

зацией, эрадикация была достигнута в 87,5% случаев. В группе сравнения язвенный дефект зарубцевался в 17 (36,2%) случаях, у 21 (44,7%) больного язва была рубцующейся, у 9 (19,1%) больных язва не зарубцевалась. Элиминация Нр в группе сравнения достигала 60%. Эффективность лечения больных основной группы подтверждалась стиханием морфологических признаков воспаления: наблюдались уменьшение лимфоплазмозитарной инфильтрации СОЖ, снижение степени атрофии железистых элементов, повышение количества фиброцитов, эпителиальных клеток, что указывало на восстановление структуры органа. В группе сравнения во всех случаях сохранялись признаки умеренного воспаления, более выраженные в 6% случаев вялого заживления язвенного дефекта. В группе больных с осложненной ЯБЖ заживление язв происходило в более длительные сроки. Вы-

раженность гемостазиологических нарушений соответствовала тяжести течения заболевания и отражала степень морфологических изменений.

К концу лечения, по нашим данным, состояние реологии крови и микроциркуляции улучшалось, впоследствии обеспечивались адекватное кровоснабжение СОЖ и регенерация язв в оптимальные сроки. Таким образом, результаты наших исследований подтверждают ангио и цитопротективные, репаративные свойства даларгина. Необходимо продолжить изучение характера нарушений гемостаза в сопоставлении с морфологическими нарушениями при ЯБЖ, что позволит рассматривать новый альтернативный подход к патогенетическим методам лечения с применением дополнительно к эрадикационной схеме терапии препаратов направленного действия.

Сведения об авторах статьи:

Байкова Эльвира Рашидовна, аспирант кафедры терапии и клинической фармакологии ИПО БГМУ, г. Уфа, ул. Мингажева, 59, индекс 450077, раб.тел.: 8(347)291-23-24, e-mail: elvirab81@mail.ru.

Фазлыев Марат Мадарисович, д.м.н., профессор кафедры терапии и клинической фармакологии ИПО БГМУ, раб.тел.: 8(347)279-41-82, e-mail: hosp_ufa@mail.ru.

Фазлыева Раиса Мугатасимовна, зав. кафедрой факультетской терапии ГБОУ ВПО БГМУ, д.м.н., профессор, раб.тел.: 8(347)273-92-82.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арбузова, В.Г. Сравнительная характеристика клинко-патогенетических особенностей язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки : дис... д-ра мед. наук – М., – 2002.
2. Баринов, Э.Ф. Агрегационная активность тромбоцитов при кровотечении из язв гастродуоденальной зоны / Э.Ф.Баринов, О.Н. Сулаева // Медицинский вестник Башкортостана. –2009. – С. 42.
3. Булгаков, С.А. Даларгин в гастроэнтерологии. – М.: ООО «Мегард Групп», 2008. –50с.
4. Кононов, А.В. Цитопротекция слизистой оболочки желудка: молекулярно-клеточные механизмы // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. - № 3. – С. 12–16.
5. Курочкин, А.В. Состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, осложненной кровотечением: дис... канд. мед. наук. – М., 2009. – 25 с.
6. Маев, И.В. Язвенная болезнь/И.В. Маев, А.А. Самсонов. – М.: Миклош, 2009. – 431 с.
7. Циммерман, Я.С. Актуальные проблемы клинической гастроэнтерологии: клинические очерки. – Пермь, 2008. – 360 с.
8. Чернин, В.В. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: руководство для врачей. – М.: ООО «МИА», 2010. – 528 с.
9. Konturek S.J. Helicobacter pylori infection delays healing of ischaemiareperfusion induced gastric ulcerations: new animal model for studying pathogenesis and therapy of H. pylori infection / S.T. Konturek, T. Brzozowski, P.C. Konturek // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2002. – Vol. 12. – N 12. – P. 1299–313.

УДК 616.8-057.36/8-085.851:159.913

© Г.М. Биккинина, 2011

Г.М. Биккинина

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЯХ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития России, г. Уфа

Выполнение сотрудниками органов внутренних дел профессиональных обязанностей в экстремальных условиях приводит к развитию психотравмы, что проявляется психоэмоциональными нарушениями. В результате осуществления служебной деятельности в особых условиях формируется симптомокомплекс посттравматического стрессового расстройства. Представлены результаты оценки эффективности разработанной нами системы медико-психологической коррекции.

Ключевые слова: сотрудники ОВД, психоэмоциональный статус, медико-психологическая коррекция.

G.M. Bikkinina

INNOVATIVE APPROACHES TO MEDICO-PSYCHOLOGICAL AFTERTREATMENT IN EXTREME TRADES

Performance of professional duties in extreme conditions leads to psychotrauma development presenting with psychological disturbances in employees of law enforcement bodies. Due to the specific conditions of the professional activity, a complex of post-traumatic stressful disorder symptoms is formed. Results of an estimated efficiency of a system of medico-psychological correction developed by the authors are presented.

Key words: law enforcement officers, psychoemotional status, medico-psychological correction.

Проблема профессионального здоровья привлекает особое внимание. Изучаются различные аспекты психологического обеспечения профессиональной деятельности, непосредственно связанные с влиянием неблагоприятных условий труда (перенапряжения, перегрузки, психотравмирующие факторы и т.д.) на физическое и психическое здоровье личности. Служба в правоохранительных органах в обычных условиях подразумевает наличие неблагоприятных для здоровья сотрудников стрессовых или психогенных факторов [3, 4, 5].

При выполнении оперативно-служебных заданий профессиональная деятельность сотрудников органов внутренних дел (ОВД) носит экстремальный характер. Выполнение задач в условиях, сопряженных с постоянным риском для жизни и здоровья, вызывает развитие состояний психологической дезадаптации, приводит к социально-психологическим нарушениям жизнедеятельности, неблагоприятным изменениям личности [1, 2, 6, 7].

Цель исследования - разработать и оценить эффективность системы медико-психологической коррекции стрессиндуцированного состояния сотрудников ОВД.

Материал и методы

Объектом исследования были 430 сотрудников ОВД. Средний возраст обследованных составил $29,1 \pm 3,5$ года, стаж службы в ОВД – $7,2 \pm 2,3$ года. Продолжительность воздействия боевого стресса варьировала от 6 месяцев до 1 года. Состояние психоэмоционального статуса оценивалось по разработанной нами компьютерной программе «Оценка производственных и непроизводственных факторов стресса» на платформе системы управления базами данных OracleDatabase 8 (США) с использованием языка программирования BorlandDelphi 7.0. Эффективность системы медико-психологической коррекции оценивалась по суррогатным и конечным точкам. Конечная точка в исследовании – это развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В качестве суррогатной точки использовали реактивную тревожность (РТ) и нервно-психическую устойчивость (НПУ) в динамике. По данным кластеризации и факторного анализа был сформирован алгоритм по категории годности для службы в

особых условиях, группа А – годные, Б – годные с ограничением, В – не пригодные для командировок. Для изучения эффективности медико-психологической коррекции каждая группа была поделена на подгруппы А1 ($n = 90$), Б1 ($n = 81$), В1 ($n = 40$), А2 ($n = 87$), Б2 ($n = 89$), В3 ($n = 43$). Сотрудники в подгруппах А1, Б1 и В1 не получали медико-психологической коррекции. В подгруппах А2, Б2, В2 проводилась программа медико-психологической коррекции с применением психотерапии (аутотренинга, музыкотерапии) и препарата Мексидол в дозе 400 мг в сутки продолжительностью курса 2 недели.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью прикладных программ Statistica 6.0. Данные подвергались кластерному и факторному анализу. Значимость различий определяли с использованием критериев Wilcoxon и Kruskal-Wallis-тест.

Результаты и обсуждение

Для оценки эффективности разработанной нами программы были выделены главные компоненты, полученные методом кластерного и факторного анализа: нервно – психическая устойчивость (НПУ) по анкете «Прогноз-2», исходный уровень оценки по Миссисипской шкале ПТСР и РТ.

При изучении уровня РТ у сотрудников ОВД в подгруппах А1 и А2 через 1 месяц после командировки наблюдалось повышение уровня РТ более чем в 2 раза. Через 3 месяцев наблюдения отмечено снижение уровня РТ в подгруппе А2 ($p < 0,05$), аналогичная картина наблюдалась через 6 и 12 месяцев наблюдения, что свидетельствовало о позитивной динамике проводимой медико-психологической коррекции.

В группе Б через 1 месяц также наблюдалось увеличение уровня РТ в 1,5 раза, в динамике через 12 месяцев наблюдалось снижение уровня РТ до исходного уровня.

В подгруппах В1 и В2 отмечалось повышение уровня РТ в первый месяц, однако дальнейшая динамика была не выражена, и через 12 месяцев в подгруппе В1 уровень РТ так и не достиг исходного значения. В подгруппе В2 динамика была несколько лучше, но показатели РТ также не достигли исходного уровня.

Анализ динамики НПУ установил, что в исследуемых подгруппах А1 и А2 НПУ соот-

ветствовал высокому уровню - 21 и менее баллов. После командировки отмечалась позитивная динамика, значения НПУ увеличились до 23 -32 баллов, что соответствовало среднему уровню.

НПУ в подгруппах Б1 и Б2 у 50% лиц была высокой. Через 1 месяц у обследованных после возвращения из командировки выявили снижение НПУ в обеих подгруппах, в подгруппе Б1 – на 48% ($p<0,05$), в подгруппе Б2 – на 20% ($p=0,052$). Через 3 месяца наблюдения в подгруппе Б2 у 75% комбатантов значения НПУ вернулись к исходным и лишь у 25% отличались от исходных, а в подгруппе Б1 только у 25% лиц НПУ вернулась к исходным значениям. Через 6 месяцев у 50 % из подгруппы Б1 наблюдалась нормализация значений НПУ до 27 баллов, а в подгруппе Б2 у 100% испытуемых.

Исходные значения НПУ у комбатантов

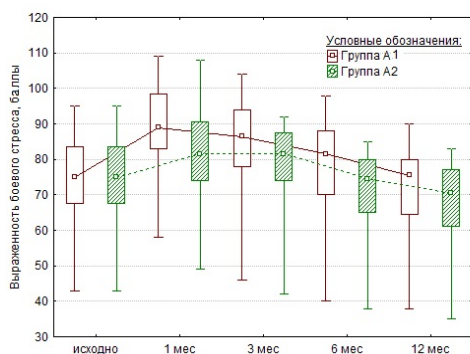


Рис.1. Динамика боевого стресса по шкале MPTSD в подгруппах А1 и А2.

Исходные значения оценок по Миссисипскому опроснику в подгруппах Б1 и Б2 свидетельствовали об умеренной выраженности боевого стресса, через 1 месяц после возвращения из командировки в подгруппе Б1 увеличение было на 15% ($p=0,054$), а в подгруппе Б2 – на 8% ($p>0,05$). В динамике через 3 месяца в подгруппе Б1 значимого снижения не наблюдалось, а в подгруппе Б2 показатели вернулись к исходным. Через 12 месяцев наблюдения в подгруппе Б1 показатели вернулись к исходным, а в подгруппе Б2 снизились до значений подгрупп А1 и А2.

Выраженность боевого стресса в подгруппах В1 и В2 исходно соответствовала значениям «умеренный» и «высокий». Через 1 месяц после командировки уровень боевого стресса в обеих подгруппах повышался одинаково. Через 6 месяцев исследования в подгруппе В1 значимой динамики не наблюдалось, а в подгруппе В2 отмечалось снижение у 50% сотрудников, но в дальнейшем динамики не наблюдалось (рис.2).

в подгруппах В1 и В2 у 50% обследованных соответствовали низкому уровню – 34 балла. Через 1 месяц после командировки в группе В1 наблюдалось повышение уровня НПУ на 30%, в подгруппе В2 – на 17%. Через 6 месяцев наблюдения в подгруппе В2 значения НПУ у 100% снизились до исходного уровня, а в подгруппе В1 – у 75% обследованных. Через 12 месяцев после возвращения из командировки в подгруппе В1 динамики НПУ не наблюдалось, а в подгруппе В2 – отмечалось восстановление НПУ до исходного уровня.

Анализ динамики выраженности боевого стресса по Миссисипскому опроснику в подгруппах А1 и А2 он исходно соответствовал 74 баллам. Через 1 месяц после командировки у 75% испытуемых подгруппы А1 превышала исходные цифры, а в подгруппе А2 – только у 50%, статистическая значимость составила $p=0,05$ и $p=0,1$ соответственно (рис.1).

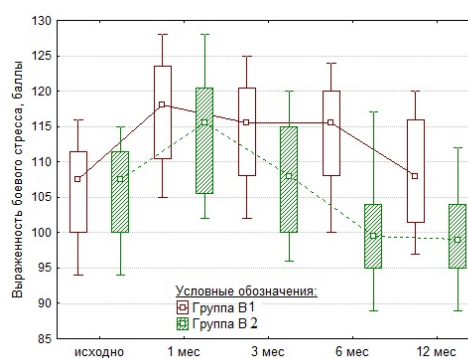


Рис.2. Динамика боевого стресса по шкале MPTSD в подгруппах В1 и В2

Эффективность разработанной программы медико-психологической коррекции оценивалась по конечной точке – возникновению ПТСР. В подгруппах А1 и А2 отношение шансов (ОШ) для данного события составило 1,09, что свидетельствует о равной вероятности развития ПТСР в группе сравнения и в группе, где применялся лечебно-реабилитационный алгоритм. В подгруппах Б1 и Б2 отношение шансов составило 0,55, что свидетельствует почти о двукратном снижении вероятности развития ПТСР. Наиболее эффективными реабилитационные программы были в подгруппах В1 и В2, где отношение шансов составило 0,27.

Полученные результаты исследования позволили обосновать рекомендации по совершенствованию системы диагностики и медико –психологической коррекции. Так, в частности, представляется нерациональным использовать фармакоррекцию у сотрудников группы А (отношение шансов составляет 1,09), в этой группе исследованные нами па-

раметры нормализуются в течение 3 месяцев. Указанный период можно назвать «критическим», к концу которого должны произойти восстановление НПУ, снижение уровня боевого стресса и нормализация реактивной тревожности. В группе Б данный критический период составил 6 месяцев, в течение этого времени изучаемые показатели восстанавливаются до исходных значений. Повторное исследование респондентов подгруппы Б1 следует проводить через 12 месяцев, поскольку к этому сроку только у 12,5-25% испытуемых медико-психологические характеристики восстанавливались до исходного уровня.

Заключение

Выполнение оперативно-боевых и оперативно-служебных задач в экстремальных условиях на примере сотрудников органов внутренних дел МВД по Республике Башкортостан приводило к существенным изменениям в психо-эмоциональной сфере: увеличе-

нию реактивной тревожности, снижению нервно-психической устойчивости, увеличению риска развития боевого стресса. Предложенный нами алгоритм диагностики психофизиологического состояния позволяет доказательно и объективно отражать состояние различных резервов адаптации и компенсаторные возможности организма в состояниях экстремального напряжения в процессе профессиональной деятельности. Применение лечебно-реабилитационной программы было наиболее эффективно в группах с компрометированными медико-психологическими характеристиками.

Таким образом, предложенные нами технологии по медико – психологической коррекции способствуют повышению адаптационных возможностей, восстановлению психо-эмоционального статуса и функциональной работоспособности лиц экстремальных профессий.

Сведения об авторах статьи:

Бикинина Гузель Минираисовна – к.м.н., доцент кафедры фармакологии №1 с курсом клинической фармакологии Башкирского государственного медицинского университета. Адрес: г. Уфа. Ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боевой стресс. Медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий: сборник научных трудов / под ред. И.Б. Ушакова и В.В. Добжанского. – М., 2008. – С.17.
2. Измеров, Н.Ф. Сохранение и укрепление здоровья населения трудоспособного возраста – основа социально-экономической политики Российской Федерации//Материалы IX Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье» и IV Всероссийского съезда врачей-профпатологов. – М., 2010. – С.8.
3. Мягих, Н.И. Фактор здоровья как современная основа организации медико-психологического обеспечения деятельности ОВД / Н.И. Мягих // Медицинские вестник МВД. – 2007. – № 3 (28). – С. 10-12.
4. Новицкий, А.А. Механизм развития патологии внутренних органов в условиях экологического и профессионального перенапряжения регуляторных систем организма человека/А.А. Новицкий, С.С.Алексанин, С.В.Дударенко //Медико-биологические и социально- психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2010. – №1. – С.5-6.
5. Саяхов, Р.Ф. Эффективность реабилитационных программ для участников боевых действий с нейроциркуляторной дистонией / Саяхов Р.Ф., Кильдебекоева Р.Н., Савлуков А.И., Мингазова Л.Р.//Медицинский вестник Башкортостана. – 2010. – №4. – С.78.
6. Особенности формирования перенапряжения при высоких психоэмоциональных перегрузках и сменном режиме труда / О.И. Юшкова, Л.П. Кузьмина, А.С. Порошенко, А.В. Капустина // Мед. труда и пром. экол. – 2008. – № 4. – С. 1-4.
7. Stress: diagnosis of military police personnel in a Brazilian city [Text] / C. Marcos, J. Haracio Accioly, J. Oliveira, E. Maia // De Salud Publica - Pan Am. J. Public Health. – 2007. – Vol. 21, № 4. – P. 217-222.

УДК 616.127-007.61-06:616.124.2-007.61-073.96

© Д.В. Богданов, М.О. Чернявская, 2011

Д.В. Богданов, М.О. Чернявская **ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЭКГ-КРИТЕРИЕВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО** **ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ,** **ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия»

Минздравсоцразвития России, г. Челябинск

Обследованы 50 больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП), 60 больных с артериальной гипертензией (АГ) и 50 – с ИБС. Изучена информативность ЭКГ-критериев гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ): Корнельского произведения и индекса Sokolov-Lyon, верифицирующий метод – ЭхоКГ. При ГКМП ГЛЖ по ЭКГ обнаружена у 46% пациентов, по ЭхоКГ – у 94%, при ИБС и АГ – соответственно в 25% и 65% случаев. Наибольшие специфичность (до 100%) и чувствительность (до 50%) обнаружены для индекса Sokolov-Lyon. При ГКМП в обследованной группе наличие ЭКГ-критериев ГЛЖ определялось толщиной миокарда, а не размером полости левого желудочка. Для ЭКГ-диагностики ГКМП целесообразно применять набор ЭКГ-критериев, включающий в себя ЭКГ-признаки ГЛЖ, ЭКГ-признак гипертрофии правого желудочка, наличие депрессии сегмента ST в левых грудных отведениях. Чувствительность такого комплекса составляла 38 - 56%, специфичность – от 88 до 94%, диагностическая точность – от 74 до 80%.

Ключевые слова: гипертрофическая кардиомиопатия, гипертрофия левого желудочка, информативность ЭКГ-признаков.