

ЛИТЕРАТУРА:

1. Nicholas A.C., Melissa B. Hypnosis, Behavioral Theory, and Smoking Cessation. J. of Dental Education 2001; 65, 4:340-347; 2. Orne M.T., Evans F. Social control in the psychological experiment: antisocial behavior and hypnosis. J. Pers. Soc. Psychol. 1965; 1:189-200; 3. Law M., Tang J.L. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. Arch. Intern. Med. 1995; 155:1933-41; 4. Левшин В.Ф. Материалы конференции «Ситуация, связанная с курением табака в России», М., 2001. – С. 41-44; 5. Barkley R.A., Hastings J.E., Jackson T.L. The effects of rapid smoking and hypnosis in the treatment of smoking behavior. Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1977; 25:7-17; 6. Hyman J.G., Stanley R.O., Burrows G.D., Horne D.J. Treatment effectiveness of hypnosis and behavior therapy in smoking cessation: a methodological refinement. Addict. Behav. 1986; 11:355-65; 7. Perry C., Gelfand R., Marcovitch P. The relevance of hypnotic susceptibility in the clinical content. J. Abnorm. Psychol. 1979; 88:592-603; 8. MacHovec F.J., Man S.C. Acupuncture and hypnosis compared: fifty-eight cases. Am J Clin Hypn 1978; 21:45-7; 9. Pederson L.L., Scrimgeour W.G., Lefcoe N.M. Comparison of hypnosis plus counseling, counseling alone and hypnosis alone in a community service smoking withdrawal program. J. Consult. Clin. Psychol. 1975; 43:920; 10. Pederson L.L., Scrimgeour W.G., Lefcoe N.M. Incorporation of rapid smoking in a community service smoking withdrawal program. Int. J. Addict. 1980; 15:615-29; 11. Valbo A., Eide T. Smoking cessation in pregnancy: the effect of hypnosis in a randomized study. Addict. Behav. 1996; 21:29-35; 12. Javel A.F. One-session hypnotherapy for smoking: a controlled study. Psychol. Rep. 1980; 46:895-9; 13. Frank R.G., Umlauf R.L., Wonderlich S.A., Ashkanazi G.S. Hypnosis and behavior treatment in a worksite cessation program. Addict. Behav. 1986; 11:59-62; 14. Rabkin S.W., Boyko E., Shane F., Kaufert J. A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behavior modification, health education, or hypnosis. Addict. Behav. 1984; 9:157-73; 15. Schubert D.K. Comparison of hypnotherapy with systematic relaxation in the treatment of cigarette habituation. J. Clin. Psychol. 1983; 39:198-202; 16. Sorenson G., Beder B., Prible C.R., Pinney J. Reducing smoking at the workplace: implementing a smoking ban and hypnotherapy. J. Occup. Environ. Med. 1995; 37:453-60; 17. Lambe R., Osier C., Franks P. A randomized controlled trial of hypnotherapy for smoking cessation. J. Fam. Pract. 1986; 22:61-5; 18. Holroyd J. The uncertain relationship between hypnotizability and smoking treatment outcome. Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1991; 39:93-102; 19. Pederson L.L., Scrimgeour

W.G., Lefcoe N.M. Variables of hypnosis which are related to success in a smoking withdrawal program. Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1979; 27:14-20.

ТҰЖЫРЫМ

НИКОТИН ТӘУЕЛДІЛІГІ КЕЗІНДЕ ГИПНОТЕРАПИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

М.М. Тулендинов

“Рахат” медициналық орталығы, Алматы қ.

Осы зерттеуде никотин тәуелділігі бар емделушілерге қарқынды гипнотерапия жүргізілді. Тексерілген 36 адам 2 топқа кездейсоқ бөлінді, бірінші топ қарқынды гипнотерапияны алды, екінші топ күту парағына енгізілді. Қарқынды гипнотерапия тобында 2 айдың ішінде 12 сеанс жүргізілді. Динамикадағы бағалау емдеудің соңында, емдеу аяқталғаннан кейінгі 12 және 26 аптада жүргізілді, осы мақсатпен емделушінің өзіне өзі есеп беру анкетасы қолданылды. Нәтижесінде емдеудің соңында емделушілердің 61% темекі тартуды тастады, олардың 82% 12 апта ішінде темекі тартуды доғарды, ал бағалау кезінде – 26 аптада, емдеудің соңында темекі тартуды тастаған емделушілердің 64% темекі тартуды доғарды. Нәтижелер никотин тәуелділігі кезінде қарқынды гипнотерапияның тиімділігін көрсетеді.

SUMMARY

HYPNOTHERAPY EFFICACY IN NICOTINE ADDICTION

M.M. Tulendinov

Rakhat Health Centre, Almaty c.

This study included intensive hypnotherapy in patients with nicotine addiction. 36 patients were randomized in 2 groups, the first one was treated with intensive hypnotherapy; the second group was entered into waitlist. The intensive hypnotherapy group was treated during 12 seances within 2 months. Interactive estimation was performed at the end of treatment, in week 12 and 26 post-treatment, patient self-report inventory was used to that effect. As a result, 61% of patients dropped smoking at the end of therapy, 82% of them waived smoking within 12 weeks, 26 weeks – at the date of estimation, 64% of patients waived smoking among those who dropped smoking at the end of therapy. The outcomes show efficacy of intensive hypnotherapy in nicotine addiction.

Рецензент: Заведующая кафедрой психотерапии и наркологии АГИУВ, д.м.н. профессор Измаилова Н.Т.

ГИПНОТЕРАПИЯ ПРИ ИНСОМНИИ

М.М. ТУЛЕНДИНОВ

Медицинский центр «Рахат», г. Алматы

Бессонница является одной из самых распространенных жалоб пациентов, обращающихся к врачам первичного звена, которая может проявляться нарушением засыпания, прерывистым поверхностным сном и/или преждевременным пробуждением, которое продолжается несколько ночей подряд. Распространенность инсомнии может достигать до 45% в популяции. С целью ее лечения врачи чаще всего прибегают к фармакотерапии. При этом чаще всего используется лекарственное средство зопиклон или золипидема тартрат, так как эти препараты легкодоступны, не подлежат строгому контролю, оказывают меньшее влияние на структуру сна, меньше вызывают нарушение дневного функционирования, не вызывают

миорелаксации и реже вызывают зависимость, чем бензодиазепины или барбитураты. Однако, несмотря на эти преимущества, в поле зрения врачей-наркологов попадает все больше пациентов с зависимостью от зопиклона, а также нет никаких доказательств, что эффекты от приема снотворных средств сохраняются после прекращения фармакотерапии бессонницы [1].

Клиническое применение гипноза в лечении бессонницы было продемонстрировано многими исследователями, самыми ранними из которых являются Bramwell (1906), Wolberg (1948), Ambrose & Newbold (1968), Hartland (1966) и Nuland (1975) [2]. В известном метаанализе Kirsch, Montgomery and Sapirstein [3] были проанализированы 18 исследований, включающих ком-

бинацию гипнотерапии с когнитивно-поведенческой психотерапией в сравнении с изолированным применением когнитивно-поведенческой психотерапии при таких заболеваниях, как инсомния, хроническая боль, ожирение, фобии и другие расстройства. Результаты показали, что добавление гипнотерапии к когнитивно-поведенческой психотерапии существенно повышало ее эффективность. Анализ предыдущих исследований показывает, что сравнение эффективности гипноза с фармакотерапией бессонницы является малоизученной проблемой.

В связи с этим было предпринято сравнительное исследование гипнотерапии и фармакотерапии (зопиклон) инсомнии.

Материал и методы

20 пациентов, обратившихся к психотерапевту с жалобами на бессонницу, после получения согласия на исследование были рандомизированы на 2 группы, одна группа (10 испытуемых) получала гипнотерапию, другой группе (10 испытуемых) с целью лечения бессонницы был назначен зопиклон. В исследование были включены пациенты, возраст которых был от 16 до 56 лет. Диагноз инсомнии был выставлен согласно критериям МКБ-10. Из исследования были исключены пациенты с эндогенными расстройствами, болевым синдромом и наркологическими заболеваниями.

Гипнотерапия проводилась в течение 4 сеансов продолжительностью 30 минут, в течение 10 дней. Зопиклон применялся в дозе 7,5 мг на ночь в течение не более 10 дней.

Кроме того, каждый пациент получил совет избегать активности перед сном, исключить употребление чая или кофе перед сном и увеличить физическую активность в течение дня.

Оценка проводилась на 10-й день, на 4 неделе и 8 неделе после начала лечения. Контроль эффективности осуществлялся при помощи дневников сна, которые заполняли пациенты и которые включили следующие 4 характеристики сна:

Латентный период сна: от 0-30 мин, от 31-60 мин, более 60 мин. Среднее значение в группе гипнотерапии и в группе зопиклона до начала исследования составило 63 и 67 минут, соответственно.

Средняя продолжительность сна: от 2 часов до 3 часов 50 минут, от 4 – 6 часов, более 6 часов. Среднее значение до начала исследования в группе гипнотерапии составило 4 часа, в группе зопиклона также 4 часа.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования показали:

На 10-й день исследования латентный период сна после терапии зопиклоном сократился в среднем до 30 минут, в группе гипнотерапии составил в среднем 26 минут. На 4 неделе латентный период сна в группе, получающей зопиклон, увеличился после отмены препарата в среднем до 40 минут, а в группе гипнотерапии среднее значение латентного периода сохранилось на уровне 30 минут. На 8 неделе после начала исследования средняя продолжительность латентного периода сна в группе зопиклона составила 45 минут, в группе гипнотерапии увеличилась в среднем до 34 минут.

На 10-й день исследования продолжительность сна после терапии зопиклоном увеличилась в среднем более чем на 6 часов, средняя продолжительность сна в группе гипнотерапии составила более 6 часов. На 4 неделе продолжительность сна в группе, получающей зопиклон, составила в среднем после отмены препарата от 4-6 часов, а в группе гипнотерапии среднее значение латентного периода сохранилось на уровне 6 и более часов. На 8 неделе после начала исследования средняя

продолжительность сна в группе зопиклона составила в среднем от 4-6 часов, в группе гипнотерапии сохранилась на уровне более 6 часов.

Как видно из полученных результатов, на 10-й день исследования и зопиклон, и гипнотерапия оказали положительный эффект на латентный период сна и его общую продолжительность. Тот факт, что на 4 неделе и на 8 неделе исследования в группе зопиклона отмечено значимое сокращение продолжительности сна и удлинение его латентного периода, может быть объяснен тем, что после отмены снотворного средства утратилось и его влияние на сон. В группе гипнотерапии, напротив, результаты оставались стабильными до конца исследования.

Недостатками данного исследования является малая выборка и отсутствует объективная оценка эффективности, что затрудняет интерпретацию результатов. Уменьшает значение данного исследования и отсутствие плацебо-контроля, так как плацебо обладает выраженным эффектом при бессоннице. Однако есть определенные трудности при организации рандомизированных, плацебо-контролируемых исследований с двойным слепым дизайном, а именно, в процессе гипнотерапии очень важную роль играют желание пациента быть загипнотизированным, сотрудничество и взаимопонимание между пациентом и терапевтом, необходимых для гипнотизации [4].

Помимо указанных недостатков существуют также общие трудности, связанные с анализом предыдущих исследований, которые можно обобщить в двух вопросах: во-первых, должны быть приняты единые методы объективной оценки эффективности вмешательств при бессоннице. Некоторые специалисты так же, как и в данном исследовании, полагаются на самоотчеты пациентов, в то время как другие считают, что эффективность вмешательства должна быть зафиксирована полисомнографией. При этом нет данных, подтверждающих, что полисомнография является более точной оценкой эффективности по сравнению с самоотчетами пациентов, а также необходимо иметь в виду, что помещение пациентов в непривычную ситуацию, связанную с полисомнографией, может также нарушать процесс засыпания и продолжительность сна [2]. Во-вторых, должно быть определено то, что является критерием эффективности вмешательства при бессоннице. Некоторые исследователи оценивают латентный период сна, число пробуждений и общую продолжительность сна, другие придают значение оценке дневного функционирования [5].

При всей очевидности высокого потенциала гипнотерапии при бессоннице он недостаточно изучен, как недостаточно изучена физиология гипнотического состояния [6]. Все эти аспекты открывают простор для дальнейших испытаний гипноза при бессоннице.

Выводы

Гипнотерапия является эффективным вмешательством при бессоннице. Долгосрочный эффект гипнотерапии на латентный период сна и его продолжительность выше, чем у зопиклона. Гипнотерапию рекомендуется применять в комплексе с когнитивно-поведенческой терапией.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Morin C., Kwentus J. Behavioral and pharmacological treatment for insomnia. *Ann Behav Med.* 1988; 10:91-99;
2. Anderson J.A.D., Dalton E.R., Basker M.A. Insomnia and hypnotherapy. *J. of the Royal Society of Medicine.* 1979; 72:734-739;
3. Kirsch I., Montgomery G., Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioural psychotherapy: a meta-analysis. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1995; 63:214-220;
4. Beng-Yeong Ng, Tih-Shih Lee. Hypnotherapy for Sleep

Disorders. Annals Academy of Medicine. 2008; 37:683-688; 5. Lichstein K.L., Wilson N.M., Noe S.L., Aguillard R.N., Bellur S.N. Daytime sleepiness in insomnia: behavioural, biological and subjective indices. Sleep 1994; 17:693-702; 6. Stewart J.H. Hypnosis in contemporary medicine. Mayo Clin. Proc. 2005; 80:511-24.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М ИНСОМНИЯ КЕЗІНДЕГІ ГИПНОТЕРАПИЯ

М.М. Тулендинов

“Рахат” медициналық орталығы, Алматы қ.

Инсомния гипнотерапиясы мен фармакотерапиясын салыстырмалы зерттеу жүргізілді. 20 емделуші 2 топқа кездейсоқ бөлінді, бірінші топ ұйқысыздықты емдеу ретінде гипнотерапияны, екінші топ зопиклонды алды. Тиімділікті бағалау 10 күнде, 4 аптада және 8 аптада жүргізілді. Нәтижелер гипнотерапия ұйқысыздықты емдеудің тиімді құралы болып табылатындығын көрсетті, оның тиімділігі зерттеудің 8 аптасына дейін сақталды. Фармакотерапия

ұйқысыздықты тиімді басады, бірақ оның тиімділігі дәрілік препаратты қабылдауды тоқтатқаннан кейін төмендейді.

S U M M A R Y HYPNOTHERAPY IN INSOMNIA

M.M. Tulendinov

Rakhat Health Centre, Almaty c.

Comparative study of insomnia hypnotherapy and pharmacotherapy was conducted. 20 patients were randomized in two groups, insomnia in one group was treated with hypnotherapy, the second one – with zopiclone. Efficacy was evaluated in day 10, week 4 and 8. Results indicated that hypnotherapy was effective in treatment of insomnia, its efficacy was maintained up to 8 study week. Pharmacotherapy effectively manages insomnia, but its efficacy decreases after drug withdrawal.

Рецензент: Заведующая кафедрой психотерапии и наркологии АГИУВ, д.м.н. профессор Измаилова Н.Т.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Т.Н. ФАКЕЕВА

Областной кожно-венерологический диспансер, г. Караганда

В настоящее время среди инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), особую актуальность представляют диагностика и лечение так называемых «скрытых инфекций»: хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, гарднереллеза, трихомониаза. Их опасность заключается в том, что вышеперечисленные возбудители обуславливают торпидное рецидивирующее течение воспалительных заболеваний мочеполовой и репродуктивных систем. Зачастую скрытое течение этих инфекций ведет к возникновению воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин и мочеполовых органов мужчин. Несвоевременное обращение к специалистам, трудность диагностирования и зачастую неэффективные схемы лечения приводят к формированию вторичного бесплодия, формирующегося в результате воспалительных процессов в органах репродуктивной системы. У женщин хроническое течение ИППП может приводить к нарушению менструального цикла, развитию внематочной беременности и послужить причиной перинатального инфицирования плода. У мужчин они являются причинами воспалительных заболеваний мочеполовой системы, которые с течением времени приводят к снижению потенции, либидо, вторичному бесплодию [1, 2, 3].

Ввиду изменчивости микроорганизмов, приводящих к образованию устойчивых штаммов к применяемым антибиотикам, сохраняется потребность в постоянной разработке все более эффективных схем лечения и применение новых антибактериальных препаратов [4]. До недавнего времени основными группами препаратов являлись производные тетрациклинового ряда и эритромицин. Однако лечение препаратами данных групп требует длительной терапии, что повышает риск развития тяжелых побочных эффектов [5].

Современной тенденцией лечения ИППП является применение препаратов группы фторхинолонов [6]. К

числу новых препаратов этой группы относится моксифлоксацин (Авелокс, 400 мл. Bayer Schering Pharma). Достоинствами препарата являются: высокая биодоступность, низкая связываемость с белками плазмы, быстрое распределение в тканях, что создает бактерицидную концентрацию практически во всех системах организма, хорошая переносимость, длительный период полувыведения (12-14 часов) и, как следствие, простота дозирования – достаточно однократного применения в сутки [6].

Уникальность действия препарата заключается в ингибировании ферментов, ответственных за биосинтез ДНК клетки (топиомеразы – 2 и топиомеразы – 4).

Наиболее важными в молекуле фторхинолонов, отвечающими за их антимикробные свойства, являются группы, занимающие позиции 1, 7 и 8. Циклопропиловая группа в положении 1 обеспечивает активность (рис. 1) [7]. Присоединение дополнительного кольца в позиции 7 придает высокую активность по отношению к грамположительной микрофлоре, включая пневмококки. Добавление в структуру молекулы метоксигруппы в положении 8 привело к повышению активности в отношении анаэробов без увеличения риска потенциальной фототоксичности [7].

Механизм действия

Моксифлоксацин, как и все фторхинолоны, действует бактерицидно благодаря ингибированию ферментов класса топоизомераз – ДНК-гиразы (топиомеразы II) и топоизомеразы IV (рис. 2). Эти ферменты выполняют строго определенные функции в процессе формирования пространственной структуры молекулы ДНК при ее репликации: ДНК-гираза катализирует расплетение (отрицательную суперспирализацию) нитей ДНК, а топоизомераза IV участвует в разъединении (декатенации) ковалентно-замкнутых кольцевых молекул ДНК. Ингибирование этих ферментов нарушает процессы роста и деления бактериальной клетки, что приводит к ее гибели.