

среднего и, в меньшей степени, в артериях крупного калибра. За счет высокой резистентности СА их объемный кровоток превысил объемный кровоток РА, а показатель ИКПА стал ниже единицы ($P < 0,05$). По сравнению с гестационной нормой резистентность МВП увеличилась более чем в 2 раза. Это обусловило застойные явления в МВП, затруднения венозного оттока, что подтверждено ростом значений показателя ДИК в 2 раза. Из всех параметров, характеризующих дизадаптационные изменения МПК, статистически достоверные различия определены по результатам показателей ДИК, ДИА, ИКПА и ИВВО.

Общепринятые и вновь предложенные РГГ-показатели с высокой точностью отражают гемодинамические изменения МПК в динамике осложненной и неосложненной беременности. Начальные нарушения МПК, представленные в виде повышения тонуса СА, замедления кровотока в МВП и затруднении венозного оттока, с высокой долей вероятности могут быть диагностированы при значениях показателя ИКПА ≤ 1 и ИВВО ≥ 1 . Ранняя диагностика дизадаптационных гестационных изменений МПК и своевременная коррекция выявленных нарушений позволяет снизить частоту и тяжесть перинатальной патологии в 1,5–2 раза.

Литература

1. Милованов А.П. и др. // Акушерство и гинекология. – 2004. – №4. – С. 15–18.
2. Сидорова И.С. Фетоплацентарная недостаточность: Клинико-диагностические аспекты. – М.: Знание. – М. – 2000. – 127 с.
3. Стрижасов А.Н. и др. // Акушерство и гинекология. – 2003. – №1. – С. 11–16.

NEW WAYS TO THE INTERPRETATION OF RHEOHYSTEROGRAPHIC VALUES IN THE EVALUATIONS OF INITIAL UTEROPLACENTAL BLOOD FLOW DISORDERS

O.YU. IVANOVA, A.A. KONOPLAYA, N.A. PONOMARYOVA,
E.F. STARKOV

Summary

The article focuses on the important issues of early detection of disadaptive changes in uteroplacental blood flow. The authors suggest new ways to interpret rheohysterographic readings, used to detect initial uteroplacental blood flow disorders.

Key words: uteroplacental blood flow, rheohysterography.

УДК - 616.892:616.831-00:615.8

НЕЛЕКАРСТВЕННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

А.А. ВОРОНКОВ*

Проблема стресса и адаптации является одной из актуальных тем современной медицины. По данным, полученным при проведении эпидемиологического мониторинга состояния психического здоровья населения, за последние годы значительно увеличилось число лиц, подвергшихся стрессовым воздействиям, их число в мире достигло 10 млн. человек. Эмоциональный стресс занимает ведущее место в этиологии психических расстройств невротического регистра, так как в патогенезе стрессовых расстройств, вызванных экстремальными факторами, изменения в эмоциональной сфере являются одним из доминирующих синдромов. Это обусловлено ролью эмоционального возбуждения, которое приводит к усилению реакции на неблагоприятные воздействия. Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) занимают одно из центральных мест в числе новых пограничных психических расстройств, специально выделяемых в последние десятилетия. По данным Всемирной организации здравоохранения (2001), частота вновь выявленных случаев ПТСР среди населения ежегодно составляет 0,37%. Эпидемиологические исследования показывают, что на протяжении жизни посттравматиче-

ским стрессовым расстройством заболевает 1% населения, а 15% – после психических травм (техногенных катастроф, военных действий, и т.п.) могут возникать симптомы этого заболевания.

Значительная распространенность ПТСР в результате экстремальных переживаний военного времени или различных техногенных и природных катастроф делает актуальной эту проблему для представителей различных областей науки. Необходимость длительной медико-психологической реабилитации лиц с ПТСР часто сопровождается явлениями лекарственной интоксикации, фармакологической и психологической зависимости. Отсюда понятен интерес практической медицины к научно-обоснованному применению в случаях ПТСР разнообразных методов нелекарственной терапии для коррекции нарушенного физического и психического здоровья. Значимость проблемы заключается не только в распространенности патологии, но и в ее социальных последствиях, так как заболеванию подвержены в основном люди трудоспособного возраста. Хронический стресс рассматривается как фактор, приводящий к раннему старению организма и снижению в связи с этим трудоспособности. Изучению воздействия стрессорных факторов на личность посвящено множество научных трудов. Гиляровский В.А. (1947) указывая на важное значение изучения воздействия стрессорной ситуации на психическое здоровье, отмечал, что «психотравмирующее переживание, внешне не проявляясь, надолго сохраняет патогенное действие, что может сказаться впоследствии в каких-либо реакциях». Он также указывал на то, что психическая травма «должна рассматриваться как воздействие на весь организм, на его биохимические и вегетативные процессы».

Несмотря на то, что этой проблеме посвящено значительное количество работ, вопросы диагностики, классификации и методов лечения не только не решены до конца, но и подвергаются периодическому переосмыслению. Кроме того, препараты, используемые для лечения стрессовых расстройств (СР), характеризуются нежелательными побочными эффектами. Лечение СР в большинстве случаев проводится с применением психотропных средств седативного, анксиолитического и антидепрессивного действия, что, кроме негативных последствий их длительного применения, сопровождается неизбежным проявлением известных побочных эффектов, делающих невозможным их назначение активно работающему человеку. Ряд событий конца XX века: война в Афганистане, катастрофа на Чернобыльской АЭС, землетрясение в Армении, боевые действия в Чеченской республике, крупные аварии на транспорте, взрывы жилых домов, захват заложников и т.д. вызвали повышенный интерес Российского общества к проблеме травматического психологического стресса и посттравматического развития личности, пережившей какое-либо из экстремальных событий. Стало очевидным наличие значимых для личности и общества психологических последствий подобных событий, в т.ч. и таких, которые делают невозможным для части населения нормальное функционирование в социуме.

Стресс – состояние организма, обусловленное неспецифическим действием любых резко выраженных и/или длительных физических или психических нагрузок – стрессорных факторов или стрессоров. Стресс обусловлен утратой оптимального управления в системах организма и проявляется в разнообразных вегетативных, двигательных и психических функциональных отклонениях от нормы. Характерной чертой стрессовых расстройств является их экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого они бы не появились. Систематически этими расстройствами первоначально начали заниматься военные психиатры. Первое психиатрическое описание стрессированных солдат относится к наблюдениям боевых действий времен гражданской войны в Америке. Проявления стресса называли тогда «солдатское сердце», т.к. основные жалобы представлялись со стороны сердечно-сосудистой системы. Во время первой мировой войны это состояние получило название «снарядного шока» – предполагалось, что оно является результатом артиллерийского обстрела. Богатый материал был получен во время второй мировой войны, как в ходе боевых действий, так и по наблюдениям лиц, перенесших пытки и заключение в концлагере, а также выживших после атомной бомбардировки японских городов. В послевоенные годы материалом наблюдений становились катастрофы и стрессовые события мирного времени. Так сформировались представления об острой реакции на стресс и о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), социально-стрессовом расстройстве (ССР), транзиторных ситуативных

* Кафедра нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ММА им. И.М. Сеченова, Россия, kuz-inna@yandex.ru, 246-96-76

расстройствах и нарушениях адаптации – патологических реакциях на то, что в быту называют личным несчастьем.

Распространенность стрессовых расстройств находится в прямой зависимости от частоты катастроф и травматических ситуаций. Стрессовые расстройства развиваются у 50–80% переживших тяжелые психотравмы, а их морбидность зависит от интенсивности стресса. Термин «ПТСР», широко используемый в мире и утвержденный ВОЗ, недавно появился в отечественной литературе. А.Н. Краснянский в серии работ сделал попытку определить клиническую типологию заболевания с целью анализа динамики патохарактерологического развития и выявления особенностей преморбиды, проблем социально-психологической и медицинской реабилитации ветеранов. Характерной особенностью стрессовых расстройств является то, что травмирующие события переживаются долго, в виде повторяющихся навязчивых воспоминаний о травме и ночных кошмаров. Этот симптом реминисценции имеет двойное значение: он допускает факторизацию, но является тщетной попыткой обеспечить контроль над преследующим его в воображении или в снах воспоминанием. Единого мнения по вопросу этиологии СР не выработано. Но большинство авторов считает, что этиологическими факторами в развитии СР могут быть длительность психотравмирующего воздействия, степень вовлеченности в психотравмирующее событие и личностные особенности индивидуума.

В МКБ-10 и в DSM-III-R необходимым условием возникновения ПТСР признается фактор вовлеченности индивидуума в экстраординарные травматические события. Хотя симптомы СР хорошо известны, диагностировать его трудно, так как пациент может скрыть от врача информацию о стрессовом переживании, может изменить или нивелировать часть симптомов алкоголем или наркотиками, поэтому только тщательно собранный анамнез сможет выявить симптоматику СР и поможет в дифференциальной диагностике между СР и другими формами психической патологии, например, алкоголизмом, наркоманией, депрессией.

Пациенты, пережившие психотравмирующие события, часто не склонны рассказывать об этом, в том числе и врачу, поэтому, при недостатке объективных критериев, такие больные могут получить основной диагноз «депрессия», «астено-депрессивное состояние», «астено-ипохондрическое состояние» и т.п., либо, какой-либо диагноз соматического характера. СР могут возникнуть значительно позже после психотравмирующего события, симптомы расстройства могут меняться, не совпадать с типичными диагностическими признаками, иметь характер синдромальной незавершенности, что создает трудности в достоверной диагностике, направляет лечебный процесс по ложному курсу, делает лечение неэффективным. Для постановки правильного диагноза надо учитывать последовательность развития СР:

1. Стадия мобилизации. Происходит трансформация личности, формирование жизненных стилей, адаптация поведения к экстремальному стрессу и выполнение возникающих задач.

2. Стадия иммобилизации. Человек выходит непосредственно из стрессовой обстановки, окружающая ситуация не предъявляет к нему экстремальных требований и необходимость в крайних формах мобилизации отпадает. Стадия иммобилизации включает в себя две подстадии: «психологического опеченения» и «отрицания психотравмы». На 1-й подстадии реакции замедлены, заторможены, идет аффективная блокада психических процессов и временная потеря трудоспособности; на 2-й – человек не склонен объяснять свои симптомы травматическими событиями и отрицает роль психотравмы и ее значение для состояния и самочувствия. В этот период человек хочет вычеркнуть из своей жизни все события, связанные с травматическим опытом.

3. Стадия агрессии. Наблюдается раздражительность, временами вспышки гнева. Человек становится неуживчивым, капризным, тревожным, осуждает и незаслуженно обвиняет других, у него появляются страхи с кошмарными сновидениями.

4. Стадия депрессивных реакций. Состояние характеризуется подавленностью, чувством беспомощности, заторможенностью, плохим настроением, отсутствием сил и энергии что-то делать, проявляются психосоматические реакции.

5. Восстановительный процесс. Эта стадия характеризуется процессами освобождения от психотравмы под влиянием внутренних и внешних факторов.

Результаты. Учитывая возможные осложнения при лечении ПТСР фармакологическими средствами, мы предприняли

попытку восстановления здоровья у лиц со стрессовыми расстройствами с помощью комбинации нелекарственных методов.

Цель работы – исследование эффективности гомеопатической терапии и нейрорадиативного электростимулятора СКЭНАР.

Под наблюдением находилось 65 пациентов со стрессовыми расстройствами различной этиологии, 21 – с посттравматическим стрессом. Сопутствующие заболевания: 14 – с гипертонической болезнью, 11 – с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, 8 – с обструктивными воспалительными заболеваниями легких, 7 – с тромбозом вен нижних конечностей и варикозным расширением вен голени и 4 – с деформирующим артрозом коленных и голеностопных суставов. Собирался тщательный анамнез, учитывались показатели гемодинамики: артериальное давление, пульс до и после лечения.

Гомеопатические препараты подбирались индивидуально и их выбор зависел от степени проявления симптомов и модальностей заболевания, конституции и характерологических особенностей пациента. Препараты давались в виде гомеопатической крупки и их прием назначался в зависимости от потенции гомеопатического препарата. Курс лечения аппаратом СКЭНАР состоял из 7–10 сеансов в зависимости от формы и фазы заболевания. Сеансы проводились с частотой 3 раза в неделю.

После лечения у лиц с заболеваниями легких уже после 2–3 сеансов улучшилось отхождение мокроты, уменьшилась бронхиальная обструкция, одышка, постепенно уменьшался и купировался кашель; при гипертонической болезни – уменьшилась головная боль и головокружения, систолическое артериальное давление снизилось на 8–10 мм рт. ст., диастолическое снизилось на 6–8 мм рт. ст.; у лиц с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки купировался болевой синдром и диспептические расстройства; у больных с артрозом, флегмомами заболеваниями нижних конечностей уменьшилась болезненность варикозно расширенных и тромбированных вен и суставов, снизилась отечность, чувство тяжести в нижних конечностях, которое было до курса терапии, сменилось приятной легкостью.

Гомеопатическая терапия в сочетании с воздействием СКЭНАРа эффективна при лечении стрессовых расстройств различной этиологии и сопутствующих заболеваний. Учитывая отчетливый клинический эффект, простоту и отсутствие побочных реакций совместного применения этих методов, целесообразно более широкое их внедрение в практическую медицину.

Литература

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире в 2000 году // ВОЗ. – Копенгаген, 2001.
2. Краснянский А.Н. // Синапс. – 1993. – № 3. – С. 27.
3. Миненко И.А., Степанничева С.А. // XII съезд психиатров России. – М., 1995. – С. 109–110.
5. Minenko I.A., Kudaeva L.M. Acupuncture treatment of post-traumatic stress disorder. – XVIII Congress acupuncturae Bohemiae et Slovaciae. – Praha, 1998. – P. 43.

УДК 618.19-002/-006.6: 616.153.915

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖИРОВОГО, ЛИПИДНОГО И ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

В.В. ПАРЕЙШВИЛИ, Н.П. ЛАПЧКИНА*

Молочная железа – неотъемлемая часть репродуктивной системы женщины. Из-за количественного и качественного изменения гормонопоза [3–4, 8–9] происходит нарушение метаболического звена системы гомеостаза [1, 2], выражающееся в диспротеинемии, которая усугубляет процессы пролиферации.

Цель работы – анализ состояния жирового, липидного и электролитного обмена при заболеваниях молочных желез.

Для решения поставленной задачи обследованы 440 женщин, 1-ю группу составили 150 больных с диспластическими заболеваниями молочных желез (ДЗМЖ) на фоне гинекологической патологии, 2-ю – 90 больных с пролиферативной мастопати-

* ГОУ ВПО Ивановская ГМА Росздрава, ФДППО, кафедра акушерства и гинекологии (153462 г. Иваново, пр. Ф. Энгельса, 8)