

THE SURVEY OF PREFERENCE AND THE LEVEL OF CLINICOPHARMACOECONOMIC OUTLOOK OF DOCTORS IN ANTIBACTERIAL THERAPY FIELD

L.N.Geller, N.V.Fyodorova, G.G.Radnaev, V.N.Stalmakhovich
(Irkutsk State Medical University, Irkutsk State Regional Clinical Pediatric Hospital)

The paper presents the results of sociological investigation among the doctors in Irkutsk hospitals; the method of filling in the questionnaires on the problems of modern antibacterial therapy including clinical and pharmacoeconomic aspect was applied. The results testify close correlation dependence between the competence and professionalism of a doctor (length of practical work, degree of science qualification category and such criteria as self-education level, the standard of knowledge in antibacterial therapy and pharmacoeconomy fields. The adherences of respondents to: 1. improving the information level, 2. rising the quality of laboratory studies and 3. increasing allocations in medicines for treatment and prophylaxis establishments are determined.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Сановский М.М.* Организационные вопросы рационального использования лекарственных средств на основе системы территориального формуляра // Фармация. — 1997. — № 2. — С.22-23.
2. *Кобзарь Л.В., Алещенкова Е.Г.* Организационно-информационные подходы к проведению фармакоэкономических исследований // Экономический вестник фармации. — 2001. — № 4. — С.87-89.
3. *Свиштунов В.А., Чебоженко В.П.* Формулярная система — путь к цивилизованному рынку // Фармацевтический вестник. — 2001. — № 8. — С.11.

© КЕМАЛОВ Р.Ф. —

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Р.Ф. Кемалов

(Казанский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. Н.Х. Амиров, кафедра гигиены, медицины труда с курсом медэкологии, зав. — д.м.н., проф. Н.Х.Амиров; Санаторно-курортный комплекс Ульрика, Карловы Вары, Чехия, генеральный директор — к.м.н. Р.Ф.Кемалов)

Резюме. В данном исследовании показано положительное влияние психотерапевтической коррекции и различных видов психотерапии на восстановительные процессы после перенесенного инфаркта миокарда. Применение психотерапии в сочетании с традиционными медикаментозными методами лечения существенно усиливает эффект лекарств, улучшает процессы памяти, снимает явления страха и позволяет больным более активно адаптироваться к новым условиям жизни и труда.

В целях психологической реабилитации больных ИМ целесообразно проводить психотерапию уже в ранние сроки после него. При этом для коррекции психических изменений, нарушенных отношений, установок, мотиваций достаточен короткий курс психотерапии. Коррекция поведенческих факторов риска ИБС требует более длительной и интенсивной психотерапии. Разъяснительно-рациональную психотерапию следует дополнять релаксационными методами психотерапии.

Ключевые слова. Инфаркт миокарда. Реабилитация. Психотерапия.

Необходимость проведения психологической реабилитации в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий обусловлена общепризнанным влиянием психологических факторов на происхождение и течение ИМ, положительной ролью психотерапевтических и психокоррекционных методов в восстановлении индивидуальной и общественной ценности больных [1,7,9]. Очень важно понимать, что изучение характера и выраженности психических нарушений, нередко развивающихся при ИМ, и своевременная их коррекция — одна из задач реабилитации [8,17,11]. Применительно к больным, перенесшим ИМ, психологическая реабилитация понимается как формирование психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактика и лечение возможных патологических изменений путем воздействия на личность больного и окружающую его среду [5,7,8]. У больного, перенесшего инфаркт миокарда, наряду с утратой здоровья и трудоспособности развиваются страх смерти, расстройство сна, неуверенность, чувство неполноценности, т.е. развиваются нервно-психические расстройства, отрицательно влияющие на динамику патологического процесса и выздоровления [10,12,20]. Очень важно при этом понимать, что сердце после ИМ может восстановить свою функцию быстрее, чем исчезнет состояние депрессии, часто осложняющее это заболевание (P.D. White, 1951).

В то же время установление причинно-следственных связей между различными функциональными системами, характеризующими выраженность психофизиологических реакций, представляет на санаторном этапе сложную задачу, требующую тщательной методологической разработки.

Исходя из этого, нами была поставлена цель, разработать систему адекватных психотерапевтических методов с учётом этапа реабилитации, изменения личности больного и возможности проведения психотерапии

в условиях ограниченных сроков санаторного этапа до-лечения.

Материалы и методы

В связи с поставленной целью помимо рациональной психотерапии и директивных suggestивных методов нами использовались психоанализ и методы «краткосрочной психотерапии» Милтона Эриксона и гештальт-терапия Ф. Перлза, представляющих собой качественно новое направление в гипнозе [6].

В ходе первичной беседы, большинству больных предлагается принять участие в групповых занятиях работающих по принципу Т-групп (группа собирается в одном и том же составе с первого по последнее занятие 7-12 дней) или групп встреч (члены группы вливаются в работу по мере поступления в санаторий и убывают по мере окончания срока пребывания в отделении). Число участников группы 8-12 человек. Продолжительность одного занятия 40-90 минут. Ключевым моментом в работе группы является методика М. Эриксона, называемая «Возрастная регрессия», или «Временный мост», которая заключается в «возвращении» больного в его воображении (подсознании) в состояние 25-летнего возраста, и проведении дальнейшей работы именно в этом состоянии. При этом не имеет решающего значения вера больного в реальность происходящего, т.к. работа подсознания не зависит от веры, и «омоложение» наблюдаемое зачастую визуально происходит в изменении выражения лица, осанки, ритма дыхания, порой даже у самой скептически настроенной части группы. При этом, по-видимому, происходят соответствующие изменения в гормональной и нейро-гуморальной сферах организма, с которыми и связывается большая часть терапевтического эффекта данной методики [14,24]. В ходе занятия группе дается теоретический материал в популярном изложении, касающийся как общегигиенических аспектов дальнейшей жизни (двигательная активность, режим питания, половая жизнь), так и вырабатываются навыки наиболее адекватного реагирования на стрессогенные факторы. Причем, для закрепления последних навыков используются практические упражнения и игры, используя, так называемый «психодраматический подход» [9,23].

На дальнейших индивидуальных беседах, проводимых 1-3 раза в неделю, осуществляется коррекционная работа, включающая в себя традиционные методы рациональной (объяснительной) психотерапии, гештальт-терапия (работа с частями личности) и трансформация личности (нейролингвистическое программирование) [8,21].

Психологические исследования личности выполнялись по общепринятым методикам, таким как ММП (Миннесотская методика определения основных психологических профилей личности), тест Люшера (Восьмицветный тест), методика САН (Самочувствие, активность, настроение), тест Айзенка (определение коэффициента интеллекта), методика Т. Лири (определение уровня социальной адаптации личности), тест Кеттелла и другие. Выборочно проводится компьютерное тестирование, что позволяет ознакомиться с личностью больного в различных аспектах — клиническом, биографическом и психосоциальном.

Изучение личностной структуры личности проводили с помощью теста СМОЛ. Тест обеспечивал оценку психологического статуса по 11 шкалам (Л, F, K, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9) при времени заполнения анкет до 15 минут (всего — 71 вопрос) и длительностью обработки данных 5-6 минут. Опросник выбирался с учетом тяжести состояния больных. СМОЛ заполнялся пациентами дважды — в первые дни пребывания и в момент выписки. По результатам выводился «психологический профиль» больного, позволяющий определить достоверность результата, а также уточнить характеристику психологического статуса больных.

С целью разработки системы адекватных психотерапевтических методов нами проведены исследования 107 больных, перенесших ИМ, в возрасте от 38 до 55 лет, с давностью от 1 до 2 мес.

Результаты и обсуждение

Проведенные исследования показали, что особенностью астении, выявленной у 70 больных (65,4%), явилась психогенная физическая астения, которая до инфаркта могла быть причиной гиподинамии. Психологическая причина гиподинамии — это потребность в релаксации. Для депрессивного синдрома в сочетании с астеническим — у 27 (25,2%) была характерна тревога в связи с утратой здоровья. Ипохондрический синдром наблюдался у 5 (4,6%) больных. Он выражался в виде ухода от семейных, служебных и личных проблем с переклещением внимания на болезненные ощущения, исследования, консультации, лекарства и процедуры. Склонность использования еды, курения и пассивного отдыха в целях успокоения, достижения телесного и душевного комфорта и получения удовольствия («в ка-

честве награды») выявлена у 91 (85%) больного. Исследования показали, что больные наиболее заинтересованно сотрудничают с психотерапевтом в работе с факторами риска ИБС только на тревожной и депрессивной стадии переживания ИМ. Прямая запрещающая борьба с курением, ожирением и гиподинамией (традиционный метод) вызывает у больных, и без того находящегося в состоянии стресса, нарастание раздражительности, тревоги, расстройства сна, ухудшение настроения и работоспособности, рост напряжения в семье и на работе. Это, в свою очередь, приводит к усилению сопротивления лечебному процессу и возврату личности к привычным формам поведения. В силу изложенных причин психотерапия факторов риска ИБС проводилась нами преимущественно групповыми методами не только на симптоматическом, но и на этиологическом и патогенетическом уровнях. Во время тематических дискуссий разъяснялись психологические причины переживания и курения, механизмы успокаивающего действия этих отрицательных факторов и трудности, возникающие на пути их преодоления. Обсуждались конструктивные способы совладения с тревогой, бессонницей, раздражением, депрессией, скукой и другими проблемами [7,19]. Осваивался метод переформирования пищевого поведения. Во время занятий больные делились между собой успешным опытом и опытом неудач. Курс лечения составлял от 3 до 5 занятий. Параллельно проводилась групповая гипнотерапия, подкрепляющая материал занятий, привлекались бессознательные ресурсы личности. Одновременно 78 (72,8%) больных проходили курс гипнотерапии и аутогенной тренировки в группе страдающих невротическими расстройствами, где усваивались навыки саморегуляции в стрессовых состояниях. При проблемах, не нашедших разрешения во время групповой работы, проводилась индивидуальная психотерапия.

Полученные нами результаты показали, что редукция невротической симптоматики, которая отмечена к концу санаторного лечения в 87,5% случаях, освобождает больных от необходимости использовать еду, курение и пассивный отдых в качестве защиты от стресса. Анализ причин инфаркта и готовность изменить образ жизни дают больным уверенность и перспективу улучшения качества жизни.

EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION IN REHABILITATION INPATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

R.F.Kemalov

(Kazansky State Medical University)

The positive influence of psychotherapeutic correction and of various kinds of psychotherapy on regenerative processes after the endured heart attack of the myocardium is shown in the given research. The application of psychotherapy in combination with traditional medicamentous methods of treatment essentially strengthens an effect of medicines, improves processes of memory, removes the phenomena of fear and allows patients to adapt new conditions of life and work more actively. With the purpose of psychological rehabilitation of infarct myocardium patients it is expedient to spend psychotherapy already at early terms after myocardium intarction.

Thus for correction of the mental changes, the broken relations, installations and motivations the short rate of psychotherapy is sufficient. The correction of the behavioural risk factors of the ischemic disease demands a longer and more intensive psychotherapy. The expository-rational psychotherapy is ought to supply with relaxing methods of psychotherapy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакирова З.А., Загидуллина Ф.Р. Психосоматические расстройства и вопросы психотерапии: Тезисы Респ. научно-практич. конф. — Уфа, 1991. — С.94-95.
2. Богданова А.Д., Цветкова Н.Б. К вопросу о психозах и особенностях переживания болезни у больных инфарктом миокарда. В кн.: Грудная жаба и инфаркт миокарда / Труды Горьковского гос. мед. ин-та им. Кирова. — Горький, 1960. — С.114-121.
3. Вирсаладзе К.С., Кавтарадзе Г.В., Иванова Е.Н. и др. О психологическом профиле больных ИБС и его связи с некоторыми экзогенными факторами риска // Кардиология. — 1984. — Т. 25. — С.73-76.
4. Гоженко А.И., Друг М.Г., Билецкий С.В., Киановский С.С. К вопросу о психофизической профилактике ишемической болезни сердца: Тез. докл. Всесоюз. симп. — Томск, 1989. — № 2. — С.188-189.
5. Губачев А.А., Невлев Б.В., Карвасарский Б.Д. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. — Л., 1976. — 165 с.
6. Зайцев В.П., Шафикова А.Г., Шубина Т.Н., Рубанович А.И. Результаты применения гипносуггестивной психотерапии как метода коррекции отношений личности в системе реабилитации и вторичной профилак-

- ки ИБС. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях. Сб. ст. / Под ред. Л.И. Вассерман, В.П. Зайцев. — М., 1990. — С.129-133.
7. Зайцев В.П. Психическая реабилитация инфарктных больных: Автореф. дисс... докт. мед. н. — 1975. — 62 с.
8. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — М.: Медицина. — 1985. — С.
9. Каневская Л.С. Нервно-психический аспект в этиологии, патогенезе, клинике и терапии инфаркта миокарда: Автореф. дисс... докт. мед. н. — Алма-Ата, 1968. — 59 с.
10. Копина О.С., Суслова Е.А., Заикин Е.В. Экспресс-диагностика уровня психоэмоционального напряжения и его источников // Вопр. психол. — 1995. — № 3. — С.119-133.
11. Копина О.С. Психологические проблемы в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. — М., 1987. — № 2. — 73 с.
12. Линдeman X., Селье Г. Система психофизического саморегулирования / Пер. с нем. Когда стресс не приносит горя / Пер. с англ. — М., 1992. — С.54-61.
13. Маматтавршивили М.О. Клинические и психологические критерии прогноза эффективности аутогенной тренировки при ИБС и гипертонической болезни: Автореф. дисс... канд. мед. наук. — Тбилиси, 1988. — С.6-8.

14. Меерсон Ф.З., Пшеничкова М.Г., Уголев А.А. Роль стресса в патогенезе ИБС // Кардиология. — 1982. — № 5. — С.54-61.
15. Селье Г. Стресс без дистресса. — М., 1976. — 126 с.
16. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 67 с.
17. Яковлева Л.А. Значение психотерапии в реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда // Матер. 3 Всероссий. съезда неврологов и психиатров. — М., 1967. — С.76-81.
18. Appels A., Otten F. Exhaustion as precursor of cardiac death // Br. J. Clin. Psychol. — 1992. — Vol. 31. — С.74-78.
19. Bennett P., Carroll D. Cognitive-behavioural interventions in cardiac rehabilitation // J. Psychosom. Res. — 1994. — Apr., Vol. 38, № 3. — P.351-356.
20. Blumenthal J.A., Wei J. Psychobehavioral treatment in cardiac rehabilitation // Cardiol. Clin. — 1993. — № 2. — P.169-182.
21. Dunbar F. Psychosomatic diagnosis. — New York, 1943. — С.323-331.
22. Elliot D. The effects of music and music relaxation on patient anxiety in a coronary care unit // Heart Lung. — 1994. — № 1. — P.27-35.
23. Hackett T.P., Cassem N.H., Wishnie H.W. The coronary care unit. An appraisal of its psychologic hazards // New Engl. J. Med. — 1968. — № 25. — P.1365-1370.
24. Holmback A.M., Sawe U., Fagher B. Training after myocardial infarction: lack of long-term effects on physical capacity and psychological variables // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1994. — May, Vol. 75, № 5. — P.551-554.

© СНЕГИРЕВ И.И., АГЕЕНКО В.А., ШЕЛЕСТ П.В. —

ВЫБОР МЕТОДА ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

И.И. Снегирев, В.А. Агеенко, П.В. Шелест

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии, зав. — д.м.н., проф. С.Б. Пинский)

Резюме. Представлены результаты хирургического лечения 1326 больных с вентральными грыжами, в 78,3% случаев удалось восстановить нарушенную анатомию брюшной стенки местными тканями, применяя преимущественно классические методы пластики. Операции при грыжах ранее выполняли чаще под местной анестезией. В последние годы методом выбора считаем общее обезболивание в сочетании с центрральными регионарными блоками. Строго дифференцированный подход к выбору метода герниопластики и вида обезболивания позволил добиться достаточно хороших ближайших результатов.

Ключевые слова. Вентральные грыжи, хирургическое лечение, обезболивание.

Грыжи передней брюшной стенки являются одним из наиболее частых хирургических заболеваний с преимущественным поражением людей трудоспособного возраста [1,7]. Для лечения их предложено большое количество различных операций и пластических материалов [3,4,6]. Однако результаты хирургического лечения до настоящего времени нельзя считать удовлетворительными [3,5]. Не решены окончательно вопросы специальной предоперационной подготовки, направленной на адаптацию больного к повышенному внутрибрюшному давлению, выбора вида обезболивания и метода герниопластики, предупреждения развития осложнений со стороны операционной раны и рецидивов заболевания. Частота последних не имеет тенденции к снижению и колеблется от 0,68 до 43% [2,5,6]. Поэтому совершенствование хирургического метода лечения вентральных грыж имеет не только медицинское, но и социальное значение [1,2].

Материалы и методы

За последние 5 лет в клинике общей хирургии были оперированы 1326 больных с вентральными грыжами. Мужчин было 870 (65,6%), женщин 456 (34,4%). Возраст от 17 до 84 лет, наибольшее их количество — 904 (68,2%) были в возрасте 41-70 лет. В последние годы наблюдается четкая тенденция увеличения числа больных паховыми грыжами, особенно мужчин среднего и пожилого возраста.

Паховые грыжи были у 866 (65,3%) больных, послеоперационные — у 279 (21,0%), пупочные — у 155 (10,3%), бедрой линии живота — у 32 (2,4%) и бедренные — у 14 (1,0%) больных. Паховые грыжи, особенно косые, двухсторонние и рецидивные, чаще наблюдались у мужчин (85,1%), а послеоперационные и пупочные — у женщин (83,7%). Причинами возникновения послеоперационных грыж явились в основном ранее произведенные акушерско-гинекологические операции, холецистэктомии из верхнего срединного доступа, лапаротомии при различных травмах живота с повреждением органов брюшной полости и аппендэктомии.

Сочетание различных грыж (паховых с пупочными, послеоперационных с бедренными и др.) имело место у 7 больных. Кроме того, у 5 мужчин паховые грыжи сочетались с водяной яичка (3) и варикоцеле (2), а у 13 женщин, наряду с пупочными и послеоперационными грыжами, были диагностированы хронический калькулезный холецистит (11) и миома матки (2). Всем этим больным выполнены симультанные операции.

Следует отметить, что все вопросы показаний и противопоказаний к выполнению сочетанных операций, объема и характера предоперационной подготовки, выбора метода герниопластики и вида обезболивания, должны решаться хирургом совместно с анестезиологом. Подобная тактика должна применяться и в отношении больных с двухсторонними паховыми и сочетанными грыжами,

которым в последние годы стали чаще выполнять одноментные операции.

Результаты и обсуждение

Сравнительно большое многообразие грыж у наших больных требовало строго дифференцированного подхода к выбору метода пластики брюшной стенки с учетом их клинических особенностей и локализации, общего состояния и возраста больного. В то же время считаем, что при всех видах грыж следует стремиться по возможности восстановить нарушенную анатомию брюшной стенки местными тканями, в том числе и стенками грыжевого мешка. Убеждены, что эту задачу в большинстве случаев можно достаточно успешно выполнить, грамотно применяя некоторые классические методы герниопластики.

Из весьма многочисленных традиционных пластик брюшной стенки в течение ряда лет в клинике преимущественно применяются при паховых пластика по Bassini, Postempsky и Shouldice, при послеоперационных и пупочных грыжах — пластика по К.М. Сапежко и Mayo. В 2004 году доля классических методов пластики составила 78,3%. С 2003 года, учитывая известные недостатки герниопластики с натяжением, в клинике сравнительно широко стали внедряться при паховых грыжах открытая («без натяжения») пластика по Lichtenstein, а при послеоперационных и пупочных грыжах — пластика с применением полипропиленовой сетки «on lay». Открытую пластику применяем в основном у мужчин пожилого и старческого возраста с большими, рецидивными и гигантскими паховыми грыжами. Сетчатый аллотрансплантат используем чаще у женщин при больших и многократно рецидивирующих послеоперационных и пупочных грыжах. Всего пластика с применением сетчатых эндопротезов была выполнена в 21,7% случаев у больных с хорошими ближайшими результатами.

Оперативные вмешательства при вентральных грыжах выполняются в клинике как под местной, так и общей анестезией (48,5% и 51,5% соответственно). Однако в последние годы, особенно при больших, гигантских, двухсторонних и сочетанных грыжах, методом выбора считаем современный наркоз в сочетании, по показаниям, с перидуральной анестезией.

В раннем послеоперационном периоде осложнения со стороны операционной раны (серома, гематома, инфильтрат, нагноение) наблюдались у 40 (3%) больных, вне операционной раны — у 7 мужчин развился острый орхит. Все осложнения были излечены консервативными методами.