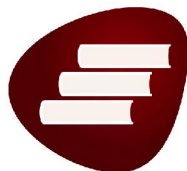


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
Алтайский государственный медицинский университет
Факультет повышения квалификации
и профессиональной переподготовки специалистов



**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ –
ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ**

*Материалы ежегодной
научно-практической конференции
с международным участием
9-ый выпуск*

**616.1/4 УДК
54.1 ВВК
Ф-18**

«ФПК и ППС АГМУ – практическому здравоохранению», ежегодная научно-практическая конференция с международным участием (2015; Барнаул). Научно – практическая конференция с международным участием «ФПК и ППС АГМУ – практическому здравоохранению», - Барнаул : Параграф, 2015. – 168 с.

Редакционная коллегия:

проф. Б.А. Саркисян – ответственный редактор
проф. В.А. Гурьева – ответственный редактор
доц. Н.А. Табашникова – ответственный секретарь
доцент О.А. Ковалев
проф. С.А. Ельчанинова
проф. Т.В. Кулишова

Сборник составлен по материалам ежегодной научно-практической конференции ФПК и ППС, включает работы сотрудников факультета, посвященные учебным, учебно-методическим и научным достижениям

г. Барнаул
2015 г.

© Алтайский государственный
медицинский университет, 2015

Таблица 1

Частота гинекологических заболеваний у пациенток групп сравнения

Заболевание	Проллиферирующая лейомиома		Простая лейомиома	
	Кол-во (n-79)	%	Кол-во (n-83)	%
Эндометриоз генитальный	27	34%	41	49%
Гиперплазия эндометрия	37	47%	40	48%
Полипы эндометрия	17	22%	9	12%
Кисты яичников	29	36%	25	30%
Эндоцервикоз	47	54%	55	66%
Случаев	123		267	

Как видно из представленной таблицы, эндометриоз гениталий встречался реже у больных с пролиферирующей лейомиомой матки, чем при простой (34% и 49% соответственно), также как и эндоцервикоз – в 54% случаев, против 66%. Гиперпластические процессы эндометрия в обеих группах отмечены с равной частотой (47% и 48%), также с одинаковой частотой встречались кисты яичников (36% и 30%). Однако, необходимо отметить, что у пациенток с пролиферирующей миомой матки чаще установлена такая патология как полипы эндометрия (22% и 12%, соответственно), при этом в 64% случаев у женщин с пролиферирующей миомой матки они были рецидивирующие.

Таким образом, в качестве факторов риска, формирования пролиферирующей миомы матки можно отметить более ранний возраст менархе, вследствие чего наблюдается вероятность более раннего стимулирующего воздействия на органы мишени. Также возможно имеет значение более поздний возраст пациенток, что предполагает большую по времени продолжительность стимуляции тканей мишеней и нарастание провоцирующих факторов. При этом гормонально-зависимая патология (эндометриоз, гиперплазия эндометрия, эндоцервикоз, кисты яичника) вероятно не имела значения как пусковой фактор пролиферирующей миомы матки. Активация клеточной пролиферации вероятно была обусловлена инфекцией, учитывая различия частоты в сравниваемых группах такой патологии как полип эндометрия, которая в большей степени, чем все остальные гинекологические заболевания ассоциированы с инфекцией.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Т.В. Кулишова, А.Н. Каркавина, Т.П. Филатова, Н.А. Табашишникова

Кафедра медицинской реабилитологии с курсом ФПК и ИПС

Актуальность посттравматического стрессового расстройства в последнее время обусловлена высокой частотой локальных войн, межэтнических вооруженных конфликтов и актов терроризма в ряде регионов Российской Федерации. В настоящее время в Российской Федерации проживает 916065 ветеранов боевых действий. Региональные военные конфликты, в которых принимали участие российские военнослужащие – это события в Афганистане, Чеченской республике и других локальных войнах. Установлено, что от 20,0 до 70,0% участников военных действий в «горячих точках» страдают различными проявлениями дезадаптации, которые нарушают их соматическое, психологическое и социальное функционирование (Бундало Н.Л., Логинов И.П., 2009; Ермолаева А.В., 2013).

Под посттравматическим или боевым стрессом понимают многоуровневый процесс адаптационной активности человеческого организма в условиях боевой обстановки, сопровождаемый напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплении специфических приспособительных психофизиологических изменений (Китаев-Смык Л.А., 2009). Боевой стресс вызывает дезадаптивное поведение, проблемы со здоровьем, нарушение профессионального функционирования, нарушение функционирования в сфере социальных контактов. В клиническом плане боевая психическая патология представляет собой психогенно-реактивные состояния, постреактивные личностные нарушения и стресс-провоцированные аддиктивные расстройства, либо боевая психическая патология становится фоном для вторичных психопатологических образований. В настоящее время большое значение уделяется изучению отдаленных последствий перенесенных черепно-мозговых травм, которые встречаются почти в 90,0% случаев у участников современных боевых действий. Клинически они проявляются симптомами поражения головного мозга и симптомами психо-вегетативной дисфункции. Психопатологические последствия перенесенных черепно-мозговых травм представлены чаще всего психоорганическим синдромом. Важным последствием посттравматического стресса у

ветеранов современных боевых действий является психосоматическая патология, развитие которой является следствием нарушения индивидуального адаптационного барьера (Искандаров Р.Р. и соавт., 2012).

Большое внимание уделяется изучению концепций возникновения и моделей развития последствий боевого стресса. Одной из таких моделей была нейропсихологическая гипотеза, согласно которой в результате воздействия чрезвычайного по интенсивности и продолжительности стимулирующего воздействия происходят изменения в нейронах коры головного мозга, блокада синаптической передачи и даже гибель нейронов. Можно выделить несколько теорий возникновения психосоматических заболеваний у ветеранов в результате воздействия боевого стресса. Современная концепция психосоматических нарушений строится на взаимодействии личностной структуры со средовыми факторами, в результате которого формируется отношение к болезни. В результате социально-психологической дезадаптации длительно существующие функциональные симптомы под воздействием длительного стресса, через нейрогуморальные механизмы, преобразуются в необратимые изменения в органах – психосоматические заболевания. Нарушения адаптации, связанные с военными действиями отличаются тотальностью поражения организма человека. В патологический процесс вовлекаются практически все системы организма, клинические проявления носят полиморфный, полисистемный характер. На современном этапе актуальны исследования, посвященные психической адаптации в условиях хронического стресса. Во время катастроф, стихийных бедствий, в других экстремальных ситуациях наблюдается системная реакция организма, которая проявляется на психофизиологическом, эмоционально-вегетативном и соматическом уровнях, и ведет к деформации поведенческих структур и деструктивным изменениям личности. Вопросы отдаленных последствий перенесенного боевого стресса и травм у ветеранов изучены недостаточно. Продолжают уточняться клинические проявления и классификация отдаленных медицинских и психологических последствий, связанных с участием в боевых действиях. Малоизученными остаются вопросы качества жизни ветеранов боевых действий. Успехи современной восстановительной медицины и социально-реабилитационных программ для ветеранов локальных войн привели к смещению акцента в сторону улучшения качества их жизни. Вопросы, касающиеся оценки дезадаптирующих нарушений, выбора модели восстано-

вительного лечения, изучение прогнозирования исходов и оценки эффективности реабилитации, изучены недостаточно (Зуйкова А.А., 2014).

По данным Всемирной организации здравоохранения (2009 г.) частота ежегодно выявляемых среди населения случаев посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) составляет 0,37%. Вместе с тем в Российской Федерации данное патологическое состояние среди участников и ветеранов боевых действий в «горячих точках» регистрируется значительно чаще (от 12,5% до 44,0%). Отдельные симптомы ПТСР у таких больных выявляют в 63,0-91,5% случаев в течение длительного периода (Кадыров Р.В., 2012). В связи с вышеизложенным, представляется обоснованным и актуальным исследование с поиском новых средств коррекции стрессовых расстройств. Чрезвычайные (экстремальные) ситуации характеризуются, прежде всего, сверхсильным воздействием на психику человека, что вызывает у него травматический стресс. Посттравматическое стрессовое расстройство возникает как отставленная и затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которая в принципе может вызвать общий дистресс почти у каждого человека. В качестве обязательных критериев указываются очевидная связь возникновения болезни с тяжелым стрессогенным событием, повторяющиеся эпизоды воспоминаний о событии, ночные кошмары, отчуждение, «эмоциональная оцепенелость» и ангедония. ПТСР – это психобиологическое явление, затрагивающее нейробиологическую дисрегуляцию и психологическую дисфункцию, которая может быть изменена комплексным специфическим фармакотерапевтическим, психотерапевтическим вмешательством, а также физиотерапевтическими методами воздействия (Лосева Л.И., 2011).

Увеличение роста показателей инвалидности военнослужащих, пострадавших в зонах локальных конфликтов, свидетельствует о недостаточности адекватно разработанных программ медико-психологической реабилитации для этой категории на разных ее этапах. В настоящее время значительное число сотрудников силовых ведомств в период пребывания в служебных командировках в зонах вооруженных конфликтов испытывают воздействие острого и хронического стресса. В этой ситуации в организме активно формируется состояние хронического напряжения, что начинает существенно ограничивать его компенсаторно-приспособительные возможности и лежит в основе патогенеза ряда распространенных заболева-

ний, которые относят к психосоматической патологии. Основное место в арсенале лечебных воздействий при психосоматических расстройствах в настоящее время принадлежит медикаментозной терапии. В то же время природные и преформированные физические факторы оказывают положительное гормонизирующее воздействие на состояние вегетативной нервной системы, системы гормонально-энергетического обмена и перекисного окисления липидов, что является патогенетической основой их применения для коррекции адаптационных возможностей организма. А.А. Зайцев с соавторами (2011) указывают на эффективность лечебных физиобальнеотерапевтических комплексов на состояние системы адаптации организма и предикторы развития сердечно-сосудистой патологии у участников вооруженных конфликтов, причем комплексное назначение радоновых ванн и КВЧ-терапии оказывает позитивное влияние на липидный спектр крови, а назначение жемчужных ванн и гальванизации воротниковой области в большей степени повышает активность ферментативного звена антиоксидантной системы и состояние вегетативной нервной системы.

Многие исследования позволяют утверждать, что участники боевых действий и особенно инвалиды испытывают устойчивую ситуационную социально-психологическую дезадаптированность. Одной из ее причин является социальное отвержение, которое принадлежит к классу социальных проблемных ситуаций и приводит к фрустрации личности, что выражается преимущественно в ролевых внутриличностных конфликтах, поэтому необходима, помимо существующей системы социальной защиты, психологическая и социально-психологическая реабилитация, которая выступает на первый план среди других видов реабилитации. Психологическая реабилитация — это полное или частичное возвращение личности к психическому здоровью, достигаемое с помощью психологических методов воздействия. Изучение зарубежного и отечественного опыта позволяет говорить о том, что для коррекции посттравматических стрессовых расстройств и успешной реадaptации необходима как психологическая реабилитация, так и социально-психологическая реабилитация, подразумевающая более широкий спектр реабилитационных мероприятий в различных сферах жизни (бытовой, трудовой, досуговой, образовательной и др.) (Петрова О.И. с соавт., 2013). Психологическая реабилитация направлена на восстановление творческого взаимодействия личности с окружающей

средой, перестройку системы этих отношений. Особенности поведения ветеранов боевых действий не позволяют с максимальной эффективностью использовать существующие общепринятые психокоррекционные методы (нейропсихологические, когнитивно-поведенческие и т.п.) В связи с этим, программа релаксации рассматривается нами как необходимая основа для психологической реабилитации.

Определенную сложность в работе представляет подбор достоверных методов измерения эмоциональной неустойчивости. Одним из наиболее объективных и достоверных индикаторов уровня психоэмоционального напряжения является кожно-гальваническая реакция (КГР), используемая в работе реабилитационного комплекса на основе биологической обратной связи (БОС), например, комплекс «Реакор» производства НПКФ «Медиком МТД» (г. Таганрог). КГР – рефлекторно вызываемое изменение электрических свойств кожи, – отображает биологическую функцию – уровень активации вегетативной нервной системы. Наблюдая за динамикой КГР, можно объективно судить о степени эмоционального напряжения – чем оно выше, тем больше амплитуда колебаний КГР.

Цель исследования - изучение эффективности программы релаксации с применением психофизиологического комплекса с БОС «Реакор» на первом этапе психокоррекции у ВБД с ПТСР.

В исследовании приняли участие 54 ветерана боевых действий с выставленным диагнозом ПТСР в возрасте от 32 до 57 лет. Из них в основную группу вошли 26 человек, в контрольную – 28. Исследование проводилось на базе неврологического отделения №3 КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн». Участники основной группы проходили курс сеансов релаксации с контролем КГР. Участниками контрольной группы стали пациенты, отказавшиеся от сеансов релаксации. Обе группы получали медикаментозное лечение (ноотропы, нейропротекторы, вазоактивные и метаболические препараты), физиотерапевтическое воздействие. КГР измерялся при помощи психофизиологического комплекса с БОС «Реакор». Программа сеанса релаксации состояла из трёх блоков: прогрессивной мышечной релаксации; визуализации; аутотренинга. Длительность каждого сеанса – 45 минут. Работа проходила в индивидуальном режиме. Количество сеансов для одного пациента – 10. Первые 3 сеанса проходили с минимальным активным участием пациента, основная роль была отведена на работе медицинского психолога. Далее постепенно пациент включался

в более активную работу: ему необходимо было самостоятельно отслеживать на экране показатели КГР и в последующем, на основе усвоенных методов саморегуляции, удерживать этот показатель на уровне, индивидуально подобранном программой. Перед курсом релаксации, пациентам было предложено попробовать самостоятельно управлять показателем своего эмоционального напряжения в сценарии «Управление КГР», поставляемом с психофизиологическим комплексом «Реакор». Данная процедура была проведена с контрольной группой и с обеими группами в конце исследования. По данным сравнения средних показателей КГР при пробном сеансе основная группа и контрольная не показали достоверных различий между собой ($p > 0,3$). Применение сеанса релаксации к третьему сеансу привело к снижению выраженности эмоционального напряжения на уровне тенденции ($p < 0,06$). На пятом сеансе различие среднего показателя по сравнению с пробным сеансом стало более достоверным ($p < 0,05$). К последнему занятию пациенты основной группы отмечали более частые периоды спокойствия в течение дня, способность сдерживаться в напряжённой ситуации. Объективно ветераны боевых действий стали достоверно менее эмоционально напряжёнными ($p < 0,05$), что подтверждается данными КГР. В контрольной группе изменения после прохождения курса лечения оказались недостоверными ($p > 0,15$). При итоговом сравнении средних показателей между основной и контрольной группой после лечения у ветеранов боевых действий основной группы было отмечено повышение способности регуляции собственного эмоционального состояния, более длительное сохранение сдержанности и уравновешенности ($p < 0,05$).

Выводы. Программа релаксации с применением психофизиологического комплекса с биологической обратной связью «Реакор» показала достоверную эффективность на первом этапе психокоррекции у ветеранов боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ «Эффективность медицинской и социально-психологической реабилитации ветеранов боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством с использованием инновационных технологий», проект № 15-16-22001.

Список литературы

1. Бундало Н.Л., Логинов И.П. Особенности клиники хронического посттравматического стрессового расстройства // Психическое здоровье. – 2009. – Т. 7. №2. – С. 63-67.
2. Зайцев А.А., Достовалова О.В., Абдулкина Н.Г. Немедикаментозная коррекция вегетативных нарушений у участников вооруженных конфликтов // Медицина экстремальных ситуаций. – 2011. - №1 (35). – С. 29-34.
3. Ермолаева А.В. Психологические особенности личности военнослужащего – участника боевых действий // Психологическая наука и образование www.psyedu.ru. – 2013. - №1. – С. 71-80.
4. Зуйкова А.А. Особенности этиопатогенеза дезадаптивных изменений участников боевых действий: дис. д-ра мед.наук. - Н. Новгород. – 2014. – С. 25-28.
5. Искандаров Р.Р., Масагутов Р.М. и соавт. Распространенность травматического опыта, посттравматического стрессового расстройства и агрессивного поведения у осужденных мужчин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. - №3. – С. 15-19.
6. Кадыров Р.В., Заплетнюк Е.Е. Психосоматические проявления в стрессовой ситуации у сотрудников МВД // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2012. – №2. – С. 152-163.
7. Китаев-Смык Л.А. Психосоциальные болезни военного стресса у женщин Чечни // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009. - №3. – С. 22-29.
8. Лосева Л.И., Салдина И.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у участников боевых действий // Материалы 2-ой региональной научно-практической конференции, посвященной 65-летию ГУЗ «Краевой госпиталь для ветеранов войн». – 2011. - С. 157-159.
9. Петрова О.И., Шабалина Н.Б., Сысоева И.Ю. Психологические основы реабилитации инвалидов военной службы – 2013. – Электронный ресурс: <http://www.invalidnost.com/forum/11-1078-1>