

Таким образом, проведенный нами анализ теоретических исследований и собственный профессиональный опыт позволил сделать следующий вывод: психолого-педагогические программы личностного развития женщин из числа семей участников вооруженных конфликтов являются одним из эффективных путей социальной реабилитации данной категории семей, так как объективно снижают внутрисемейное напряжение, расширяют границы коммуникаций, способствуют раскрытию личностного потенциала членов семьи, оздоровлению семейной системы, открывают перспективы для развития супружеских и детско-родительских отношений.

Т.Ю. Дьячкова, Е.А. Левыкина, Е.И. Непомнящая, Е.В. Фролова (Новосибирск)

Проблема ведения и терапии больных хронической посттравматической головной болью

В структуре травм наиболее драматичной является черепно-мозговая травма. Пострадавшие в ЧМТ составляют 40% от всех случаев. Вместе с тем, большое значение имеют связанные с черепно-мозговой травмой посттравматические расстройства. Среди последствий ЧМТ головная боль занимает приоритетное положение. Характер черепно-мозговой травмы, полученных во время боевых действий, а также их последствия, значительно отличаются от травм, получаемых в мирное время. Наиболее частым поражающим фактором при ЧМТ в военное время является воздушная взрывная волна, приводящая к контузии. При оценке влияния взрывной волны на организм следует учитывать: первичное воздействие ее – непосредственное ударное действие, резкое мгновенное повышение, а затем понижение давления (баротравма), действие звуковой волны, вторичное отбрасывание пострадавшего волной и ушиб о твердые предметы, почву. Одним из основных патогенетических факторов, в данных случаях, является механизм «ускорение – замедление», последствиями которого является диффузное аксональное повреждение, характеризующееся разобщением коры от подкорковых структур и ствола мозга.

Согласно Международной классификации головной боли, хронические посттравматические головные боли (ПТГБ) возникают в первые 14 дней и их продолжительность более 8 недель. Хронические ПТГБ могут сохраняться месяцы и годы после травм и даже имеют прогрессирующее течение в отдаленном периоде. Хронические ПТГБ – следствие сложного взаимодействия органических и психологических факторов. Среди органических причин определенное значение имеют следующие: нарушение сосудистых структур (интра- и экстракраниальные) и нарушение несосудистых структур (рубец твердой мозговой оболочки, повреждение чувствительных нервных окончаний, локальное повреждение мягких тканей черепа и шеи, повреждение ноцицептивной системы тройничного нерва, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава и шейных межпозвоночных суставов, лабильность сосудов (нарушение церебральной ауторегуляции), ликвородинамические нарушения).

Хронизации процесса способствуют преморбидные особенности личности, ипохондрическая настроенность, частые стрессы, социальная неустроенность, а так же рентные установки. Соотношение роли органических и психогенных факторов в патогенезе ПТГБ с течением времени меняется: чем больше времени прошло с момента травмы, тем большую роль играют психологические, социальные, ятрогенные факторы.

Нами было обследовано 62 пациента с последствиями ЧМТ, полученных в период службы (минно-взрывные ранения, контузия головного мозга различной степени тяжести). Давность травмы была от 2 до 16 лет. Все пациенты были мужчины в возрасте от 25 до 43 лет. Средний возраст составил 32 года. При обследовании применялись стандартные методы неврологического осмотра пациента, анкетирование по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), уровень боли по которой составил 5-6 баллов. Пациентам проводилась рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника, нейрофизиологическое исследование – Эхо-ЭГ, ЭЭГ, УЗДГ сосудов шеи и головного мозга, осмотр окулиста глазного дна, всем больным было проведено КТ или ЯМРТ головного мозга. Все пациенты были осмотрены психиатром, проведено психологическое обследование.

По данным исследования болевой сд-м носил самый разнообразный характер. В 54% случаев головная боль была диффузная, давящего характера, в 20 – пульсирующая с локализацией в височной области, 15% больных жаловались на боль в теменно-затылочной области, у 11% – болевой сд-м был мигреноподобным (гемикрания). Во всех случаях головная боль сочеталась с общими жалобами: эмоциональная лабильность, раздражительность, быстрая утомляемость, снижение работоспособности. В 64% случаев больные отмечали головокружение. Практически у всех пациентов цефалгический синдром был метеозависим, усиливался при физической нагрузке, в ситуациях эмоционального напряжения. В неврологическом статусе выявлялась рассеянная неврологическая симптоматика – ослабление конвергенции, снижение корнеальных рефлексов, горизонтальный мелко- и среднеразмашистый нистагм, легкая асимметрия нижнелицевой мускулатуры, анизорефлексия сухожильных рефлексов, угнетение брюшных рефлексов, умеренные координаторные нарушения.

Проведенные методы нейрофункциональных исследований показали: ЭЭГ – преобладали изменения диффузно-уплощенного типа с плохо выраженным альфа ритмом, значительной десинхронизацией биоэлектрической активности, а так же ирритативные изменения, признаки дисфункции неспецифических образований срединных структур. УЗДГ – отмечалась умеренная асимметрия кровотока в каротидном и вертебро-базиллярном бассейнах. На Р-граммах черепа отсутствовали признаки внутричерепной гипертензии. При нейровизуальном исследовании (КТ и ЯМРТ) головного мозга дополнительных образований не выявлено, в 20% были признаки умеренной открытой гидроцефалии.

Психологическое обследование выявило у подавляющего кол-ва пациентов выраженные эмоционально-волевые нарушения, сниженный уровень аффективных реакций, эмоциональная блокада, ощущение «укороченного» будущего, повышенная раздражительность, гипертрофированная бдительность, повышенный уровень физиологической реактивности на события напоминающие об обстоятельствах травмы, интенсивные вспышки негативных эмоциональных состояний. Нарушение памяти и внимания у таких больных вторично по отношению к депрессии и другим эмоциональным нарушениям.

Проведенные исследования подтверждают комплексное происхождение болевого феномена при хронической посттравматической головной боли как результат сложного взаимодействия органических изменений в головном мозге и социально-психологических факторов. Цефалгический сд-м характеризуется отсутствием типичных специфически качественных характеристик. Со-

провожающие невротические симптомы и эмоционально-волевые нарушения служат дополнительным критерием диагностики ПТГБ.

Данные функционального нейрофизиологического исследования (ЭЭГ) свидетельствуют о страдании функции интегративных структур головного мозга (связи лобных долей с базальными ганглиями и лимбическими структурами) и о неполноценности активирующих неспецифических систем мозга. Известно участие этих структур в формировании болевого поведения. Таким образом, терапия пациентов с хронической посттравматической головной болью должна проводиться совместными усилиями неврологов, психотерапевтов и психологов.

В лечении данной группы пациентов использовалась сочетанная медикаментозная терапия с применением препаратов ноотропного, вазоактивного действия, нейрометаболитов, антидепрессантов. Физиолечение, массаж, ЛФК. Учитывая особенности психопатологические отклонений, для краткосрочной психотерапии в условиях стационара использовались следующие техники: нейролингвистического программирования, гипносуггестия, телесно-ориентированная терапия, техника прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону. Индивидуальные занятия проводились 2-3 раза в неделю, групповые ежедневно. Все пациенты к концу курса лечения (18-20 дней) отмечали улучшение – ослабление цефалгического синдрома и психо-эмоциональных нарушений.

Своевременная диагностика и правильно спланированные комплексные медикаментозные и немедикаментозные терапевтические мероприятия обеспечивают хороший эффект лечения, а также способствуют повышению качества жизни пациентов.

Т.Ю. Дьячкова, Е.В. Фролова, Т.А. Шуклина (Новосибирск)

Опыт и значение психокоррекционной работы в комплексной реабилитации участников боевых действий

Современная медицинская практика показывает, что взаимодействие клиницистов разных специальностей способствует более широкому пониманию клинической картины болезни и успешному лечению выявляемой патологии. Особенно виден поворот интересов специалистов в области внутренних болезней, физиологии к проблемам личности, психике и их соотношения с патологией. Интеграция соматической и психиатрической медицины основана на признании роли психологических факторов в развитии многих соматических расстройств. Сочетание психических и соматических болезней является закономерным. При многих соматических болезнях психические, поведенческие и психосоциальные расстройства осложняют их течение, влияют на степень выраженности симптоматики, приводят к состояниям бессилия и беспомощности, существенно снижают качество жизни и ее продолжительность.

Одним из направлений в интеграции соматической и психиатрической медицины является концепция коморбидности соматических и психических расстройств и болезней [5]. Некоторые состояния, казалось бы, объяснимые соматическими причинами, на самом деле являются отражением депрессивных нарушений. одновременно с этим, анализ клинических признаков тревоги показал, что в ней можно выделить: а) соматические эквиваленты, б) когнитивные проявления, выраженные в нарушениях мышления; и в) поведенче-