

## Сравнительная эффективность различных видов фототерапии в лечении пациентов с астенодепрессивным синдромом невротической природы

*В. Г. Гончарова*

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева

В настоящее время астенические и депрессивные синдромы невротической природы распространены достаточно широко. Астенический синдром, являясь одним из самых частых при невротических расстройствах, отмечался у 219 (34,1%) пациентов из 643 больных с указанной патологией (Карвасарский Б. Д., 1990). Из 200 больных невротическими, лечившихся в клинике неврозов им. И. П. Павлова, астения отмечалась у 94% больных, депрессивные проявления — у 27% (Лежепекова Л. Н., 1998). А. С. Авдисова (2003) указывает на то, что распространенность "чистой" депрессии достигает среди населения 2—5%, причем с возрастом она увеличивается, у 25—30% лиц старше 65 лет отмечаются симптомы депрессии. У значительно большего числа больных наблюдаются депрессивные проявления иных регистров, в том числе невротического.

Нами было проведено психопатологическое исследование, в котором приняли участие 103 пациента, находившихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии НИПНИ им. В. М. Бехтерева. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от проводившегося лечения: в основной группе ( $n = 41$ ) — сочетание фармакотерапии и фототерапии высокоинтенсивным светом видимого спектра; в контрольной группе ( $n = 41$ ) — только фармакотерапия; в 3-й группе ( $n = 21$ ) — сочетание фармакотерапии и терапии светом желтого спектра.

Обязательным критерием зачисления в группы было наличие астенодепрессивного синдрома невротической природы, а критерием исключения — наличие какой-либо сезонности депрессий. Пациенты всех трех групп обследовались до лечения и через 20 дней с помощью трех тестов (Шкала астении НИПНИ им. В. М. Бехтерева, Шкала депрессии Бека, Клиническая шкала самоотчета SCL-90).

Пациенты всех групп статистически значимо не различались по возрасту и степени выраженности астенодепрессивного синдрома невротической природы. Нами была использована лампа Brite Lite IV американской фирмы Apollo Health Inc. для проведения процедур фототерапии высокоинтенсивным светом — 10 000 лк дневного спектра. Проводилось 10 процедур по 30 мин каждая в первой половине дня. Лампа располагалась на расстоянии 50—70 см от пациента, на уровне лица. Поток света направлялся под углом  $45^\circ$  к взгляду. Параметры процедур фототерапии светом желтого спектра не отличались от вышеописанных, за исключением области используемого спектра. Для проведения процедур лампой света желтого спектра применяли специальный световой фильтр.

За время проведения процедур (более 400) было всего два немотивированных отказа от них, побочных явлений не наблюдалось. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с помощью программы "Статистика 6" с использованием сравнительного, корреляционного и факторного анализа.

Полученные результаты свидетельствовали о том, что светотерапия как ярким белым светом, так и светом желтого спектра в комплексном лечении астенодепрессивного синдрома невротической природы повышает эффективность коррекции большинства психопатологических симптомов, при этом светотерапия ярким белым светом наиболее эффективна для лечения проявлений депрессии и астении, а светотерапия желтым спектром — для купирования проявлений астении в сочетании с вегетативными нарушениями.

Представляются перспективными дальнейшие исследования применения в комплексном лечении астенодепрессивного синдрома невротической природы светотерапии с использованием света других областей спектра.

## Применение физических методов лечения химических ожогов пищевода у детей

*М. Ю. Ереджибокова, С. Р. Васильева, Э. М. Шадрин*

Детская краевая клиническая больница, Краснодар

Химический ожог пищевода (ХОП) является распространенной и серьезной травмой в детском возрасте. По нашим наблюдениям, на первом месте среди причин ХОП — случайный прием хими-

ческих реагентов. Состав химических реагентов, повреждающих пищевод, был различен: щелочи, кристаллический перманганат калия, уксусная эссенция.

Цель работы — исследование эффективности физиотерапевтических методов в комплексном лечении ХОП у детей. Исследования проведены в детской краевой клинической больнице г. Краснодара в 2009—2011 гг. у 330 больных, находившихся в хирургическом отделении. Методом эзофагогастроудоденоскопии (ЭГДС) были выявлены следующие степени ХОП: 1-я у 66 (23,8%), 2-я — у 187 (48%), 3-я — у 77 (28,2%). Больные были разделены на две группы — основную (213) и контрольную (117).

Лечение проводилось по схеме, включающей дезинтоксикационную и антибактериальную терапию, антикоагулянты и десенсибилизирующие препараты, глюкокортикостероидную терапию в возрастных дозировках и физиотерапию. Местно применяли антациды, обволакивающие средства, репаратанты.

Контрольная ЭГДС выполнялась каждые 7—10 дней в зависимости от степени ожога пищевода. При выявлении клинико-эндоскопической картины рубцового стеноза пищевода у 27 (8,2%) больных раннее бужирование не проводилось. Эти больные получали физиотерапевтическое лечение. После купирования воспалительного процесса (через 1 мес) под эндоскопическим контролем проводилось бужирование. Комплекс физиотерапевтического лечения в контрольной группе включал процедуры индуктотермии от аппарата УВЧ "70-01-Р Стрела", а также электрофорез цинка на эзофагогастральную область.

Индуктотермию проводили, чтобы купировать воспаление и отечность, используя электрод вихревых токов, генерирующий ультравысокочастотное переменное электромагнитное поле с преобладанием магнитной составляющей. Конструкция электрода позволяет фокусировать энергию непосредственно на область проекции пищевода, что обеспечивает возможность локального воздействия магнитных колебаний. Применяли слаботепловую дозу ежедневно по 7—10 мин, на курс до 5 процедур в зависимости

от возраста ребенка. Электрофорез ионов цинка назначался по поперечной методике в возрастных дозировках как противовоспалительное и трофикоформирующее средство.

Больные основной группы, помимо вышеуказанных процедур, получали курс низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона (ИЛИ) от аппарата "УЛАН БЛ-20". Воздействие лазерным излучением проводилось над очагом поражения с частотой 1500—800 Гц длительностью до 10 мин, на курс 10 облучений. ИЛИ обладает высоким проникающим (до 6 см в ткани) свойством, оказывает противовоспалительное, обезболивающее и трофикоформирующее действие.

После проведенного лечения в основной группе больных улучшение отмечено на 5—7-й день, в контрольной — на 10—14-й. У детей с ХОП 1—2-й степени выздоровление (71,8%) наступило через 2—4 нед, что подтверждено данными контрольной ЭГДС — полное купирование явлений воспалительного процесса и эпителизация слизистой пищевода и желудка. У детей с ХОП 3-й степени (22,2%) спустя 4 нед от начала лечения оставались эрозивные изменения в верхних отделах пищеварительного тракта. Больные с ХОП 3-й степени, осложненным стенозом пищевода (27 детей), в последующем нуждались в проведении бужирования и дальнейшего физиотерапевтического лечения.

### Заключение

Используемый нами комплекс физиотерапевтического лечения ХОП позволяет уменьшить сроки пребывания больных в стационаре, добиться полного купирования воспалительного процесса и эпителизации слизистой, избежать осложнений, тем самым улучшить прогноз заболевания и уменьшить процент инвалидизации детей. Предложенный комплекс может быть рекомендован для применения в стационаре и поликлинических условиях.