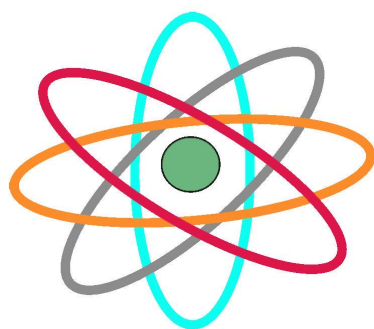
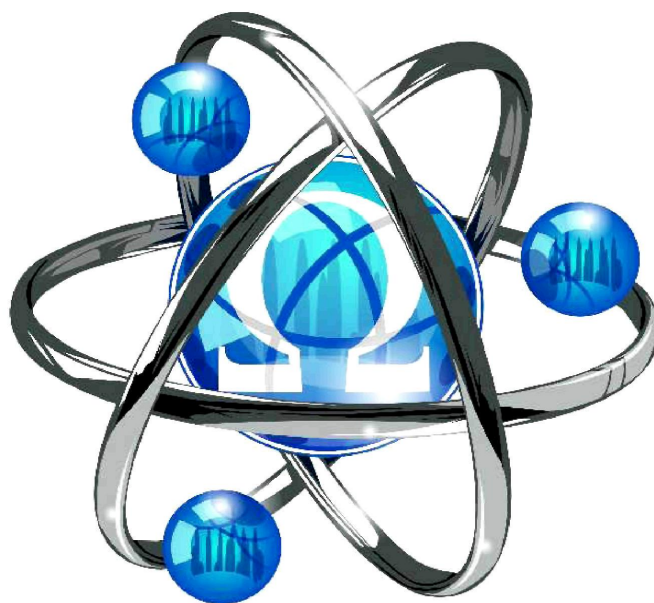


**МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЦЕНТР
ИННОВАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
«ОМЕГА САЙНС»**



СИМВОЛ НАУКИ

**ISSN 2 1 X
№ 12 В 2 ЧАСТЯХ
ЧАСТЬ 2**

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 615.847.8:159.9

Зубова Ольга Александровна,

начальник госпиталя КГБУЗ

«Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»

Харлова Алена Геннадьевна,

заместитель главного врача КГБУЗ

«Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»

г. Барнаул, РФ

tkulishova@bk.ru

**ДИНАМИКА САМОЧУВСТВИЯ, АКТИВНОСТИ И НАСТОЕНИЯ – ВАЖНЫХ КОМПОНЕНТОВ
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ
СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ
ЭТАПЕ****Аннотация**

Под нашим наблюдением находились 60 ветеранов боевых действий с посттравматическими стрессовыми расстройствами, которые проходили реабилитацию в амбулаторных условиях. В основную группу вошли 30 человек получавших массаж волосистой части головы и воротниковой зоны, комплекс лечебной физкультуры, клиническую трансперсональную психотерапию и общую магнитотерапию (ОМТ). Пациентам группы сравнения (30 человек) назначались те же реабилитационные мероприятия, но без ОМТ. Включение в реабилитационный комплекс ОМТ оказывает более выраженное терапевтическое действие по сравнению с аналогичной комплексной терапией, положительно влияет на самочувствие, активность, настроение и качество жизни.

Ключевые слова

Реабилитация, ветераны боевых действий, посттравматические стрессовые расстройства, общая магнитотерапия

Медико-психологическая и социальная реабилитация ветеранов войн является одной из приоритетных задач в политике государства. Наблюдаемый рост числа заболеваний, наличие последствий от перенесенных ранений, контузий, усугубление психических расстройств приводят к утрате трудоспособности и ранней инвалидизации ветеранов боевых действий [2, с. 66; 3, с. 79; 5, с.27; 6, с.162; 9, с.158]. Это потребовало реализации комплекса реабилитационных мероприятий для данной категории граждан. Вопросы, касающиеся оценки дезадаптирующих нарушений, выбора модели восстановительного лечения, изучение прогнозирования исходов и оценки эффективности реабилитации, изучены недостаточно [4, с. 33].

Заключительный итог медицинской реабилитации определяется как «качество жизни» (КЖ) и почти полностью зависит от внутренней картины болезни и самооценки пациента. В литературе вопросу применения ОМТ для повышения эффективности психоэмоциональной реабилитации антистрессорного действия, посвящено несколько публикаций [7, с. 79; 8, с. 30; 10, с. 80; 11, с. 10; 12, с. 57]. Патогенетическим обоснованием включения ОМТ в комплекс реабилитационных мероприятий у ветеранов боевых действий с ПТСР явились следующие терапевтические эффекты: седативный, стресслимитирующий, повышающий настроение, активность и работоспособность [7, с. 79; 8, с. 31; 10, с. 80].

Под нашим наблюдением находилось 60 ветеранов боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством (средний возраст $51,3 \pm 5,1$) лет, которые были поделены на 2 рандомизированные группы. В основную группу вошли 30 человек проходившие амбулаторно реабилитацию, включающую массаж головы, воротниковой зоны, ОМТ на аппарате «АЛМА», комплекс лечебной физкультуры, трансперсональную психотерапию. Пациенты группы сравнения (30 человек) получали те же реабилитационные мероприятия, но без ОМТ. Динамика психосоматического состояния и качества жизни оценивалась с помощью теста «САН» [1, с. 250].

Все наблюдаемые нами ветераны боевых действий до реабилитационных мероприятий предъявляли жалобы на быстро развивающееся утомление, низкую работоспособность, вялость, внутренний дискомфорт, неудовлетворительное самочувствие, в конце реабилитации 73,3% ($p < 0,05$) пациента основной и лишь 56,6% ($p < 0,05$) группы сравнения отмечали повышение работоспособности, бодрость, чувство свежести, готовность к действию. Различия результатов реабилитации достоверны как внутри, так и между группами.

В начале реабилитации 70,0% участников боевых действий отмечали потребность в отдыхе, расслаблении, активность у них была снижена, отсутствовало желание заниматься каким-либо видом деятельности, отмечалась потеря заинтересованности в результатах действий. В конце реабилитационных мероприятий 66,7% ($p < 0,05$) пациентов основной и 50,0% ($p < 0,05$) группы сравнения стали более энергичными и бодрыми, отмечали появление увлеченности работой, заинтересованности в ее результатах, готовности к действию. Различия результатов лечения достоверны как внутри, так и между группами.

Настроение у 90,3% пациентов основной группы и группы сравнения в начале реабилитационного курса было снижено, они отмечали подавленность, пессимистичность, раздражительность, мрачный взгляд на вещи, недовольство собой, окружающими, тревожность, угнетенность. В конце реабилитационного курса в основной группе снижение настроения отмечали 2,0% ($p < 0,05$) больных, в группе сравнения – 16,6 ($p < 0,05$), у остальных пациентов в обеих группах появились бодрость, уверенность в себе и своих возможностях, оптимистический взгляд на вещи, жизнерадостность. Различия результатов реабилитации достоверны как внутри групп, так и между группами. Анализ статистических данных показал достоверное увеличение показателей теста САН в обеих группах, что свидетельствует о значительной активации пациентов, улучшении их самочувствия и настроения, важных компонентов КЖ. Однако в основной группе в случае включения в реабилитационный комплекс ОМТ результаты реабилитации были статистически более значимы.

Сравнительную оценку психосоматического состояния и КЖ у ВБД обеих групп мы проводили повторно: через 6 месяцев после прохождения реабилитационного курса, что помогло определить эффективность и адекватность реабилитационного комплекса. В обеих группах фиксировалось ухудшение самочувствия, активности и настроения по сравнению с таковым в конце реабилитации, но более значимое снижение наблюдалось в группе сравнения в 1,3 ($p < 0,05$) раза, пациенты которой отмечали недовольство собой, окружающими, раздражительность. В меньшей степени регистрировалось ухудшение самочувствия и активности.

Следовательно, психосоматическое состояние и КЖ у ветеранов боевых действий с ПТСР после курса реабилитации, а также через 6 месяцев в случае включения в реабилитационный комплекс ОМТ было достоверно выше.

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 использованной литературы:

1. Альманах психологических тестов. - М.: КСП, 1995. - 400 с.
2. Бундало, Н.Л. Особенности клиники хронического посттравматического стрессового расстройства / Н.Л. Бундало, И.П. Логинов // Психическое здоровье. – 2009. – Т. 7. №2. – С. 63-67.
3. Ермолаева, А.В. Психологические особенности личности военнослужащего – участника боевых действий / А.В. Ермолаева // Психологическая наука и образование. – 2013. - №1. – С. 71-80.

- 4.Зайцев, А.А. Немедикаментозная коррекция вегетативных нарушений у участников вооруженных конфликтов / А.А. Зайцев, О.В. Достовалова, Н.Г. Абдулкина // Медицина экстремальных ситуаций. – 2011. - №1 (35).–С. 29-34.
- 5.Зуйкова, А.А. Особенности этиопатогенеза дезадаптивных изменений участников боевых действий: дис. д-ра мед.наук.-Н.Новгород.–2014.-С.25-28.
- 6.Кадыров, Р.В. Психосоматические проявления в стрессовой ситуации у сотрудников МВД / Р.В. Кадыров, Е.Е. Заплетнюк // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2012. – №2. – С. 152-163.
- 7.Кулишова, Т.В. Психический статус у больных с различными заболеваниями в процессе общей магнитотерапии / Т.В. Кулишова, В.А. Пуценко, Н.А. Мисуль, Д.Г. Маслов, Т.В. Крахмелец // Паллиативная медицина и реабилитация.- 2004.- №2.- С.78-79.
- 8.Кулишова, Т.В. Оптимизация комплексного лечения артериальной гипертензии у работников локомотивных бригад с включением общей магнитотерапии / Т.В. Кулишова, Л.Н. Баранова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.- 2012. - №6.- С. 30-32.
- 9.Лосева, Л.И., Посттравматическое стрессовое расстройство у участников боевых действий Л.И. Лосева, И.В. Салдина // Материалы 2-ой региональной научно-практической конференции, посвященной 65-летию ГУЗ «Краевой госпиталь для ветеранов войн». – 2011. - С. 157-159.
- 10.Общая магнитотерапия. Аккер Л.В., Александров В.В., Дуруда Н.В., Ефремушкин Г.Г., Каркавина А.Н., Крахмелец Т.В., Кулишова Т.В., Курбатова И.И., Маслов Д.Г., Некрасов С.В., Осипова И.В., Пуценко В.А., Репкина Т.В., Шумахер Г.И., Черданцева Т.М., Табашникова Н.А. Под редакцией Т.В. Кулишовой, Барнаул, 2007.
- 11.Репкина, Т.В. Оценка эффективности общей магнитотерапии в комплексном лечении пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью в условиях поликлиники /Т.В. Репкина, И.В. Осипова, Т.В. Кулишова// Физиотерапия, бальнеология, реабилитация.-2010. - №1.-С.10-13.
- 12.Репкина, Т.В. Применение общей магнитотерапии у пациентов пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью / Т.В. Репкина, И.В. Осипова, Т.В. Кулишова, И. Курбатова // Врач. - 2008. - №1.- С. 57-59.

© О.А. Зубова, А.Г. Харлова, 2015

УДК 616.43

Князева Валерия Георгиевна

аспирант кафедры терапевтических дисциплин № 1
Кыргызско-Российский Славянский Университет

Курганская Марина Юрьевна

аспирант кафедры терапевтических дисциплин № 1
Кыргызско-Российский Славянский Университет

Научный руководитель: Султаналиева Роза Бакаевна
д.м.н., профессор кафедры терапевтических дисциплин № 1
Кыргызско-Российский Славянский Университет

Г. Бишкек, Кыргызская Республика
reach.lis.87@mail.ru

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ ЖИРОВОГО ОБМЕНА НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В КЫРГЫЗСТАНЕ (ИССЛЕДОВАНИЕ STEPS)

Аннотация

Сахарный диабет и ожирение - глобальная проблема человечества.