергии в среднем от 0,45 Дж/см² до 2,25 Дж/см². На процедуру до 20 полей. Общая продолжительность процедур от 5 до 28 минут. Доза за процедуру от 9 до 28 Дж. Курс 5–8 процедур. Общая доза за курс от 81 Дж до 138 Дж.

У всех больных с АРЛ при поступлении отмечалась слабость, которая при применении стандартной терапии держалась в среднем в течение 6–7 дней. При применении НИЛИ продолжительность этого симптома уменьшалась до