

терапии, во-вторых, нарушение правил фармакокинетики. В 34 случаях (24,2%) прием препарата продолжался даже после развития к нему резистентности. У 21 больного в амбулатории на 3-4 сутки отсутствовала положительная динамика, у 13 человек постепенно ухудшалось состояние, однако назначения оставались без изменений. В 27 случаях (19,2%) отмечено преждевременное прекращение эффективной антибактериальной терапии.

Таким образом, установлены следующие ошибки в эмпирической антибиотикотерапии внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях:

- использование неэффективного антибиотика;
- применение малых доз препарата с нарушением режима назначения;
- выбор неадекватного пути введения препарата;
- продолжение приема препарата после развития к нему резистентности;
- преждевременное прекращение эффективной антибактериальной терапии.

Таким образом, для предотвращения ошибок в этиотропном лечении внебольничной пневмонии необходимо соблюдать следующие принципы рациональной антибиотикотерапии:

1. При установлении диагноза заболевания, вызванного возбудителем, антибактериальная терапия начинается с парентерального назначения препарата широкого спектра действия, бактерицидного вида действия, за исключением тяжелых форм генерализованных инфекций.

2. Выбор антибиотика основывается на определении возможного, расширенного круга возбудителей заболевания, максимально входящих в спектр антибиотика и особенностей циркуляции препарата в макроорганизме, с учетом влияния на него физиологических и патофизиологических особенностей, вызванных заболеванием.

3. Перед началом антибактериальной терапии необходимо провести *scrin-test* или биологическую пробу с целью установления сенсебилизации макроорганизма к препарату.

4. Исследование материала, в котором предположительно содержится микроорганизм, проводится до назначения антибиотиков.

5. Антибиотикотерапия начинается с максимально подобранных для данного больного терапевтических доз препарата, поскольку снижение дозы антибиотика во время лечения допустимо, повышение – нет, из-за возможного развития устойчивых форм и ассоциаций возбудителя.

6. Контроль антибиотикотерапии осуществляется в ходе всего лечения с регистрацией всех возможных позитивных и негативных особенностей, чаще всего проявляющихся на 3 – 4 сутки лечения. Появление «точки лизиса» через 48 - 72 часа после назначения без результатов бактериологического анализа свидетельствует о правильности выбора и назначения препарата, бездинамичность, ухудшение или прогрессирование болезни в течение 48-72ч требует немедленной отмены и смены препарата.

7. Антибиотикотерапия, в случае положительного результата, продолжается полным курсом в независимости от улучшения состояния, с соблюдением правил и времени введения лекарства.

8. После полного курса препаратами, обладающими бактерицидным действием, рекомендуется назначать препараты бактериостатического режима коротким курсом в течение 3-5 суток, для подавления незрелых форм микроорганизмов.

9. После полного окончания курса лечения больному рекомендуется назначить заместительную терапию препаратами, содержащими нормальную кишечную флору или в течение 7 суток перевести на диету, восстанавливающую нормальную флору организма.

10. В течение 7 суток после окончания лечения больному рекомендуется ежедневно наблюдаться у лечащего врача.

11. При проявлениях нежелательных реакций антибиотикотерапии необходимо решать вопрос о конкурирующем лечении.

Необходимо отметить, что лечение пневмонии остается большей частью эмпирической, так как от начала лечения до получения данных из лаборатории проходит 2–3 сут. Практически в 50% случаев выявить возбудитель не удается. На практике эта цифра нередко не превышает 20–25%. Соблюдение правил рациональной антибиотикотерапии позволит избежать многих ошибок.

#### Литературы.

1. Brown D. Patricia, Lerner A. Stephen. Community-Acquired Pneumonia. The Lancet 1998; 352: 1295–302.
2. Европейское руководство по клинической оценке противомикробных лекарств. средств. Veam JgTR, Gilbert DN, Kunin SM. (ред). Пер. с англ. Смоленск: Ами-пресс, 1996.
3. Welling G. Antibiotics in practic every day.- Depper.- 2007.- New-lork.
4. Антибактериальная терапия. Практическое руководство. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. (ред). М., 2000

УДК 615:851 + 616.33/342–002.45–08

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

А. А. Алмагамбетова, Н. Н.Оспанова, С. А.Алимова, Д. О. Ташмаганбетова  
Государственный медицинский университет г. Семей,  
КГКП «Центр психического здоровья», г. Семей

#### Резюме

Своевременное выявление психоэмоциональных расстройств и их адекватная психотерапевтическая коррекция, позволяет значительно повысить эффективность лечения больных язвенной болезнью желудка в современных условиях. Комплексный подход психотерапевтических методов позволяет добиться улучшения клинического течения заболевания, уменьшения симптомов социально-психологической дезадаптации, улучшения общего состояния пациентов.

**Тұжырым**

Асқазан ойық жарасы бар науқастарда уақытында анықталған психоэмоциялық бұзылулар мен олардың адекватты психотерапиялық коррекциясы қазіргі жағдайда емнің оң тиімділігін маңызды арттырады.

Психотерапия әдістерінің кешенді қолданылуы аурудың клиникалық ағымын жақсартады, әлеуметтік-психологиялық дезадаптация симптомдарын азайтады, пациенттердің жалпы жағдайын жақсартады.

**Summary**

Timely revealing of psychoemotional frustration and their adequate psychotherapeutic correction allows to raise considerably efficiency of treatment of patients with stomach ulcer in modern conditions. The complex approach of psychotherapeutic methods allows to achieve improvement of a clinical current of disease, reduction of symptoms socially-psychological desadaptation, improvements of the general condition of patients.

**Актуальность проблемы.**

Язвенная болезнь относится к числу широко распространённых заболеваний [1,2,3,4]. По данным Брайтигема и соавт. (1999), почти у 10% населения в возрасте до 60 лет развивается язва желудка или двенадцатипёрстной кишки, из которых у 15% заболевание проявляется в виде однократного приступа, у 85% - рецидивировует. Данная проблема имеет большое медико-социальное значение, так как болеют лица молодого, наиболее трудоспособного и активного возраста, а обострения и осложнения заболевания приводят к длительной утрате трудоспособности и преждевременной инвалидизации больных [5,6].

Всё выше изложенное свидетельствует о высокой актуальности изучения частоты встречаемости и возможности лечения психоэмоциональных нарушений у больных с язвенной болезнью в условиях психотерапевтического кабинета общемедицинской сети. Частота психоэмоциональных расстройств при язвенной болезни желудка в общемедицинской практике колеблется от 30 до 60%.

По мнению ведущих клиницистов и физиологов [7,8,9,10], язвенная болезнь желудка протекает в инициальном периоде как чисто функциональное заболевание по типу невроза.

Связь между эмоциями и функцией желудка у человека отчётливо доказали [11] и соавторы (1956). [12] (1981) с помощью рентгена показал, что желудок спастически реагирует на специальные вопросы о ситуациях, связанных с озлобленностью и завистью. С психологической точки зрения [13] язвенная симптоматика представляет собой реакцию на препятствия орально-рецептивных стремлений. По [14], язва является результатом болезненного голодания.

Желудок не только перерабатывает пищу, но и новые идеи и ситуации. Если заболевает желудок – значит человек не смог что-то «переварить», не знает, как поступить в новой жизненной ситуации, ему становится

ся темно и страшно. Ему нужно увидеть вошедшую в жизнь новизну и сжиться с ней.

Язва желудка – это больше, чем страх, это скрытое чувство собственной неполноценности. Человек боится, что он недостаточно хорош сразу для всех: родителей, детей, супруга, начальника, сослуживцев. Он пытается угодить всем сразу, а внутри не хватает чувства собственного достоинства, даже если он внешне бахвалится. И человек в таком случае не в состоянии «переварить самого себя».

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — это хроническое заболевание, при котором в результате различных нарушений в желудке или двенадцатиперстной кишке образуется язва (реже две язвы и более).

С медицинской точки зрения при язве желудка речь идёт о нарушении равновесия между факторами, защищающими слизистую оболочку и агрессивными по отношению к ней, что приводит к, своего рода, самоперевариванию стенки желудка.

**Цель исследования:** своевременное выявление психоэмоциональных расстройств и их адекватная психотерапевтическая коррекция, позволяющая значительно повысить эффективность лечения больных язвенной болезнью желудка в современных условиях.

**Материалы и методы исследования.**

С 2007 – 2010г.г. наблюдались больные с язвенной болезнью желудка. Пациенты обращались к психотерапевтической помощи, как по рекомендации врачей терапевтов, специалистов гастроэнтерологического отделения, так и самостоятельно на разных этапах заболевания, т.е. больные, находящиеся на амбулаторном наблюдении, а также прошедшие курс лечения в стационаре. Психотерапевтическое лечение проводилось в тесном контакте с гастроэнтерологом.

Было обследовано 30 пациентов с язвенной болезнью желудка. Из них мужчин - 19 человек, что составило 63,3%; женщин - 11 человек, что составило 36,7%. По возрастному составу они распределялись следующим образом до 29 лет – 2 (6,7%), 30-39 лет – 5 (16,7%), 40-49 лет – 8 (26,6%), 50 лет и выше – 15 (50%). Давность заболевания была следующая: до года – 9 больных (30%), до трёх лет – 12 (40%), до пяти лет и более – 4 (13,3%).

Для оценки психоэмоционального статуса и выявления признаков социально-психологической дезадаптации больных язвенной болезнью были использованы следующие психодиагностические опросники: тест тревожности по Тейлору; опросник Холмса и Рея (определение стрессоустойчивости и социальной адаптации); тест опросника Айзенка; шкала депрессии.

Для больных, страдающих язвенной болезнью желудка была разработана специальная программа лечебных психотерапевтических мероприятий в зависимости от состояния пациентов. Кроме этого больные получали комплексную медикаментозную (базовую) терапию, физиотерапию, фитотерапию, занимались

также лечебной физкультурой в зале под контролем врача ЛФК, терапевта, гастроэнтеролога. Для анализа работы взята контрольная группа 30 пациентов, страдающих язвенной болезнью и получавших только фармакотерапию.

#### Результаты исследования.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что:

1) Мужчины болеют язвенной болезнью желудка в 2 раза чаще женщин.

2) Наивысшая заболеваемость отмечается у мужчин в середине пятого десятилетия жизни, у женщин заболеваемость растёт в постменопаузе.

По нашим наблюдениям в клинической картине невротического фона при язвенной болезни на первый план выступали раздражительная слабость и другие признаки психогенной астении. У больных отмечалась суетливость, лёгкая истощаемость, раздражительность, высокая отвлекаемость, ослабление умственной работоспособности, снижение памяти. В других случаях клиника астенического развития принимала другой оттенок. На первый план в клинической картине заболевания выступали явления повышенной тормозности. У таких больных наблюдалась нерешительность, тревожность, идеи самоуничижения (они много говорили о своей неполноценности), завидовали тем, кто может без оглядки принимать любую пищу, не задумываясь над диетой. У этих пациентов отмечались канцерофобии. У лиц с выраженными чертами эмоциональной ригидности выявлялся ипохондрический синдром.

В результате проведения психодиагностических опросников у больных язвенной болезнью желудка выявлены: 1) признаки социально-психологической дезадаптации, расстройства депрессивного спектра, эмоциональная нестабильность, повышение личностной тревожности; 2) выражены признаки невротизма и ригидности; 3) у женщин по сравнению с мужчинами отмечается более выраженная личностная тревожность и эмоциональная нестабильность; 4) у больных с ипохондрическим и невротическим профилем личности достоверно чаще отмечалось удлинение времени рубцевания язв.

В зависимости от клинических особенностей течения заболевания пациентам проводилась, как индивидуальная психотерапия, так и групповая. На индивидуальных беседах 3 раза в неделю проводилась рациональная (объяснительная) психотерапия – всестороннее разъяснение больному особенностей его заболевания, патофизиологических механизмов болезни, нахождения возможностей по преодолению больным затруднений в понимании сущности самой болезни. Ежедневно проводился транзактный анализ – тренинг фиксированных эмоциональных установок и тренинг психологических поглаживаний.

Проводилась *позитивная психотерапия* - это конфликт-центрированное, сфокусированное, психотерапевтическое вмешательство на основе транскультуральной модели (с использованием метафор и историй).

Позитивное толкование язвенной болезни желудка – способность давать выход напряжению и конфликтам; очень тяготить (в нём: тяжело на желудке); рассердиться до дыры в животе; лопаться от злости; поедать себя от тщеславия; язвительно реагировать; не переваривать что-то или кого-то.

Если у кого-то, «что-то давит на желудок» или если он «не может что-то переварить», это раздражает его «до рвоты», от этого «делается дурно, тошнит», то человек, в конце концов, «наживает себе дыру в желудке», разочарование «съедает» его. Кто-то становится, «как кислота», или реагирует, «показывая зубы».

По результатам исследования нами было выявлено, что у больных язвенной болезнью желудка решающую роль играют такие *актуальные способности*, как:

1). Усердие - деятельность, трудолюбие (перенапряжение на работе). Девизом было: «Если ты что-то умеешь, тогда ты из себя кое-что представляешь!»

2). Аккуратность, пунктуальность.

3). Послушание: следовать каким-либо советам, указам; поджать хвост, не пикнуть; уступать без сопротивления; роптать; бунтовать; сопротивляться.

4). Вера в авторитеты; кризис авторитарности.

5). Страх, агрессия.

6). Неумение сконцентрироваться.

**Аутогенная тренировка** – важная психотерапевтическая методика, позволяющая в короткие сроки смягчить или устранить симптоматику, проводилась 2-3 раза в неделю.

Больным, страдающим язвенной болезнью проводилась **гипносуггестивная** психотерапия, направленная на изменение отношения больного к отдельным болезненным явлениям и к болезни в целом. Количество сеансов (от 10 до 15) зависело от продолжительности болезненного процесса и от особенностей психотравмирующей ситуации. **Телесно-ориентированная психотерапия** – специальная психотерапевтическая методика, позволяющая снизить хроническое напряжение определённых групп мышц и таким образом вызывает высвобождение негативных эмоций. Особое место в лечении больных язвенной болезнью желудка занимал **релаксационный тренинг**. В тех случаях, когда в поведении у пациентов, как гиперкомпенсаторная реакция выступало стремление к тираническому подавлению (так называемый «тиранический пациент») окружающих со вспышками агрессивности в случае неудач – проводилась **семейная психотерапия**. Эта терапия была нацелена на осознание пациентом переживаемого им страха ситуаций, в которых наиболее сильно возникают страх и гиперкомпенсаторно проявляется стремление уйти от этих переживаний с помощью тиранического поведения. В данном случае занятия проводились по принципу «здесь и сейчас» с использованием техник гештальттерапии. Пациент и его родственники использовали технику «перевёртышей», т.е. поочередно проигрывали роли «агрессивного» и «тиранического», а затем «испуганного» человека. Далее обсуждалось аутентичность пребывания в этих полярных ролях. Семейная психотерапия способствовала повышению эмпатии у членов семьи и созданию альтернативных стандартов взаимодействия. Хотелось бы отметить больных с психопатическими чертами характера или «неврозом» характера, с компульсивно-депрессивными чертами и столь свойственной им тенденцией к постоянному «рассеиванию» агрессивного напряжения на окружающих. Пациенты выражали постоянно недовольство, брюзжали, «язвили» и т.д. В этом случае «рассеивание» пациентом агрессивных эмоций создаёт негативное отношение к нему самому со стороны членов семьи и других лиц. Эта негативная реакция ещё больше форсирует у пациента стремление проявлять агрессию, т.е. формируется «порочный круг». Для его преодоления применялись техники «конструктивного спора», метод «честной борьбы».

В контрольной группе, не получавшей психотерапию, наблюдалось длительное заживление язвы, заболевание протекало с частыми клиническими обострениями. Личностный компонент, характеризующийся склонностью к колебаниям, неуверенностью в себе, приводил к частым конфликтам, усиливающие депрессивно-

ипохондрические тенденции, возникающие в связи с заболеванием.

В группе больных, получавших психотерапию, установлено, что включение психотерапии уменьшает клинические проявления заболеваний, потенцирует действия соматотропных средств, повышает адаптацию больных.

У больных, прошедших психотерапию, отмечалось также:

- купирование болевого и диспептического синдрома;
- ускорение заживления язвы;
- подавление продукции соляной кислоты и пепсина;
- усиление защитных механизмов гастродуоденальной слизи;
- предотвращение рецидивов заболевания;
- установлено также, что среднее количество трудопотерь на одного больного, получившего психотерапию в течение года, уменьшилось на 50% по сравнению с годом до лечения.

#### Выводы:

1) Своевременное выявление психоэмоциональных расстройств и их адекватная психотерапевтическая коррекция позволяет значительно повысить эффективность лечения больных язвенной болезнью в условиях психотерапевтического кабинета.

2) У больных, проходивших психотерапевтическое лечение, отмечалось укорочение времени рубцевания

язвенного дефекта по сравнению с больными контрольной группы не проходивших сеансов психотерапии.

3) Полученные, катамнестические сведения на разных этапах отдаления от окончания лечения свидетельствуют о высокой эффективности психотерапевтических методов при лечении язвенной болезни желудка.

4) Комплексный подход психотерапевтических методов лечения при язвенной болезни желудка позволяет добиться улучшения клинического течения заболевания, уменьшения симптомов социально-психологической дезадаптации, улучшения общего состояния пациентов.

#### Литература:

1. Каменецкий Д.А. Этюды практической психотерапии. Москва, 2000. - С. 164 – 170.
2. Носрат Пезешкиан. Психосоматика и позитивная психотерапия. Москва «Медицина» 1996г. - С.301 – 306.
3. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. Академический проект Москва. - 2000. - С. 101-117.
4. Волков В.Г., Стрелис А.К., Караваева Е.В., Тетнев Ф.Ф. Личность пациента и болезнь. Томск: Сибирский Государственный университет, 1995. - 328с.
5. Бородулина Е.В. Автореферат диссертации доктора медицинских наук. г.Томск. Особенности психоэмоционального статуса и качество жизни у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатипёрстной кишки в фазе обострения, медикаментозная психокоррекция. Dissercat content...i... yazvennoi-boleznyu

УДК 615.355:615.384:616-001.32

### ТӘЖІРИБЕЛІК ЦЕМЕНТОЗДАҒЫ СОД, КТ БЕЛСЕНДІЛІКТЕРІНІҢ ӨЗГЕРІСІ Т. С. Шонтасова, М. А. Ибраева, Ф. Т. Апбасова, О. М. Орынканова, А. А. Имангалиева Семей мемлекеттік медицина университеті

#### Динамика изменений активности СОД, КТ при экспериментальном цементозе

Т. С. Шонтасова, М. А. Ибраева, Ф. Т. Апбасова, О. М. Орынканова, А. А. Имангалиева

*Под действием цемента в начальном периоде затравки происходит достоверное повышение активности СОД в печени, а в отдаленном периоде снижение в селезенке. Активность КТ достоверно повышена в селезенке в начальном периоде затравки, а в отдаленном периоде достоверно снижена в селезенке.*

#### The dynamics of change activity of SOD and CT of the cementosis

T. S. Shontasova, M. A. Ibraeva, F. T. Apbasova, O. M. Ornkanova, A. A. Imangaliyeva

*Thus, under the action of cement in the initial period increasing of SOD activity in the liver, but in the far period decreasing in the spleen. The activity CT increased in the spleen, but in the far period decreased in the spleen.*

Цемент өндірісі жұмысшыларының арасында таралған цементоз жалпы пневмокониоз ауруларына жатады. Цемент шаңымен ластанған ауамен ұзақ уақыт бойы дем алғанда өкпеде фиброздық процесс дамиды [1]. Өндірістік шаңдар оттегінің белсенді түрлерінің (ОБТ) түзілуіне әкеледі [2]. Жасуша ішілік және жасушадан тыс түзілетін ОБТ жасуша құрылымдарын зақымдаушы әсерлерінен қорғау әртүрлі жолдармен жүреді. ОБТ қорғау СОД, каталаза, ГЛПО атқарады. СОД сутегі асқын тотығын (H2O2) ыдыратады. КТ сутегінің асқын тотығын ыдыратуды катализдейді [3,4].

**Зерттеу мақсаты:** цемент шаңымен уланған жануарлардың ағзаларындағы СОД, КТ белсенділіктерін анықтау.

**Зерттеу материалдары:** Тәжірбие (n=180±20гр.) аталық егеуқұйрықтарға жүргізілді. Бақылау (I) тобы (n=10), цемент шаңымен уланған (II) топ (n=20) 2-ші айында және 4-ші айында (III) топ (n=20). Бауыр, көк бауыр дайындалған гомогенаттарға 2 және 4 ай өткеннен кейін зерттеу жүргізілді.

Кестеде цемент шаңымен уланудан 2 ай өткеннен соң бауырда СОД деңгейі 32,7%-ға (p<0,05) нақты жоғарылағаны, ал уланудан 4 айдан кейін төмендегені анықталды (p>0,05). КТ уланудың 2 және 4 айында тежелумен жүрді (p>0,05). Көкбауырда СОД уланудан 2 айдан кейін төмендеуге бейімділік көрсетті (p>0,05), кешеуілдетілген мерзімде бақылау тобына қарағанда нақты 13,2% (p<0,05) төмендеді. КТ уланудан 2 ай өткеннен кейін нақты 38,74%-ға (p<0,01) жоғарылап, 4 айдан кейін 19,4%-ға (p<0,05) нақты төмендеді.

Сонымен, цемент шаңымен уланған жануарлардың қорғаныс ферменттері уланудан кейінгі анықталған мерзімдерде әртүрлі белсенділік көрсетті, бастапқы мерзімде бауырда СОД нақты жоғарыласа, көкбауыр тінінде төмендеуге бейімділік көрсетті (p>0,05), кешеуілдетілген мерзімде СОД көкбауырда нақты төмендеді. КТ бауырда бастапқы және кешеуілдетілген мерзімдерде тежелді (p>0,05), көкбауырда бастапқы мерзімінде нақты жоғарылап, кешеуілдетілген мерзімде көкбауырда нақты төмендеді.