

низмом, санируется брюшная полость с помощью электроотсоса и тупферов с марлевыми салфетками. Сначала ранорасширитель устанавливается в первом доступе, производится оперативное вмешательство при перфоративных гастродуоденальных язвах и санация в данной области. Затем поочередно устанавливается в другие доступы и ведется санация брюшной полости. При желудочной язве дополнительно выполняют 4-й разрез параректальный в правом подреберье, ниже реберной дуги на 2 см. У астеников при перфорациях пилородуоденальных язв, закрытие перфорации и санацию брюшной полости возможно выполнить из двух мини-доступов, без использования видеолапароскопии (рис. 2).



Рис. 1. Универсальный рамочный ранорасширитель



Рис. 2. Схема оперативного вмешательства у астеников

В 2005–2006 гг. оперировано по этой методике 6 пациентов.

Результаты. В 30 случаях при ушивании перфорации применяли традиционный доступ – верхнесрединную лапаротомию, 6(50,8%) больным ушивание было выполнено из мини-доступа с использованием набора инструментов универсального рамочного ранорасширителя. 7 лицам вмешательство проводили с использованием видеолапароскопии. Манилапаротомии выполнялись по предложенной методике без использования видеолапароскопии, что позволило ушить перфорацию, при необходимости с мобилизацией верхней стенки луковицы 12-перстной кишки. Перфоративное отверстие ушивали отдельными узловыми швами через все слои стенки 12-перстной кишки выкриловой нитью 1/0 на атравматичной игле в 2 ряда. Санацию брюшной полости из мини-лапаротомных разрезов по предложенной методике вели с помощью электроотсоса и марлевых тупферов.

Проводили послеоперационную антибиотикопрофилактику (цефалоспорины 3-го поколения) и курс противовязвенной, антихеликобактерной терапии. В отдаленные сроки (6–24 мес) после операции осуществляли ФГДС с биопсией для диагностики НР-инфекции. При традиционном ушивании перфоративной язвы у 2 больных была несостоятельность швов, при релапаротомии выявлено их прорезывание. Выполнено повторное ушивание перфорации. Из других осложнений отмечались эвентрация (3 случая), серома послеоперационной раны (1 случай). Длительность пребывания в стационаре составила 14,5 койко-дня.

В группе больных с ушиванием перфорации из мини-доступа хирургических осложнений, в том числе раневых, не отмечено. Продолжительность пребывания в стационаре больных этой группы составила в среднем 8,2 койко-дня. У больных при ушивании перфорации с использованием видеолапароскопии хирургических осложнений не отмечено. Средняя продолжительность операции 2,3 часа. Длительность пребывания в стационаре больных этой группы составила в среднем 8,1 койко-дня.

При сравнении ближайших результатов операций, было отмечено, что для больных после манилапаротомии и видеолапароскопии, были характерны менее выраженный болевой синдром

(в 43 % случаев наркотические анальгетики не требовались, в 61% вводились однократно, тогда, как больным после традиционной операции наркотики вводили до 5 раз), ранняя активизация (к концу 1-х суток все больные самостоятельно вставали и передвигались в пределах палаты, активизация больных, после традиционного вмешательства наступала на 2–3-й сутки после операции), менее продолжительный парез кишечника (у 68% больных этой группы парез вообще отсутствовал, у остальных разрешился в 1-е сутки после операции. У больных после верхнесрединной лапаротомии, парез разрешился на 3–4 сутки. Через 6 месяцев после операции обследовано 30 больных: 10 после манилапаротомии и видеолапароскопии, 20 – после традиционной операции с целью изучения отдаленных результатов. Рецидив язвы обнаружен у 19 (63%) больных, лишь у 7 больных это сопровождалось субъективными ощущениями. Среди этих больных 1 был после ушивания перфорации из мини-доступа, 18 – после традиционной операции. У всех больных с рецидивом язвы была обнаружена высокая степень обсемененности НР-инфекции. После курса противоязвенной терапии язвы зарубцевались, гистологически подтверждена эрадикация НР. У трех пациентов после традиционной операции была обнаружена послеоперационная грыжа.

Таким образом, ушивание перфорации путем малоинвазивного вмешательства с последующей противоязвенной терапией является адекватным методом лечения больных с пилородуоденальными перфоративными язвами. Через 6 месяцев после операции у большинства больных достигнуты отличные и хорошие результаты. Минимально инвазивное оперативное пособие обеспечивает высокое качество жизни, а возникающие рецидивы легко корригируются стандартной противоязвенной терапией. У всех больных с рецидивом язвы выявлена высокая степень обсемененности НР, после эрадикации инфекции достигнута стойкая ремиссия. У значительной части больных возможно выполнение оперативного пособия из манилапаротомии с адекватной санацией брюшной полости. Манилапаротомия с использованием набора инструментов универсального рамочного ранорасширителя имеет ряд преимуществ. По сравнению с верхнесрединной лапаротомией для этого метода, характерны меньшая операционная травма с меньшим болевым синдромом, ранняя активизация больных, отсутствие пареза кишечника, раневых осложнений и послеоперационных грыж. По сравнению с видеолапароскопическим ушиванием перфорации манилапаротомия также имеет ряд преимуществ. К ним относятся малая длительность операции, отсутствие осложнений, связанных с пневмоперитонеумом, возможность ушивания более сложных язв, обычные приемы наложения швов. В случаях с неясной клинической картиной оптимально сочетание видеолапароскопии с манилапаротомией. В сочетании с медикаментозной терапией ушивание перфораций путем малоинвазивного вмешательства является адекватной методикой лечения перфоративной пилородуоденальной язвы.

Литература

1. Горлунов А.В. и др. // Эндоскоп. хир. – 1998. – № 1. – С. 15.
2. Ефименко Н.А. и др. Перфоративные гастродуоденальные язвы: Патогенез осложнений, их профилактика и лечение. – М. – СПб., 2001. – 192 с.
3. Крылов А.А. и др. Неотложная гастроэнтерология. – Л.: Медицина, 1988. – С. 106–108.
4. Svanes C. // World J. Surg. – 2000. – Vol. 24, №3. – Р. 277.

УДК 616.89 – 008 – 02: 614.87 – 085.851

РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ СИТУАЦИИ

И.В. ГЛУМОВА*

Одним из последствий изменения политической ситуации, общественно-экономических отношений в России явилось резкое ухудшение криминогенной обстановки, рост наркомании и алко-

* ГОУ ДПО «НГИУВ» Росздрава, г. Новокузнецк

голизма. Среди психотравмирующих ситуаций современного общества особое место занимают экстремальные ситуации, количество которых с каждым днем увеличивается. Это и военные локальные конфликты, и аварии на производстве, автокатастрофы и т.п. В Российской Федерации сохраняются очаги напряженности, осложняющиеся ведением боевых действий. Одни авторы [2] утверждают, что сегодня в местах лишения свободы находится около 20% бывших участников боевых действий, совершивших правонарушения в период затрудненной адаптации к мирным условиям жизни. Среди лиц, обратившихся за наркологической помощью – 25% комбатантов. Ряд других исследователей [1] указывает, что у участников командировок из подразделений ОМОН имеют место нарушения дисциплины и законности, среди которых на первом месте – утрата табельного оружия, затем – состояние алкогольного опьянения, злоупотребления служебным положением и проч.

В МКБ-10 выделена рубрика F43.2 «Расстройства адаптации» – F43.24 «С преобладанием нарушения поведения» [3]. Критерии данного вида расстройств и клинические наблюдения за состоянием психического здоровья лиц, перенесших экстремальные ситуации, делают актуальным исследование особенностей этих состояний. Представляется очевидным, что многие аспекты этой важной проблемы клинической и социальной психиатрии далеки от своего разрешения.

Цель работы – изучение распространенности, клинических проявлений расстройств адаптации с преобладанием нарушения поведения у лиц, перенесших экстремальные ситуации, для разработки эффективных методов профилактики и лечения.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 170 участников локальных конфликтов (бойцы ОМОН), а также перенесших другие экстремальные ситуации (автокатастрофы, пожары). Возраст пациентов – 20–40 лет. Количество командировок у участников локальных конфликтов – 1–12. 46,4% обследованных на момент обследования имели семью, 18,8% – разведены, 33,6% – холостые, 1,2% состояли в гражданском браке.

Отбор больных, составивших основную группу выборки, осуществлен по совокупным данным, полученным на основе психодиагностического и клинического исследования. Использованы следующие основные методы исследования: скрининговый, который базировался на применении специальной краткой шкалы тревоги, депрессии и посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), шкалы стресса [1], шкалы самооценки социальной адаптации, шкалы дистресса, опросника Бека для депрессии, опросника Шихана для тревоги (пакет шкал и анкеты предоставило отделение аффективных состояний ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН), клинического интервьюирования, клинко-эпидемиологический, статистический.

Результаты исследований. Обследование проводилось сразу же, в течение месяца после экстремальной ситуации. Участие в экстремальных ситуациях явилось критическим, качественно изменяющим жизнь событием у 97,6% обследованных. Данная категория больных в соответствии с МКБ-10 отвечала критериям F43.2 «Расстройства адаптации». При рассмотрении симптоматического разнообразия расстройств адаптации с учетом клинических особенностей и данных использованных шкал выделено 4 типологических варианта расстройств адаптации участников экстремальных ситуаций. Более половины обследованных пациентов отнесены в группу смешанных тревожно-депрессивных реакций – 58,4%; депрессивные реакции обнаруживает 21,1%; с преобладанием нарушения поведения – 13,9%; с травматическими переживаниями, не достигающими уровня ПТСР – 6,6%.

Таблица

Основные виды нарушения дисциплины и законности среди обследованных пациентов в группе расстройств адаптации с преобладанием нарушения поведения

Нарушения дисциплины и законности	абс.	%
Алкоголь (в том числе и другие формы нарушения поведения)	14	60,9
Совершение дорожно-транспортных происшествий (ДТП)	4	17,4
Исполнительская дисциплина	2	8,7
Алкоголь, агрессия	2	8,7
Убийство	1	4,3
Итого	23	100,0

Расстройства адаптации с преобладанием нарушения поведения. Данная группа расстройств в нашем исследовании занимает третье место в типологии расстройств адаптации по количеству обследованных пациентов – 23 бойца (13,9%). Основным расстройством является нарушение поведения, например, агрессивное или диссоциальное поведение, злоупотребление алкоголем, ведущее к нарушениям дисциплины и законности в период несения службы, совершению ДТП (в состоянии алкогольного поведения и в трезвом виде), конфликтам в семье.

По данным табл. можно увидеть, что подавляющую часть нарушения поведения составляет злоупотребление алкогольными напитками – 14 (19 – в т.ч. и при присоединении других форм нарушения поведения) случаев 60,9% (82,7%).

Проблема алкоголизации лиц, перенесших экстремальные ситуации, (в том числе и сотрудников милиции) практически открыто нигде не освещается. По возвращению из последней 6-месячной командировки 60% бойцов указали, что типичным методом своей борьбы со стрессовым состоянием был прием алкоголя в различных дозах или один флакон спиртовой настойки календулы на ночь, который они применяли в командировке. Алкоголь по-прежнему является наиболее распространенным методом борьбы с нервным перенапряжением в условиях служебных командировок. Добровольное признание в чрезмерном употреблении алкоголя встречается в практической деятельности врачей и психологов редко, поскольку сотрудники опасаются не только общественного осуждения, но и медицинских и служебных мер репрессивного характера. Опросы о количестве и частоте потребляемого алкоголя из-за установочного поведения сотрудников не дают объективной картины.

Алкоголь остается основным методом борьбы с психологическими перегрузками и после возвращения с мест локальных конфликтов. Алкоголь формирует два вида зависимости – психическую и физиологическую. Характерные для 97,6% обследованных бойцов аффективная напряженность, внутренний дискомфорт, тревога и депрессивные тенденции (после последних 6-месячных командировок) несут значительную эмоционально отрицательную нагрузку, обуславливая низкую самооценку, проблемы в межличностных контактах, несамостоятельность, зависимость от окружающих, фиксацию на обидах и неприятностях. Постоянное ощущение неуверенности в себе, низкая фрустрационная толерантность, депрессивная реакция на стресс создают длительные трудности адаптации и поддерживают влечение к психотропным эффектам алкоголя.

Управление автотранспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, совершение ДТП и нахождение на службе в состоянии алкогольного опьянения также распространено среди обследованных участников контртеррористических операций на территории Северного Кавказа – 4 (17,4%). Нарушения исполнительской дисциплины среди обследованных бойцов ОМОН, бывших в служебных командировках, занимает третье место – 2 случая (8,7%). Это – отказ от исполнения приказов командиров, прогулы, неуважительное отношение к начальству.

Нами зарегистрировано два случая (8,7%) сочетания многократного употребления алкоголя и агрессивных действий по отношению к сослуживцам и, особенно, членам семьи, вплоть до побоев и нанесения телесных повреждений своей жене.

Пример (4,3%) нарушения законности – убийство незнакомого гражданина при исполнении служебных обязанностей милиционером-бойцом. Применение табельного оружия было признано правомерным, но сотрудник был осужден, хотя и условно. Таким образом, можно говорить о том, что фактор участия в контртеррористических операциях накладывает отпечаток на специфику совершения сотрудниками определенных видов дисциплинарных нарушений и нарушений законности, что отрицательно сказывается на выполнении подразделениями свойственных им функций. Пороговые значения дистресса в подавляющем большинстве случаев составили незначительно выраженные (до 11 баллов) – 16 бойцов (14,2% от всей типологии), а умеренно (12–23 балла) и значительно (>24 баллов) распределились соответственно: 4 бойца (9,8%) и 3 сотрудника (25,0%).

Шкала дизадаптации опросника Котенева показывает практически одинаковое распределение числа расстройств адаптации между умеренно выраженными (27–53 балла) и значительно выраженными (>54 баллов) уровнями дизадаптации соответственно: 12 бойцов (12,6%) и 11 пациентов (15,5%). По шкале Бека

в данной группе обнаруживаются и депрессивные симптомы: у большинства бойцов – это незначительно выраженные 14–15 баллов (15 чел., что составило 12,2% от всей типологии). По шкале депрессии Котенева – это умеренно выраженные значения депрессии (27–53 балла) – 18 бойцов (13,7%). Также нами обнаружены незначительно выраженные симптомы тревоги (<29 баллов) – у 21 бойца, что составило 12,9%. Но 2 сотрудника были отнесены к группе с умеренно выраженным (30–59 баллов) уровнем тревожных проявлений, что составило 66,7%.

Всё вышесказанное иллюстрирует **клинический случай**. Милиционер-боец ОМОН Ч., 31 год. Сержант милиции, на своем счету имеет 2 служебные командировки в регион Северного Кавказа, которые шли подряд друг за другом продолжительностью 180 суток. На очередное психодиагностическое обследование после служебной командировки, которое по приказу проходят все бойцы ОМОН, пациент явился с опозданием на десять дней. Объяснил этот факт тем, что у него при смерти находится дед, и он за ним осуществлял уход. Эти сведения не подтвердились. Предъявил жалобы следующего характера: «апатия»; снижение настроения в течение большей части суток; говорит, что ему «всё-всё равно»; отсутствие интереса ко всему; потеря удовольствия от всего, что раньше его приносило. Есть девушка, общение с которой всегда было приятно, а теперь она совершенно безразлична, «что есть она, что нет». Указывает на отсутствие аппетита и вкуса от принятой пищи («еда как бумага»). Курит сигареты теперь только потому, что «требуется организм», а раньше всегда (с 12 лет) курил с удовольствием. Отмечает проблемы со сном: трудно заснуть, в течение ночи иногда может проснуться, а иногда засыпает, «когда не нужно». Указывает на болезненные ощущения во всем теле во время движений. Говорит, что артериальное давление поднимается до цифр 140/90 мм рт.ст. Всё вокруг «кажется как будто нереальным, не со мной происходит». Когда же он выпивает примерно поллитра водки, то начинает хорошо соображать, появляется чувство реальности, хочется общаться с людьми. Может выпить за один раз 1–1,5 литра водки, употребляет спиртные напитки примерно 1 раз в неделю. Говорит о желании перевестись в другое подразделение, где легче, так как «нет здоровья». В то же время высказывает мысль, что остался бы в служебной командировке на год. В командировке привычным способом снятия психоэмоционального напряжения у него выступают занятия спортивными упражнениями.

Из анамнеза известно, что обследуемый первый раз в жизни употребил алкоголь в 2,5 года. Тогда родители его лечили от «простуды кагором, прогревали малыми дозами с медом». А он случайно нашел стакан с кагором и тут же выпил его весь. Осознанно стал употреблять алкоголь примерно с 20 лет. Тогда работал на другой работе и мог выпивать в течение 2 недель в зависимости от обстоятельств, а потом месяцев восемь вообще не пил. При общении с его мамой, она уклоняется от разговора на тему употребления её сыном алкогольных напитков. Когда сын не выходил по графику на службу, мама звонила на базу и говорила при этом, что сын заболел и т.п. После выхода на службу не предоставил ни одного подтверждающего документа. Во всем виден его интерес к употреблению алкоголя. Говорит, что ему важен сам процесс употребления алкоголя, когда при этом деле общаешься с товарищами, сами разговоры.

Данные психологического исследования: краткая шкала Котенева – 5 баллов, шкала дистресса и дезадаптации – 78 баллов, депрессии Котенева – 86 баллов, Шкала Бека – 28 баллов, шкала Шихана – 45 баллов, шкала дистресса – 14 баллов. По шкале социальной адаптации отмечает, что свободное время проводит удовлетворительно, работа интересна умеренно, в целом оценивает свои отношения с другими людьми как удовлетворительные, совсем не вовлечен в общественную жизнь, иногда чувствует себя отвергнутым или исключенным из своего круга. Лечебные мероприятия для этого пациента включали следующие методы: мышечная релаксация, сеансы на аппарате «Мираж» совместно с методами психотерапии и назначение сертралина (золофта) в терапевтических дозах. Боец активно искал помощи, но лечение на начальном этапе прекратил. В итоге руководством ОМОН бойцу было предложено перевестись на прежнее место работы – в отдельный батальон патрульно-постовой службы, который также систематически выезжает в служебные командировки на территорию Северного Кавказа.

Анализируя это клиническое наблюдение, можно отметить, что развитие данного типологического варианта расстройства

адаптации с преобладанием нарушения поведения и его клиническая структура у нашего пациента определяется фактом участия в контртеррористических операциях на территории Чеченской Республики. Нарушение адаптации у бойца выражено как на службе (в виде прогулов на фоне употребления алкогольных напитков), так и в повседневной жизни в семье: разведен, вероятные разногласия с родственниками. Боец не предоставил ни одной справки, оправдывающей его прогулы. Факт употребления алкогольных напитков не отрицает, хотя дозу выпиваемого занижает. Указывает боец и на жалобы соматического и психического плана. Однако анализ клинической картины заболевания не позволяет отнести такое состояние к другим типологическим вариантам нарушения адаптации. Свое состояние пациент не связывает с употреблением алкогольных напитков, напротив, говорит о том, что ему становится намного легче (все симптомы просто исчезают) после принятия некоторых доз алкоголя.

Заключение. У лиц, перенесших экстремальные ситуации, определяется различный уровень дизадаптации в условиях мирного времени, проявляющийся аффективными реакциями дизадаптации, с преобладанием нарушения поведения у 13,9% обследованных. Расстройство адаптации с нарушением поведения (с алкоголизацией) является наиболее сложным в плане курации.

Литература

1. Котенев И.О., Метелев А.В. // Психологическое обеспечение деятельности сотрудников органов внутренних дел, принимающих участие в контртеррористической операции: Сб. мат. регион. сем. психологов / ГУК МВД России, СибЮИ МВД России / Под ред. М.И. Марьина. – Красноярск, 2002. – С. 20–44.
2. Кузнецова Т.С. // Травматический и посттравматический стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: Мат. VI Всерос. открытой научно-практ. конф. – 2001. – Пермь, 2001. – С. 19–23.
3. МКБ, 10-й пересмотр: Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб.: Адис, 1994. – 304 с.

УДК 612.1:615.273:612.014.4

КОМПЛЕКСНЫЙ МОНИТОРИНГ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ С СИСТЕМНЫХ ПОЗИЦИЙ

Ю.Л.ВЕНЕВЦЕВА, Т.Ф.ДЫМНИЧ, А.Х. МЕЛЬНИКОВ,
Г.О. САМСОНОВА*

Введение. Анализ особенностей адаптации студентов различных специальностей посвящено достаточно большое количество исследований, в которых основное внимание уделяется изучению физиологических, психологических и медицинских параметров [1, 2]. Существует необходимость комплексной физиологической оценки функциональных систем, ответственных за процессы адаптации к высоким психо-эмоциональным нагрузкам в период экзаменационной сессии.

Участие вегетативной нервной системы (ВНС) в обеспечении физиологических реакций, широкая распространенность и большой диапазон вегетативных нарушений в популяции, а также вовлечение отделов ВНС в развитие патологических процессов обуславливает актуальность изучения состояния ВНС, а также причин возникновения и клинических проявлений вегетативных расстройств. Одной из особенностей вегетативных нарушений является их вторичное возникновение на фоне многих психических, неврологических и соматических заболеваний, а также в условиях психо-эмоционального стресса [3]. Исследование вариабельности сердечного ритма (ВСР), как метода изучения состояния ВНС, проводилось в конце 70-х годов XX столетия школой Р.М. Баевского, изучавшего на примере ВСР напряжение адаптационных систем в космической медицине, прошла серия исследований ВСР в области физиологии и медицины. Второй пик популярности пришелся на конец 90-х годов и был связан с внедрением компьютерной техники, что сделало доступными результаты ритмографического исследования. Тогда же были опубликованы Рекомендации

*Туда, Клинико-диагностический центр, ТулГУ