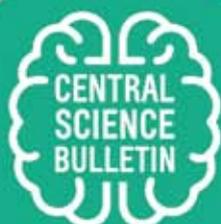


МЕДИЦИНА
ПЕДАГОГИКА

ПСИХОЛОГИЯ
ЮРИСПРУДЕНЦИЯ

10.01.2017

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ **ВЕСТНИК**



ТОМ 2 // НОМЕР 1 (18)

ЖУРНАЛ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ВЕСТНИК»

Том 2 // Номер 1 (18) // 10 января 2017 г.

ISSN: 2499-9989

Редакционная коллегия

Главный редактор:

Филиппов Вадим Леонидович,

проф., д.м.н., Санкт-Петербург

Зам. главного редактора:

Воробьева Ольга Владимировна,

проф., д.м.н., Москва

Состав редколлегии:

Бойко Е. О., проф., д.м.н., Краснодар

Игумнов С. А., проф., д.м.н., Республика Беларусь

Меззич Х. Е., prof., M.D., США

Туркан Я., JUDr, Словацкая Республика

Куташов В. А., проф., д.м.н., Воронеж

Солдаткин В. А., проф., д.м.н., Ростов-на-Дону

Хансон Й., M.D., Ph.D., Швеция

Преображенский А.П., проф., д.т.н., Воронеж

Дроздовский Ю. В., проф., д.м.н., Омск

Аммон М., prof., Dr. phil., Dr.H.C., Федеративная Республика Германия

Ретюнский К. Ю., проф., д.м.н., Екатеринбург

Колесникова О.А., проф., д.э.н., Воронеж

Сакисян С. Г., prof., M.D., Ph.D., Республика Армения

Хатуяева В. В., проф., д.ю.н.

Разинкин К. А., проф., д.т.н., Воронеж

Доктор Р., prof., M.D., Великобритания

Белоцерковский Г., M.D., Эстонская Республика

Воронов А.А., проф., д.ю.н., Воронеж

Якупов Э. З., проф., д.м.н., Казань

Андреас Г., prof., M.D., Федеративная Республика Германия

Воронцова З. А., проф., д.б.н., Воронеж

Александрович Дж., prof., dr.hab.med., Республика Польша

Сиволап Ю. П., проф., д.м.н., Москва

Трофимова Н. Б., проф., д.п.н., Воронеж

Тьяно С., prof., Государство Израиль

Чопоров О.Н., проф., д.т.н., Воронеж

Контактная информация

WWW.CScB.su

Адрес для корреспонденции:

141241, г. Пушкино, Московской

области, ул. Рабочая д.20, к.49

Телефон: **+7 (473) 258-09-78**

E-mail: **CScB@list.ru**

Учредитель и издатель журнала:

ООО «Издательство РИТМ»

г. Пушкино

Тираж 300 шт.

Подписано в печать 10.01.2017

Формат 60x84 1/8

Бумага офсетная

СОДЕРЖАНИЕ

Медицина

Глушкова Е.П., Булатецкий С.В. 3
ДИНАМИКА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ СИСТЕМ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ ПРИ ДЕЙСТВИИ МАГНИТНОГО ПОЛЯ

Жиглов С. Н., Куташова Л.А. 5
К ВОПРОСУ О ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ПРИ НАРКОМАНИЯХ..... 5

Немых Л.С., Олейник Е.В., Куташов В.А. 7
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ У МУЖЧИН

Судаков Д.В., Черных А.В., Закурдаев Е.И., Тихонов А.Н. 9
НОВЫЕ ДАННЫЕ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН
У БОЛЬНЫХ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Судаков Д.В., Черных А.В., Якушева Н.В., Тихонов А.Н. 12
ОПЫТ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ИКРОНОЖНЫМ НЕРВОМ МАГИСТРАЛЬНЫХ НЕРВНЫХ СТЕЛОК ПРЕДПЛЕЧЬЯ НА ФОНЕ УКУШЕННЫХ РАН ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Судаков Д.В., Черных А.В., Закурдаев Е.И., Тихонов А.Н. 15
ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В МИКРОХИРУРГИИ

Швед И.Н., Куташов В.А., Шульга А.С......17
ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ БОЛЬНЫМ С «ОКС»

Педагогика

Дресвянникова М.П. 20
ЗНАЧИМОСТЬ ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ
КАК ВЕДУЩЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВА В СООТВЕТСТВИИ С ФГОС

Шмакова О.Э...... 21
СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ ЧЕРЕЗ СЮЖЕТНО-РОЛЕВУЮ ИГРУ
В УСЛОВИЯХ ПРОЕКТНОГО МЕТОДА

Психология

Агаркова И.В., Куташов В.А., Хабарова Т.Ю. 22
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИНЯТИЯ РОЛИ МАТЕРИ
У ПЕРВОРОДЯЩИХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Резвая Т.Н., Самсонов А.С., Куташова Л.А. 26
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА СОЗАВИСИМОСТИ

Судаков Д.В., Орлова Г.В., Судакова О.А., Тихонов А.Н. 35
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ
ОТДЕЛЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Юриспруденция

Л.М. Бабкин, С.В. Булатецкий, А.Е. Родин..... 38
ПРОКУРОРСКИЙ НАДЗОР ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ЗАКОННОСТИ
В СЛЕДСТВЕННЫХ ИЗОЛЯТОРАХ

Материалы публикуются в авторской редакции. За содержание и достоверность статей ответственность несут авторы. При использовании и заимствовании материалов ссылка на издание обязательна.

ДИНАМИКА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ СИСТЕМ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ ПРИ ДЕЙСТВИИ МАГНИТНОГО ПОЛЯ

Е.П. Глушкова

Начальник медицинской части – врач (по обслуживанию Рязанского филиала Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя) Медико-санитарной части МВД России по Рязанской области, к.м.н.,

Россия, г. Рязань

С.В. Булатецкий

Профессор кафедры уголовного процесса и криминалистики, д.м.н.

Рязанский филиал Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, Россия, г. Рязань

Аннотация. В статье рассматривается физиологическое действие магнитного поля на функциональное состояние человека и неспецифические механизмы адаптации по результатам изменения состояния физиологических систем, активности стресс-реализующей и стресс-лимитирующей систем.

Ключевые слова: адаптация, математический анализ ритма сердца, неспецифические механизмы адаптации, магнитное поле, регуляторные системы, стресс-реализующая система, стресс-лимитирующая система, функциональное состояние.

Понятие «эффективность» как характеристика предметов и явлений окружающей нас действительности широко используется в различных сферах человеческой деятельности: в быту и в различных науках, как естественных, так и социальных [19]. Недостаточная эффективность существующих средств и методов повышения работоспособности, сохранения здоровья обуславливает необходимость поиска принципиально новых технологий. Системы организма как биологические объекты обладают разной чувствительностью к электромагнитным полям, поэтому физиологическое действие магнитных полей на живые организмы все еще остается малоизученным вследствие недостаточного количества лабораторных и клинических исследований и является актуальной задачей современной магнитобиологии [13, 18]. К настоящему времени многочисленными исследованиями выявлена более высокая эффективность при магнитотерапевтическом воздействии импульсными магнитными полями (ИМП) в (сравнении с непрерывными магнитными полями), что обусловлено возможностью выбора частот, адекватных определенным ритмическим процессам в соответствующих тканях организма, и отсутствием адаптации к импульсным воздействиям в процессе их применения. При этом локальные физиотерапевтические воздействия магнитным полем вызывают не только преимущественно местный эффект, но и интегральные, общеорганизменные изменения [6].

Ответная реакция организма на любое воздействие окружающей среды обеспечивается не только механизмами, специфически возникающими на возмущающий фактор, но и неспецифическими механизмами, осуществляемыми в рамках стресс-реализующей и стресс-лимитирующей систем [6, 8, 9, 17]. Актив-

ность стресс-реализующей системы на центральном и периферическом уровнях ограничивает стресс-лимитирующая система [16, 17], исполнительные механизмы которой обеспечивают реципрокные, антагонистически организованные результаты. В предыдущих исследованиях были изучены ответные общеорганизменные реакции стресс-лимитирующих или реципрокно организованных стресс-реализующих механизмов адаптации на локальное действие импульсного магнитного поля, которое также можно рассматривать как стрессогенный фактор [7, 10].

Математический анализ ритма сердца (МАРС) хорошо отражает степень напряжения регуляторных систем (активация гипоталамо-гипофизарно-адреналовой и симпат-адренотомической систем) в ответ на любое стрессорное воздействие и процессы взаимодействия центральной и вегетативной нервных систем [1, 2, 3, 4, 5, 12], а показатели МАРС являются наиболее удобными для исследований в связи с их простотой регистрации.

В нашем исследовании по результатам МАРС локальное воздействие ИМП аппарата АЛМАГ-01 при 7-минутной экспозиции на зону проекции надпочечников вызвало повышение активности парасимпатической нервной системы (ПНС) при снижении активности симпатического отдела автономной нервной системы (АНС). На наш взгляд, воздействие ИМП на зону надпочечников оказывает противострессорный эффект в результате снижения симпатической активации надпочечников. В пользу нервно-рефлекторного эффекта свидетельствует короткое время экспозиции магнитных воздействий, необходимое для запуска стресс-лимитирующих механизмов. При этом не следует исключать и рефлекторное воздействие на гипоталамические струк-

туры с развитием «классического» по Сельепротивостресса [20]. При 7-минутном воздействии на область шейного отдела спинного мозга изменения происходили в плоскости увеличения симпатической активации, усиливающей энергетические процессы, и уменьшения парасимпатической (трофотропной) активности АНС. Эти изменения свидетельствуют об активном включении эрготропного церебрального звена регуляции системы кровообращения под влиянием повышения активности коры головного мозга [14].

Результаты МАРС, полученные при применении разных параметров воздействия импульсными магнитными полями аппарата с биологической обратной связью (АЛМАГ-БОС), показали, что по критерию динамики неспецифических адаптационных механизмов в наибольшей степени оптимизирует функциональное состояние организма человека применение следующих параметров локального воздействия: поясничная локализация индукторов при ИМП 3 Гц 20 мТл и шейная локализация индукторов при ИМП 27 Гц 20 мТл. При этом повышается активность ПНС, снижается активность симпатической нервной системы (СНС), улучшаются метаболические процессы, и снижается в целом активность регуляторных систем. Механизмы симпатолитического действия ИМП до конца не выяснены. Вероятнее всего они обусловлены прямым действием на гипоталамус и действием на окислительно-фосфорилирующие процессы в нейронах периферической и центральной нервной системы, поскольку независимо от точки приложения магнитного поля в головном мозге начинают преобладать тормозные процессы [11, 15].

Применение в исследовании тех же параметров магнитного поля, генерируемых аппаратом ПОЛИМАГ-01, подтвердило

полученные при использовании АЛМАГ-БОС результаты динамики неспецифических адаптационных механизмов по показателям МАРС. При анализе результатов изменения биохимических показателей крови в зависимости от локализации и параметров воздействия низкочастотным, низкоинтенсивным магнитным полем аппарата ПОЛИМАГ-01 была выявлена определенная реципрокная динамика состояния физиологических систем и неспецифических адаптационных механизмов. При поясничной локализации индукторов и параметрах магнитного поля – амплитуда магнитной индукции 20 мТл, частота импульсов поля 3 Гц, экспозиция 7 минут – выявлена динамика в сторону повышения уровня стресс-лимитирующего медиатора (серотонин), супрессорной активности, активация системы фибринолиза, антиоксидантов, показателей противосвертывающей системы крови. При этом происходило снижение уровня стресс-реализующих гормонов (адреналин, норадреналин), хелперной активности, прооксидантов, показателей свертывающей системы крови. Эти изменения сопровождались депрессией иммунных механизмов и снижением активности механизмов неспецифической резистентности. Следует отметить, что реакция системы гемостаза на магнитное воздействие не сопровождалась потреблением прокоагулянтов, что указывает на функциональный (регуляторный) характер возникающих изменений. Стимулирующий характер реакции со стороны иммунной системы подтверждается и отсутствием каких-либо изменений со стороны концентрации основных классов иммуноглобулинов крови. Полученные при данных параметра воздействия магнитным полем результаты свидетельствуют об увеличении активности неспецифических адаптационных механизмов синтаксической (стресс-лимитирующей) направленности и активизации «сохранительных» функциональных систем. При шейной локализации индукторов аппарата ПОЛИМАГ-01 и параметрами магнитного поля – амплитуда магнитной индукции 4 мТл, частота импульсов поля 3 Гц, экспозиция 7 минут – выявлена противоположная динамика физиологических систем и неспецифических адаптационных механизмов. Следует также отметить, что динамика состояния неспецифических адаптационных механизмов при исследовании биохимических показателей крови аналогична результатам МАРС.

Полученные результаты исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Биологическую значимость действия магнитного поля на организм человека целесообразно оценивать через соотношение активности стресс-реализующей и стресс-лимитирующей систем.
2. Применение различных параметров магнитного поля позволяет из-

бирательно вызывать реципрокную активацию стресс-реализующей и стресс-лимитирующей систем, что может использоваться для целенаправленного управления функциональным состоянием организма человека.

Литература:

1. Андрианов, В.В. Динамика физиологических показателей при выполнении учебных задач с различной результативностью / В.В. Андрианов, Н.А. Васильюк, Т.М. Кукель // Труды научного совета по экспериментальной и прикладной физиологии. – М., 2007. – Т.14. – С. 167-173.
2. Баевский, Р.М. Анализ variability сердечного ритма: история и философия, теория и практика / Р.М. Баевский // Клиническая информатика и телемедицина. – 2004. – № 1 (1). – С. 54-64.
3. Баевский, Р.М. Variability сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов. – М.: Медицина, 2000. – 295 с.
4. Булатецкий, С.В. Корреляционные взаимосвязи спектральных параметров ритма сердца при проведении психоэмоциональной пробы у лиц с различным уровнем интеллекта / С.В. Булатецкий, Ю.Ю. Бяловский // Вестник новых медицинских технологий. – 2003. – Т. 10. – № 1-2. – С. 20-22.
5. Булатецкий, С.В. Физиологические механизмы успешности профессиональной подготовки курсантов образовательных учреждений МВД России: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / С.В. Булатецкий. – Рязань, 2008. – 48 с.
6. Бяловский, Ю.Ю. Variability сердечного ритма и фрактальная нейродинамика в условиях локальных вибромагнитоакустических воздействий / Ю.Ю. Бяловский, С.В. Булатецкий, Ж.В. Сучкова // Физиология человека, 2005. – Т. 31. – № 4. – С. 50-60.
7. Бяловский, Ю.Ю. Избирательная активация стресс-лимитирующей и стресс-реализующей систем организма с помощью магнитотерапевтического аппарата «Алмаг-01» / Ю.Ю. Бяловский, С.В. Булатецкий, Е.П. Глушкова, А.В. Иванов, А.Б. Секирин, С.Н. Смирнова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 12-1. – С. 44-48.
8. Бяловский, Ю.Ю. Неспецифические адаптационные механизмы в оптимизации тренирующих и реабилитационных мероприятий / Ю.Ю. Бяловский, С.В. Булатецкий, А.Н. Абросимов. – Рязань, 2006. – 384 с.
9. Бяловский, Ю.Ю. Фрактальная нейродинамика в условиях локальных физиотерапевтических воздействий / Ю.Ю. Бяловский, С.В. Булатецкий // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова, 2008. – № 1. – С. 6-9.
10. Глушкова, Е.П. Избирательность

действия переменного магнитного поля на активность стресс-лимитирующей и стресс-реализующей систем / Е.П. Глушкова, С.В. Булатецкий // Российский научный журнал. – 2015. – № 6 (49). – С. 355-361.

11. Демещкий, А.М. Современные представления о механизмах лечебного действия магнитных полей / А.М. Демещкий // Магнитология. – 1991. – № 1. – С. 6-11.

12. Динамика интегральных характеристик variability сердечного ритма и психофизиологических показателей студентов в режиме однодневной и недельной учебной нагрузки / Э.С. Геворкян [и др.] // Физиология человека. – 2006. – Т. 32. – № 4. – С. 57-63.

13. Зубкова, С.М. Современные аспекты физиотерапии / С.М. Зубкова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2004. – № 2. – С. 3-10.

14. Костин, А.В. Научное обоснование комплексной медико-социальной оценки здоровья студентов университета: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Костин. – Курск, 2007. – 21 с.

15. Никитина, В.В. Сравнительный анализ магнитных полей различной интенсивностей в эксперименте / В.В. Никитина, А.А. Скоромец, Л.С. Онищенко // Вопросы курортологии. – 2002. – № 3. – С. 34-35.

16. Пшенникова, М.Г. Феномен стресса. Эмоциональный стресс и его роль в патологии / М.Г. Пшенникова // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2000. – № 2. – С. 24-31.

17. Чумаков, В.И. Как найти дорогу в «метаболическом хаосе»? / В.И. Чумаков. – Ставрополь: СГМА, 2000. – 130 с.

18. Экспериментальная магнитобиология: воздействие полей сложной структуры: монография / М.В. Грязев [и др.]. – Тверь; Тула, 2007. – 112 с.

19. Тимохов, В.П. Историко-правовой генезис понятия «эффективность» / В.П. Тимохов // Вестник Мурманского государственного технического университета. – 2003. – Т. 6. – № 2. – С. 344-352.

20. Selye, H. Present status of the stress concept / H. Selye // Clin. Ther. – 1977. – Vol. 1. – P. 3-15.

Сведения об авторах:

Глушкова Елена Павловна – к.м.н., начальник медицинской части – врач (по обслуживанию Рязанского филиала Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя) Медико-санитарной части МВД России по Рязанской области, e-mail: elena_pavlovna@mail.ru

Булатецкий Сергей Владиславович – д.м.н., профессор кафедры уголовного процесса и криминалистики Рязанского филиала Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, e-mail: dr_bsv@mail.ru

К ВОПРОСУ О ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ПРИ НАРКОМАНИЯХ

Жиглов С. Н.

ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», Россия, г. Воронеж;

Куташова Л.А.

кафедра психиатрии и неврологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Россия, г. Воронеж.

Аннотация. В нашей стране постоянно повышается культурный и жизненный уровень народа, улучшаются санитарное состояние и медицинская помощь. В стране осуществляется строгий контроль за производством, хранением и отпуском наркотиков. Все это является условием для успешной борьбы с наркоманией. Профилактика наркоманий предусматривает как социальные, так и медицинские мероприятия. Углубление знаний населения и особенно врачей о наркоманиях, раннее выявление наркозависимых, активное и своевременное диспансерное лечение их, включая и принудительное, строгий учет и хранение наркотиков являются гарантией успеха профилактики наркомании.

Ключевые слова: психоз, наркотическая зависимость, психоактивное вещество.

Психотическое расстройство при наркомании, естественно, имеет внешний характер и входит в группу так называемых интоксикационных психозов. Психозы острые и хронические могут возникать на фоне продолжительного приема наркотических или токсикоманических средств. Однако описаны острые психозы и при первых пробах, в форме острых отравлений с психотической картиной, чаще в форме делирия или онейроидного помрачения сознания, нередко бредовые идеи [6,3].

Классифицировать наркотические психозы необходимо по двум признакам:

- 1) длительности течения:
 - кратковременные (от нескольких часов до суток),
 - долговременные (более 24 часов);
- 2) виду употребляемых наркотических веществ. Наиболее распространённые из них разберем поподробнее.

Гашишные психозы довольно разнообразны. Психоз может возникнуть при однократном употреблении наркотика и выражается в остром нарушении сознания, появлении чувства страха, гиперестезии. При передозировке гашиша психотическое расстройство проявляется в измененном состоянии сознания — в виде сумеречного расстройства, галлюцинаторной спутанности, иногда иллюзий. Больные возбуждены, рываются куда-то бежать, бывают агрессивны. Контакт с больным установить трудно, он полностью погружен в свои переживания. Передозировка гашиша может вызвать эпилептиформные припадки. Встречаются все виды оглушения: обнуляция, гиперсомния (сомнолентность) [7].

При абстиненции на 2—3-й день может развиваться психоз, чаще всего это или сумеречное расстройство сознания, или галлюцинаторно-параноидный синдром. Постоянными в картине психоза являются сенестопатические жалобы, метаморфопсии, галлюцинации с чувством парения, изменения пространства. Выход из психоза постепенный, на 6—7-й день, через выраженную астению с ипохондрией и

навязчивостью.

При хроническом гашишизме также отмечаются психозы. Ведущими в них бывают маниакальное, галлюцинаторно-параноидное, депрессивно-ипохондрическое содержание. Кроме того, в их структуре прослеживаются значительные колебания аффекта, а также периодические нарушения сознания. Полагают, что гашишные психозы могут провоцировать начало шизофренического процесса [6,4].

При наркомании морфинного типа в связи с особенностями употребления этой группы наркотических средств психозы практически не отмечаются. Однако описаны отдельные случаи кратковременных психических расстройств с измененным состоянием сознания. Они возникали на 2—3-й день выраженной абстиненции [5]. В хронической и поздней стадиях заболевания описаны корсаковские амнестические психозы, а также эпилептиформные припадки. Однако эти расстройства для морфинной наркомании не характерны.

Токсикомании снотворными средствами в хронической стадии заболевания могут давать психические расстройства с псевдопаралитической картиной — при общем интеллектуальном снижении отмечаются идеи величия, эйфория, отсутствие критики к своему состоянию.

Описаны картины корсаковского амнестического синдрома со значительным нарушением памяти, комфабуляцией, псевдореминисценцией. Также возможны эпилептиформные припадки, чаще всего в состоянии абстиненции.

На 6—7-е сутки абстиненции возможны психозы, в частности делирий. Делирий протекает с менее выраженным возбуждением, в нем часты цветные галлюцинации. Степень изменения сознания более глубокая, чем при алкогольном делирии, и, видимо, поэтому амнезия более глубокая [1].

Известны случаи бредовых психозов со словесными галлюцинациями. Они длятся 1,5—2 мес. Течение этих психозов более тяжелое, чем алкогольных, и в от-

личие от последних, которые наступают в среднем спустя 10—12 лет после начала болезни, они могут появляться на 5—6-м году развития болезни.

При кокаинизме также встречаются психозы. Наиболее часто отмечается делирий, очень схожий с алкогольным. Он, как правило, начинается на 2—3-й день абстиненции с краткого периода предвестников — плохой сон, подозрительность, настороженность. Затем возникают иллюзии, галлюцинации — зрительные, слуховые.

Больным кажется, что их окружают люди, звери, особенно мелкие животные — жуки, пауки, клопы, черви, мыши. Им строят угрожающие рожи. Слуховые галлюцинации комментирующего, обсуждающего характера, монологи, диалоги. Одни голоса их ругают, обзывают грубыми, непристойными словами, другие жалеют, защищают. Появляются и сделанные мысли (психические галлюцинации), больные ощущают, как на них действуют посторонние силы, воздействуют электричеством, магнитом, космическими лучами. Формируется вторичный бред преследования, воздействия. Находясь во власти описанных переживаний, больные нередко сами становятся преследователями и нападают на невинных людей, совершают преступления.

На фоне зрительных, слуховых галлюцинаций возможен бред ревности. Голоса намекают на измену жены, непристойное ее поведение. Растет напряженность, подозрительность и в таком состоянии также возможны нападения на жену или ее мнимых любовников. Критика у этих больных полностью нарушена. Амнезия на галлюцинации почти не бывает. Делирий не продолжителен. При прекращении приема кокаина и активном лечении они довольно быстро выздоравливают.

У наркоманов, злоупотребляющих кокаином, описан психоз по типу корсаковского. В его структуре отмечаются грубые нарушения памяти с выпадением функции внимания, суетливостью, раздражительностью. Моментами может быть амнестическая спутанность. Боль-

ной не находит своей палаты, койки, не знает, где он находится, не может запомнить числа, дня, месяца. Нарушается сон, резко падает аппетит, больные заметно худеют. При активном лечении отмечают улучшение памяти и общего состояния больного[5,2].

При хроническом приеме фенамина, первитина на фоне общего наркоманического синдрома возможны кратковременные психозы. В клинической картине психического расстройства на первом плане — яркие зрительные галлюцинации, обычно неприятного свойства. Одновременно формируется бред отношения, воздействия. Настроение колеблется с преобладанием подавленного, тревожного. В таких состояниях больные испытывают страх, прячутся, ищут помощи, защиты. Психозы кратковременны, иногда проходят самостоятельно, но лучше — при активном лечении.

При действии ЛСД могут возникать кратковременные психотические эпизоды. Начинаются они с состояния, напоминающего легкое опьянение. Затем наступает общая слабость, больные с трудом двигают руками и ногами. Глаза закрыты и перед внутренним взором чередой, как в кинофильме, проходят картины прошлого. Звуки становятся громче, предметы — отдаленными и расплывчатыми, выявляются признаки деперсонализации. Зрительные галлюцинации яркие, пестрые, калейдоскопические и радости субъекту не доставляют. Затем присоеди-

няются элементы депрессии и обманы восприятий. Появляются мысли о нежелании жить.

Наряду со зрительными галлюцинациями имеют место иллюзии, тактильные, обонятельные и псевдогаллюцинации. Слуховые галлюцинации отмечаются редко. Нарушается мышление. Могут появиться страх, подозрительность, бред отношения, преследования, в дальнейшем психотические расстройства могут проявляться в виде галлюцинаторно-иллюзорных картин, галлюцинаторно-параноидных или шизофреноподобных синдромов[3,4,6].

Таким образом, возникать психоз при наркомании может на разных стадиях употребления психоактивных веществ: как при однократном приеме, так и при длительном употреблении, а также на фоне абстинентного синдрома (еще называемого синдромом отмены).

Ошибочно считать, что опасным является только психоз при наркомании составом. Даже один прием наркотика может вызвать измененное состояние сознания (вплоть до комы).

Литература:

1. Булыгина, И.Е. Клинические проявления интоксикации новым психоактивным веществом MDMA (N)-Bz-F / И.Е. Булыгина // Всероссийская научно-практическая конференция «Совершенствование правовых основ наркологической помощи». — Москва. — 2014. — с.

51-54.

2. Куташов, В.А. Наркология. Клиника. Диагностика. Лечение / В.А. Куташов, И.Е. Сахаров. — Москва, 2016. — С. 559-565.

3. Менделевич, В.Д., Психотические расстройства в результате употребления наркотиков: современное состояние проблемы / В.Д. Менделевич // Наркология. — 2014. — №7. — С. 96-102.

4. Минко, А.И. Наркология в вопросах и ответах: Справочник практикующего врача / А.И. Минко, И.В. Линский. — Харьков: Торсинг, 2003. — С. 53-56.

5. Пятницкая, И.Н. Клиническая наркология / И.Н. Пятницкая. — Москва 2012. — С. 41.

6. Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. В 2-х т. — М.: Медпрактика-М, 2002.

7. Тетенова, Е.Ю. Синдром отмены синтетических каннабиноидов / Е.Ю. Тетенова, А.В. Надеждин, С.А. Савчук // Наркология. — 2014. — №8. — С. 39-42.

Сведения об авторе:

Жиглов Сергей Николаевич — врач-психиатр, заведующий отделением №3 стационара №2 ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», e-mail: jsn31@mail.ru

Куташова Людмила Анатольевна — научный руководитель Европейской клиники «Сиена-Мед», кандидат мед.наук, доцент, тел. 8-952-952-05-85, e-mail: Lkutashova@mail.ru

THE QUESTION OF PSYCHOTIC STATES IN DRUG ADDICTION

Zhiglov S. N., Kutasova L. A.

Abstract. In our country, constantly improving the cultural and living standards of the people, improving sanitary condition and health care. In the country and strict control of production, storage and holiday of drugs. All of this is a prerequisite for successful fight against drug addiction. Prevention of drug addiction involves both social and medical interventions. Knowledge of the population and especially the doctors about addiction, early detection of drug addicts, active and timely follow-up care, including forced and strict registration and storage of drugs are the guarantee of success of drug prevention.

Key words: psychosis, drug dependence, psychoactive substance.

References:

1. Bulygin, I. E. the Clinical manifestations of the toxicity of the new psychoactive substance MDMA (N) Bz-F / I. E. Bulygin // all-Russian scientific-practical conference "improving the legal framework for drug treatment." — Moscow. — 2014. — pp. 51-54.

2. Kutasov, V.A. Clinic. Diagnosis.

Treatment / V. A. Kutasov, I. E. Sakharov. — Moscow, 2016. — S. 559-565.

3. Mendelevich, V. D., Psychotic disorders drugs: current state of the problem / V. D. Mendelevich // Narcology. — 2014. — No. 7. — P. 96-102.

4. Minko, A. I. Addiction in questions and answers: a practitioner's Handbook / A. I. Minko, I. V. Linsky. - Kharkov: Torsing,

2003. — P. 53-56.

5. Pyatnitskaya, I. N. Clinical narcology / I. N. Pyatnitskaya. - Moscow 2012. - S. 41.

6. Manual in narcology], ed. N. Of iwaniec. In 2 T. - M.: Medpraktika-M, 2002.

7. Tetenova, E. J. the Syndrome of synthetic cannabinoids / Y. Y. Tetenov, A.V. Nadezhdin, S. A. Savchuk // Narcology. — 2014. — No. 8. — S. 39-42.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ У МУЖЧИН

Немых Л.С., Олейник Е.В., Куташов В.А.

Кафедра психиатрии и неврологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко,

Россия, г. Воронеж

Аннотация. Статья посвящена проблеме зависимого поведения среди мужчин и поиску социально-психологических мотивов, поддерживающих алкогольный стиль жизни. Описана методика выявления доминирующих мотивов злоупотребления алкоголем, позволяющая наметить и основные направления в реабилитации наркологических больных.

Ключевые слова: мотивация, алкоголизм, реабилитация, алкогольный стиль жизни.

Актуальность. Проблема алкоголизма в России на сегодняшний день является одной из самых актуальных медико-социальных проблем современного общества. Зависимое от алкоголя поведение представляет собой целый комплекс социальных патологий, влияющих на нормальное функционирование общества. Проблема стара, как мир, но актуальна, как никогда. Проблема алкоголизма давно превратилась в масштабную медико-социальную угрозу российской нации, т.к. затрагивает наиболее активные, молодые слои населения, влияя на экономические и демографические показатели [2]. Выяснение причин, приводящих к формированию алкогольного стиля жизни является важной социально-психологической задачей. Поэтому, исследование зависимых лиц на предмет их мотивации к приему алкоголя имеет большое практическое значение. Следует отметить, что изучение причин возникновения алкогольной зависимости выявило, что важное значение в их появлении имеет психология человека, его характер и когнитивные способности, умение приспосабливаться к жизненным неурядицам. Личности со слабой волей и склонностью к депрессии могут страдать от алкогольной зависимости чаще [2]. Исследования подтвердили, что одной из важных психологических причин алкогольной зависимости является неспособность человека к самореализации как в социуме (найти хорошую работу), так и в микросоциуме (построить отношения и семью). Такие люди страдают из-за того, что не могут найти свое истинное место в обществе [1]. Чаще остальных могут злоупотреблять алкоголем и неуверенные в себе мужчины. Такой человек полон страхов, неуверенности в завтрашнем дне, не умеет заводить новые знакомства и ладить с другими людьми. Чтобы набраться храбрости перед важным событием или свиданием, он принимает алкоголь и становится более раскрепощенным и уверенным в себе. Личности полные комплексов, мнительности, сомнениям выпивают для расслабления и подавления своих страхов. Психологическая теория считает, что человек, которого родители подавляли в детстве, наиболее подвержен риску алкоголизма [6].

Среди основных психологических причин алкоголизма выделяют и такой, как

желание расслабиться после трудовой недели в кругу друзей или в одиночестве. Спиртные напитки быстро снимают напряжение, усталость, поднимают настроение. Человек постепенно привыкает к такому образу жизни и ему трудно от него отказаться. Чаще всего люди не видят в этом проблемы, так как это привычный вид отдыха [5]. Часть мужчин начинают выпивать, чтобы укрепить здоровье [5].

Одной из важных причин приема алкоголя является социальная. Это и традиции употребления алкоголя на праздники в кругу семьи и с друзьями, где человек не хочет выделяться, поэтому пьет вместе со всеми, иначе его засмеют. Многие не могут отказать, так как считают это неуважением к знакомым. Это неинтересная работа и низкая зарплата, которые заставляют человека думать о том, что он не нашел свое место в жизни. Трудные профессии, связанные с тяжелым стрессом и напряжением, риском для жизни также могут послужить фактором развития алкогольной зависимости. Среди таких профессий выделяют врачей, работников скорой помощи, полицейских, пожарников и прочих [7]. С помощью алкоголя люди стараются забыть о произошедшем, расслабиться. Особое место занимает фактор низкого уровня жизни, борьбы с бедностью, плохого питания и жилищных условий, безработицы, что приводит к духовному и моральному падению человека. Он не в состоянии справиться в одиночку с проблемами, поэтому начинает пить от безысходности [4].

Социальный ущерб от алкоголизма огромен: распадаются семьи, растет преступность, сокращается продолжительность жизни, снижается интеллектуальный уровень общества. Таким образом, мотивы употребления алкоголя разнообразны, но во всех случаях доминирует стремление к эйфории [5].

Цель работы:

Изучить социально-психологические аспекты алкогольной мотивации у мужчин среднего возраста.

Задачи.

1. Проведение анализа социально-психологических особенностей мужчин с алкогольной зависимостью.
2. Выявление мотивов потребления алкоголя.
3. Оценить особенности личности

мужчин, склонных к злоупотреблению алкоголем.

Объект исследования.

Мужчины в возрасте от 20 до 60 лет, проходившие лечение в наркологическом отделении психиатрической больницы.

Предмет исследования.

Мотивация потребления алкоголя среди мужчин трудоспособного возраста.

Методы исследования.

Для данного исследования была применена методика мотивации потребления алкоголя, предложенная В. Ю. Завьяловым, позволяющая определить не только уровень выраженности склонности к потреблению спиртного, но и структуру мотивации потребления. Определенным преимуществом методики является направленность на мотивацию потребления - менее скрываемый фактор, чем количество и частота приема спиртных напитков [7]. Методически в опроснике предлагается три группы шкал мотивации потребления алкоголя:

I группа социально- психологических мотивов приема алкоголя:

1. Традиционные (праздники, годовщины и т.п.), когда алкоголики умело используют любой удобный повод для выпивки и искусно создают питейные ситуации.

2. Субмиссивные (подчинение давлению других людей), это когда употребление алкоголя связано с повышенной подчиняемостью, неспособностью незрелой личности противостоять натиску пьющих.

3. Псевдокультурные мотивы, свидетельствуют о стремлении человека приспособить свой личный опыт к «алкогольным ценностям».

II группа состоит из личностных, персонально значимых мотивов:

4. Гедонистические, отражающие стремление получить физическое и психологическое удовольствие от действия алкоголя, а также опыт яркого переживания алкогольной эйфории.

5. Атарактические, связанные с желанием нейтрализовать негативные переживания – напряжение, тревогу, страх с помощью алкоголя.

6. Мотивы гиперактивации поведения («для храбрости», «от скуки» и т.п.)

III. Особенно патологические мотивы, которые проявляются на клиническом уровне в форме болезненного влечения к алкоголю:

7. «Похмельные» - стремление с помощью алкоголя снять явления абстинентного синдрома, психофизиологический дискомфорт, связанный с лишением спиртного, улучшить самочувствие, используя алкоголь как лекарство.

8. Аддиктивные – «пристрастие» к алкоголю, фиксация в сознании влечения к нему, «жажда» опьянения.

9. Самоповреждение - стремление пить назло себе и другим в качестве протеста, перспективы в будущем, утраты смысла трезвости.

Опросник включает 9 шкал по 5 утверждения в каждой; ответ “а” дает 3 балла, “б” - 2 балла, “в” - 1, “г” - 0 баллов. Максимально возможное количество баллов по каждой из шкал - 15, минимальное - 0; чем больше баллов набрано по какой-либо шкале, чем более значимы для обследуемого данные мотивы.

До 35 баллов - злоупотребления алкоголем нет, 35-50 баллов - проявления злоупотребления алкоголем, свыше 50 баллов - болезненное пристрастие, злоупотребление.

Анализ результатов производится психологом на основе содержания шкал опросника, ориентируясь при этом на характер преобладающего мотива.

На ранних этапах злоупотребления алкоголем главную роль играют “социальные мотивы”.

В дальнейшем на первое место выходят личностные мотивы с преобладанием стремления к эйфории.

На I и II стадии алкоголизма - аддиктивные и “похмельные”, а среди личностных выделяются атарактические.

Следует отметить, что при наличии болезненной зависимости от алкоголя высокие показатели по I и II триаде мотивов служат лишь “прикрытием” (т. н. “алкогольное алиби”) патологического влечения к алкоголю.

Кроме того, данная методика выявляет лишь те мотивы, которые представлены в сознании личности, а влечение к алкоголю в значительной мере имеет неосознаваемый характер и его осознание искажается различными защитными механизмами.

Вывод.

Таким образом, проанализировав социально-психологические аспекты мужского алкоголизма можно констатировать, что алкоголизм, являясь комплексной гуманитарной проблемой, затрагивает самые разные сферы жизни человека и общества. Рассматривая алкоголизм в социальном аспекте, можно заключить, что предпосылки и негативные последствия пристрастия к спиртному касаются самых различных социальных групп. Зависимые от алкоголя мужчин, являясь представителями разных возрастных, профессиональных и других социальных общностей, все же объединены общей проблемой, накладывающей отпечаток на их жизнь, деятельность и отношения. Исследование мотивов формирования алкогольного

стиля жизни является важным фактором в терапии и профилактике в работе с зависимыми мужчинами.

Литература.

1. Кругляк, Л. Алкоголизм радость или тяжелая болезнь? / Л. Кругляк – ИГ «Весь», 2015г.

2. Ерышев, О.Ф. Алкогольная зависимость: Формирование, течение, терапия/ Ерышев О.Ф. и [др.]. - СПб.: Элбис-СПб., 2002. - 193 с.

3. Айвазова, А.Е. Психологические аспекты зависимости/ А.Е. Айвазова. – С.-Петербург, 2003г.

4. Завьялов, В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости В.Ю. Завьялов. – Новосибирск: Наука, 1988г.

5. Мельников, А. В. Алкоголизм/ А.В. Мельников. – Изд. Практическая медицина, 2001г.

6. Лысенко, С. А. Современная психотерапия алкоголизма / С.А. Лысенко. – Изд. «Миклоси», 2009г.

7. Завьялов, В. Ю. Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и у здоровых / В.Ю. Завьялов // Психологический журнал. - 1986. - № 5.- С.102-111.)

8. Завьялов В. Ю. Опросник по выявлению особенностей мотивации потребления алкоголя (Завьялов В. Ю. Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и у здоровых // Психологический журнал. - 1986. - № 5.- С.102-111.).

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF MOTIVATION OF ALCOHOL IN MEN

Nemyh L.S., Oleynik E.V., Kutashov V.A.

Annotation. The article deals with the problem of addictive behavior among men and search the socio-psychological motives that support the alcoholic lifestyle. A method for identifying dominant motives of alcohol abuse, which allows to plan and guidelines for rehabilitation of addicted patients.

Keywords: motivation, alcoholism rehabilitation, alcoholic lifestyle.

References:

1. Kruglyak, L. the joy of Alcoholism or serious illness? / L. Kruglyak – IG “All”, 2015.

2. Eryshev O. F. Alcohol dependence: the Formation, course, therapy/ eryshev O. F. [and others]. - SPb.: ELBI-SPb., 2002. - 193 p.

3. Aivazova, A. E. Psychological aspects of dependence/ A. E. Aivazova. – S.-Petersburg, 2003.

4. Zavyalov, V. U. Psychological aspects of alcohol dependence. Yu. Zavyalov. – Novosibirsk: Nauka, 1988.

5. Melnikov, A. V. Alcoholism/ A.V. Melnikov. – Ed. Practicalmedicine, 20013г.

6. Lysenko, S. A. Modern psychotherapy alcoholism / S. A. Lysenko. – Ed. “Miklosi”, 2009.

7. Zavyalov, V. Y. the Motivation of alcohol consumption in patients with alcoholism and in healthy / V. Yu. Zavyalov

// Psychologicaljournal. - 1986. - № 5.- P. 102-111.)

8. InZavyalov. Yu. a Questionnaire to identify the peculiarities of motivation of alcohol consumption (Zavyalovyy Motivation of alcohol consumption in patients with chronic alcoholism and healthy // Psychological journal. - 1986. - № 5.-P. 102-111.).

НОВЫЕ ДАННЫЕ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН У БОЛЬНЫХ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Судаков Д.В.

к.м.н., ассистент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО ВГМУ (Воронежский государственный медицинский университет) им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, врач-хирург БУЗ ВО ВОКБ №1 (Воронежская областная клиническая больница №1).

Черных А.В.

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО ВГМУ (Воронежский государственный медицинский университет) им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Закурдаев Е.И.

к.м.н., ассистент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО ВГМУ (Воронежский государственный медицинский университет) им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Тихонов А.Н.

врач травматолог - ортопед БУЗ ВО Борисоглебская РБ (Борисоглебская районная больница Воронежской области)

Аннотация. Статья посвящена опыту использования электроактивированных водных растворов в микрохирургическом стационаре. Приводятся новые данные комплексного лечения пациентов микрохирургического профиля, поступавших в порядке скорой помощи с «грязными» ранами. Описывается и обобщается положительный опыт использования электроактивированных водных растворов.

Ключевые слова: антибиотикорезистентность, микрохирургия, «грязные» раны, электроактивированные водные растворы, гнойное отделяемое, гидропрессивная обработка ран.

Актуальность проблемы. С каждым годом проблема антибиотикорезистентности становится все более актуальна. Фармацевтические компании тратят огромные деньги на разработку новых препаратов, способных спасти жизнь человека. Хирурги-ученые постоянно совершенствуют существующие методы лечения, уделяют много времени разработке новых способов терапии гнойных ран [1] [4], совершенствованию существующих перевязочных материалов и созданию новых, а так же способов обработки раневых поверхностей.

Тем не менее, данная проблема остается нерешенной, несмотря на объемные финансовые траты, лечебных учреждений, фармацевтических компаний и даже страховых корпораций [11] [13].

Недооцененными остаются ЭАВР (электроактивированные водные растворы), как один из компонентов комплексного лечения гнойных ран [2] [3].

ЭАВР по сути является слабоминерализованной или пресной водой, в результате электрохимического униполярного (у катода или у анода электрохимической системы) воздействия в которой, образовались и некоторое время остаются в активном состоянии продукты электрохимических реакций. Физико-химические свойства данного продукта практически не меняются в течении нескольких часов. Анолит и католит - это водный раствор после электрохимической обработки. Широкое antimicrobное действие раствора анолита обусловлено способностью повреждать клеточную оболочку микробной клетки. Электрохимически активированный водный раствор эффективен в отношении большинства известных на данный момент бактерий и вирусов. В тоже время

не отмечено отрицательного влияния на соматические клетки человека. Таким образом электроактивированные водные растворы обладают выраженным бактерицидным действием в следствие целого ряда факторов описанных выше, не оказывая отрицательного влияния на здоровые клетки [12] [13].

Цель исследования

Проанализировать эффективность использования ЭАВР в лечении гнойных ран у больных находящихся на лечении в отделении микрохирургии.

Материалы и методы

Объектами исследования послужили 30 пациентов: мужчины и женщины в возрасте от 20 до 66 лет (средний возраст составил $35,3 \pm 12,15$), находящихся в отделении микрохирургии. Все пациенты входившие в исследование были доставлены в приемное отделение в порядке скорой помощи с различными «грязными» ранами верхних конечностей (изолированные повреждения сухожилий сгибателей или разгибателей, а так же сочетанные сложные травмы с повреждением основных сосудисто – нервных пучков, а у некоторых больных и с наличием закрытых/открытых переломов костей верхних конечностей [10]. Всем пациентам было показано срочное оперативное лечение. Исследование проводилось в БУЗ ВО ВОКБ №1 (Воронежская областная клиническая больница №1) в 2014-2015 гг. Электрохимические активированные водные растворы производились в установке СТЭЛ. Для проведения данной санационной обработки ран с обильным бактериальным отделяемым, и наличием некротического компонента использовалось «Устройство для гидропрессивной обработки ран» (УГО-1).

Исследовали

Все пациенты перед оперативным лечением были обследованы по стандартным схемам (группа крови, резус – фактор, ОАК, Б/Х крови, исследование крови на ВИЧ, вирусные гепатиты) [5]. Практически в каждом случае приходилось дополнять обследование инструментальными методами диагностики. Чаще всего использовали рентгенографию (80% больных), при наличии тяжелых сочетанных травм вместо рентгенографии использовали компьютерную томографию (КТ у 16,66% пациентов), на третьем месте – УЗДС, которое использовали в 13,33% случаев.

У всех пациентов, входивших в исследование наблюдался сильно выраженный воспалительный процесс в послеоперационном периоде, с наличием гнойного отделяемого и другими характерными симптомами, что объяснялось анамнезом травмы (наличием «грязных» ран) [6] [7]. Всем пациентам входившим в исследование проводили раз в два дня исследование основных показателей крови (лейкоциты, СОЭ, ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации, нейтрофилы и т.д.)

Все объекты участвующие в исследовании были разделены на две группы.

Первую группу составило пятнадцать пациентов, мужчин и женщин, у которых в послеоперационном периоде помимо стандартных методов лечения использовали электроактивированные водные растворы. В частности использовали раствор анолита с окислительно-восстановительным потенциалом ≤ 1200 .

Вторую группу составили пятнадцать пациентов, мужчин и женщин, у которых в послеоперационном периоде использовались стандартные способы лечения

NEW DATA THE TREATMENT OF PURULENT WOUNDS IN PATIENTS WITH MICROSURGICAL PROFILE

D.V. Sudakov, A.V. Chernyh, E.I. Zakurdaev, A.N. Tikhonov

Summary: The article deals with the problem of antibiotic resistance in the surgical hospital. New data of complex treatment of patients microsurgical Profile admitted to the order of the ambulance with the "dirty" wounds. It describes and summarizes the positive experience of the use of electro-aqueous solutions.

Keywords: antibiotic resistance, microsurgery, "dirty" wounds electroactivated aqueous solutions, purulent discharge, gidropressiv wound treatment.

References:

1. Undulating laxative section of the front wall of the vagina at the rectus abdominis mediated plastic inguinal canal / A.V. Chernyh, E.I. Zakurdaev, E.N. Lubyh, V.G. Vitchinkin // *Surgery news*. 2015. V. 23. №1. P.17-22.
2. Study of the bactericidal effect of electro-aqueous solutions in the treatment of purulent wounds in patients with diabetes / D.V. Sudakov, E.A. Fursova, M.V. Frolov, O.V. Sudakov // *System analysis and control in biomedical systems*. 2011. V. 10. №2. P.322-326.
3. Treatment of purulent wounds in patients with diabetes mellitus using electro-aqueous solutions / D.V. Sudakov, E.A. Fursova, M.V. Frolov, O.V. Sudakov // *System analysis and control in biomedical systems*. 2011. V. 10. №2. P. 427-429.
4. Maleev U.V. Individual anatomical variability of the front of the neck. New approaches and solutions / U.V. Maleev, A.V. Chernyh // *Journal of experimental and clinical surgery*. 2009. V.2. №4. P. 316-329.
5. Evaluation of informative indicators of clinical examination of patients with type 2 diabetes and purulent wounds / D.V. Sudakov, E.V. Starodubceva, O.V. Sudakov, V.N. Snopkov // *System analysis and control in biomedical systems*. 2013. V. 12. №4. P. 1163-1165.
6. Building efficiency forecast sural nerve autografting in microsurgery of the upper extremities in patients with type 2 diabetes / D.V. Sudakov, A.V. Chernyh, N.V. Yakusheva, N.O. Vasiliev // In: *Actual problems of modern medicine. Collection of scientific papers on the results of the III international scientific - practical conference*. 2016. P. 122-124.
7. Sudakov D.V. Analysis of the composition of the microbial flora in patients with type 2 diabetes after autologous transplantation sural nerve trunk damaged forearm nerves / D.V. Sudakov, A.V. Chernyh, N.V. Yakusheva // In: *Modern medicine: current issues and prospects. Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference. Innovation Centre for Development of Education and Science*. 2016. P.134-138.
8. Sudakov D.V. Mathematical model of rational choice of schemes of treatment of purulent wounds in patients with diabetes / D.V. Sudakov // *avto-ref. dis. kand.med.nauk: 03.01.09 / Southwestern State University. Kursk*, 2014.
9. Sudakov D.V. Simulation of the process of treatment of purulent wounds in patients with diabetes / D.V. Sudakov // *System analysis and control in biomedical systems*. 2013. V.12. №1. P. 327-330.
10. Sudakov D.V. Construction of the forecast of efficiency of use of carpal extrafocal compression - distraction apparatus Ilizarov in microsurgery / D.V. Sudakov, A.V. Chernyh, N.V. Yakusheva // In: *Modern medicine: current issues and prospects. Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference. Innovation Centre for Development of Education and Science*. 2016. P. 138-143.
11. Sudakova O.A. Analysis of antibiotic resistance in patients with acute gynecological diseases caused by Chlamydia infection / O.A. Sudakova, M.V. Frolov // In the collection: *Problems of modern medicine: current issues. Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference. Krasnoyarsk*. 2016. P. 24-28
12. Chernyh A.V. Autotransplantation microsurgery sural nerve in the upper limbs in patients with type 2 diabetes / A.V. Chernyh, D.V. Sudakov, N.V. Yakusheva // *Applied information aspects of medicine*. 2016. V. 19. №3. P. 107-112.
13. Electroactivated aqueous solutions in the treatment of surgical patients / A.A. Gridin, A.E. Bachmanov, Y.P. Xolubkevich, D.V. Sudakov // *System analysis and control in biomedical systems*. 2007. V.6 №4. P. 1038-1043.

ОПЫТ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ИКРОНОЖНЫМ НЕРВОМ МАГИСТРАЛЬНЫХ НЕРВНЫХ СТЕЛОЛОВ ПРЕДПЛЕЧЬЯ НА ФОНЕ УКУШЕННЫХ РАН ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Судаков Д.В.

к.м.н., ассистент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО ВГМУ (Воронежский государственный медицинский университет) им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, врач-хирург БУЗ ВО ВОКБ №1 (Воронежская областная клиническая больница №1).

Черных А.В.

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО ВГМУ (Воронежский государственный медицинский университет) им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Якушева Н.В.

к.м.н., доцент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО ВГМУ (Воронежский государственный медицинский университет) им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Тихонов А.Н.

врач травматолог - ортопед БУЗ ВО Борисоглебская РБ (Борисоглебская районная больница Воронежской области)

Аннотация. Статья посвящена восстановлению поврежденных магистральных нервных стволов верхних конечностей при укушенных ранах, путем аутоотрансплантацией икроножным нервом. Описывается опыт аутоотрансплантации икроножным нервом, с использованием в комплексном лечении, электроактивированных водных растворов; так же отмечены положительные аспекты применения данных растворов.

Ключевые слова: аутоотрансплантация, икроножный нерв, электроактивированные водные растворы, репаративные процессы.

Актуальность проблемы. Лечение укушенных ран представляет собой важную проблему для врачей хирургического профиля. По статистическим данным около 80 % всех укушенных ран наносятся собаками. Сложность лечения подобных ран вызывает тот факт, что в ротовой полости человека и особенно животных находится большое количество разнообразных микроорганизмов, которые способны вызвать воспалительный процесс и различного рода инфекционные осложнения. С учетом все возрастающей повсеместно антибиотикорезистентности [11] [12], можно считать лечение укушенные ран одним из важнейших направлений современной хирургии.

Актуальной частью комплексного лечения и последующей реабилитации, является не только борьба с патогенным воздействием микроорганизмов, но и проблема регенерации нервных стволов, с последующим частичным или полным восстановлением их функциональности [10].

В настоящее время существует много научных изысканий, направленных на разработку новых средств борьбы с антибиотикорезистентностью в медицине и в хирургии в частности [1] [4]. Однако проблемой регенерации ткани, в частности нервной, занимаются лишь немногие ученые.

За годы исследований, хорошо себя показали в составе комплексного лечения электроактивированные водные растворы (ЭАВР) [2] [3].

ЭАВР - это пресная или слабоминерализованная вода, в которой, в результате электрохимического униполярного воздействия, образуются и определенное время остаются в активном состоянии продукты электрохимических реакций [13]. Анолит и католит - это водный раствор после электрохимической обработки (в зависимости от расположения воды: у катода или анода). Установлено, что анолит обладает множеством свойств, среди которых антимикробное, противовоспалительное, противоотечное действие. Среди множества свойств католита особый интерес представляет репаративное действие [8] [9].

Цель исследования

Проанализировать эффективность использования ЭАВР при аутоотрансплантации икроножным нервом магистральных нервов предплечья на фоне укушенных ран.

Материалы и методы

Объектами исследования послужили 10 пациентов: мужчины и женщины в возрасте от 22 до 47 лет (средний возраст составил 34,2±9,51), находящихся в отделении микрохирургии. Все пациенты участвовавшие в исследовании, подверглись нападению собак и были доставлены в приемное отделение в порядке скорой помощи с укушенными ранами верхних конечностей. У всех этих пациентов при осмотре визуализировались обширные укушенные раны предплечий с повреждением одного из основных сосудисто-

нервных пучков. В 60% случаев это было повреждение локтевой артерии с локтевым нервом. В 40% случаев имело место повреждение лучевой артерии с соответствующим нервом. В исследовании участвовали пациенты с незначительными дефектами нервных стволов (не более 4 см) [6]. Все раны были открытыми и по умолчанию считались «грязными».

Всем пациентам было показано срочное оперативное лечение. Исследование проводилось в БУЗ ВО ВОКБ №1 (Воронежская областная клиническая больница №1) в 2014-2015 гг. Электрохимические активированные водные растворы производились в установке СТЭЛ. Для проведения данной санационной обработки ран с обильным бактериальным отделяемым, и наличием некротического компонента использовалось «Устройство для гидропрессивной обработки ран» (УГО-1). Всем больным проводилось ПХО ран, с пластикой поврежденных сосудов и пластикой с помощью аутоотрансплантата поврежденного магистрального ствола, с последующим отсроченным наложением швов (на 7 день, при положительной динамике и отсутствием ярко выраженного воспалительного процесса).

Исследовали

Все пациенты перед оперативным лечением были обследованы по стандартным схемам. В каждом случае использовали рентгенографию, для исключения повреждения костных структур, и ультразвуковое исследование сосудов, с целью

определения нарушений кровотока перед оперативным вмешательством[5].

У всех пациентов входивших в исследование наблюдалось обычное послеоперационное течение, без признаков воспаления в ране[7].

Все объекты участвующие в исследовании были разделены на две группы.

Первую группу составило пять пациентов, мужчин и женщин, у которых в послеоперационном периоде помимо стандартных методов лечения использовали электроактивированные водные растворы.

Вторую группу составили пять пациентов, мужчин и женщин, у которых в послеоперационном периоде использовалось лечение по стандартным схемам.

При статистической обработке результатов исследования определялись среднее арифметическое – M , стандартная ошибка среднего – m , критерии Пирсона (χ^2), W Вилкоксона и U Манна-Уитни. Различия показателей считались значимыми при доверительной вероятности 0,95 и более ($p \leq 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

В первой группе, в первые два дня использовали только гидропрессивную обработку раствором анолита с ОВП ≤ 1200 два раза в день (утром и вечером). Значение ОВП (окислительно-восстановительного потенциала) было выстроено не случайно, так как именно растворы с ОВП ≤ 1200 показали хорошую результативность в предыдущих исследованиях. С третьего дня, после гидропрессивной обработки раствором анолита, через 15 минут проводилось орошение раствором католита.

В группе номер 2 (контрольной) лечение проводилось по стандартным схемам, без использования активированных водных растворов.

В исследовании было отмечено, что в первой группе – группе пациентов получавших стандартное лечение в сочетании с АВР растворами, положительно видоизменялись признаки воспаления. Уже после двух - трех санационных гидропрессивных обработок раствором анолита, было отмечено уменьшение гиперемии, окружающих рану кожных покровов. После проведения трех – четырех санационных гидропрессивных обработок раствором анолита с ОВП ≤ 1200 определялось значительное снижение отека окружающей ткани. В целом все положительные визуально определяемые изменения в первой группе наблюдались на 1,7 дня раньше, чем у пациентов второй группы.

В дальнейшем всем пациентам на 7 день проводилось отсроченное наложение швов. После наложения швов, пациентам первой группы продолжали делать перевязки и накладывать влажно-высыхающие салфетки с ЭАВР.

При обработке отдаленных результатов было замечено, что общее заживле-

ние ран у пациентов первой группы наблюдалось несколько быстрее пациентов контрольной группы (в среднем на 3,4 дня). Так же у пациентов первой группы, были лучшие показатели в плане частичного восстановления функций поврежденного магистрального нервного ствола. Первые признаки восстановления работы нервного ствола определялись раньше в первой группе (в среднем на 5,2 дня). При этом, у двух пациентов второй группы, где использовали лечение по стандартным схемам, восстановление нервного ствола не было достигнуто – в следствии воспалительного процесса не произошло приращение нервной ткани - обоим пациентам было показано оперативное лечение – реаутоотрансплантация в холодном периоде.

Выводы

1. Применение активированных водных растворов помогает ускорить период заживления раны, а следовательно уменьшает количество койко-дней проводимых пациентов в стационаре, и значительно уменьшает финансовую нагрузку на медицинское учреждение.

2. Комплексная терапия с использованием АВР, в частности раствора католита, способствует усилению репаративных процессов, и позволяет в более короткие сроки восстанавливать функцию нервного ствола

3. Направление данной работы является перспективным. Необходимо проведение исследования на большем количестве пациентов.

Литература:

1. Волнообразный послабляющий разрез передней стенки влагища прямой мышцы живота при опосредованной пластике пахового канала / А.В. Черных, Е.И. Закурдаев, Е.Н. Любых, В.Г. Витчинкин // *Новости хирургии*. 2015. Т. 23. №1. С.17-22.

2. Изучение бактерицидного действия электроактивированных водных растворов в лечении гнойных ран у больных сахарным диабетом / Д.В. Судаков, Е.А. Фурсова, М.В. Фролов, О.В. Судаков // *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. 2011. Т. 10. №2. С.322-326.

3. Лечение гнойных ран у больных сахарным диабетом с использованием электроактивированных водных растворов / Д.В. Судаков, Е.А. Фурсова, М.В. Фролов, О.В. Судаков // *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. 2011. Т. 10. №2. С. 427-429.

4. Малеев Ю.В. Индивидуальная анатомическая изменчивость передней области шеи. Новые подходы и решения / Ю.В. Малеев, А.В. Черных // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2009. Т.2. №4. С. 316-329.

5. Оценка информативности показателей клинического обследования пациентов с сахарным диабетом 2 типа и

гнойными ранами / Д.В. Судаков, Е.В. Стародубцева, О.В. Судаков, В.Н. Снопков // *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. 2013. Т.12. №4. С. 1163-1165.

6. Построение прогноза эффективности аутоотрансплантации икроножным нервом в микрохирургии верхних конечностей у больных сахарным диабетом 2 типа / Д.В. Судаков, А.В. Черных, Н.В. Якушева, Н.О. Васильев // *В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины. Сборник научных трудов по итогам III международной научно – практической конференции*. 2016. С. 122-124.

7. Судаков Д.В. Анализ состава микробной флоры у больных сахарным диабетом 2 типа после аутоотрансплантации икроножным нервом поврежденных магистральных нервов предплечья / Д.В. Судаков, А.В. Черных, Н.В. Якушева // *В сборнике: Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Инновационный центр развития образования и науки*. 2016. С.134-138.

8. Судаков Д.В. Математические модели выбора рациональных схем лечения гнойных ран у больных сахарным диабетом / Д.В. Судаков // *автореф.дис.канд. мед.наук: 03.01.09 / Юго-Западный государственный университет. Курск, 2014.*

9. Судаков Д.В. Моделирование процесса лечения гнойных ран у пациентов с сахарным диабетом / Д.В. Судаков // *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. 2013. Т.12. №1. С. 327-330.

10. Судаков Д.В. Построение прогноза эффективности использования кистевого внеочагового компрессионно – дистракционного аппарата Илизарова в микрохирургии / Д.В. Судаков, А.В. Черных, Н.В. Якушева // *В сборнике: Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Инновационный центр развития образования и науки*. 2016. С.138-143.

11. Судакова О.А. Анализ антибиотикорезистентности у больных с острой гинекологической патологией вызванной хламидийной инфекцией / О.А. Судакова, М.В. Фролов // *В сборнике: проблемы современной медицины: актуальные вопросы. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции*. Красноярск. 2016. С. 24-28.

12. Черных А.В. Аутоотрансплантация икроножным нервом в микрохирургии верхних конечностей у пациентов с сахарным диабетом 2 типа / А.В. Черных, Д.В. Судаков, Н.В. Якушева // *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2016. Т. 19. №3. С. 107-112.

13. Электроактивированные водные растворы в лечении больных хирургиче-

ческого профиля / А.А. Гридин, А.Е. Бачманов, Ю.П. Холубкевич, Д.В. Судаков // Системный анализ и управление в био-медицинских системах. 2007. Т. 6. №4. С. 1038-1043.

Сведения об авторах:

Судаков Дмитрий Валериевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оперативной хирургии с топо-

графической анатомией ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, врач –хирург БУЗ ВО ВОКБ №1. sdvvrn@yandex.ru

Черных Александр Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России. operhir@vsmaburdenko.ru

Якушева Наталья Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России. operhir@vsmaburdenko.ru

Тихонов Александр Николаевич – врач травматолог - ортопед БУЗ ВО Бороглебская РБ. operhir@vsmaburdenko.ru

EXPERIENCE SURAL NERVE AUTOGRAFTING MAIN NERVE TRUNKS FOREARM BITE WOUNDS BACKGROUND OF THE UPPER LIMB

D.V. Sudakov, A.V. Chernyh, N.V. Yakusheva, A.N. Tikhonov

Summary: The article is devoted to the restoration of the damaged main nerve trunks of the upper limbs when bitten wounds by autologous sural nerve. We describe the experience of using autologous transplantation in treatment of electro-aqueous solutions, and also noted the positive aspects of these solutions.

Keywords: autologous transplantation, sural nerve, electroactivated aqueous solutions, repair processes.

References:

1. Undulating laxative section of the front wall of the vagina at the rectus abdominis mediated plastic inguinal canal / A.V. Chernyh, E.I. Zakurdaev, E.N. Lubyh, V.G. Vitchinkin // Surgery news. 2015. V. 23. №1. P.17-22.
2. Study of the bactericidal effect of electro-aqueous solutions in the treatment of purulent wounds in patients with diabetes / D.V. Sudakov, E.A. Fursova, M.V. Frolov, O.V. Sudakov // System analysis and control in biomedical systems. 2011. V. 10. №2. P.322-326.
3. Treatment of purulent wounds in patients with diabetes mellitus using electro-aqueous solutions / D.V. Sudakov, E.A. Fursova, M.V. Frolov, O.V. Sudakov // System analysis and control in biomedical systems. 2011. V. 10. №2. P. 427-429.
4. Maleev U.V. Individual anatomical variability of the front of the neck. New approaches and solutions / U.V. Maleev, A.V. Chernyh // Journal of experimental and clinical surgery. 2009. V.2. №4. P. 316-329.
5. Evaluation of informative indicators of clinical examination of patients with type 2 diabetes and purulent wounds / D.V. Sudakov, E.V. Starodubceva, O.V. Sudakov, V.N. Snopkov // System analysis and control in biomedical systems. 2013. V. 12. №4. P. 1163-1165.
6. Building efficiency forecast sural nerve autografting in microsurgery of the upper extremities in patients with type 2 diabetes / D.V. Sudakov, A.V. Chernyh, N.V. Yakusheva, N.O. Vasiliev // In: Actual problems of modern medicine. Collection of scientific papers on the results of the III international scientific - practical conference. 2016. P. 122-124.
7. Sudakov D.V. Analysis of the composition of the microbial flora in patients with type 2 diabetes after autologous transplantation sural nerve trunk damaged forearm nerves / D.V. Sudakov, A.V. Chernyh, N.V. Yakusheva // In: Modern medicine: current issues and prospects. Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference. Innovation Centre for Development of Education and Science. 2016. P.134-138.
8. Sudakov D.V. Mathematical model of rational choice of schemes of treatment of purulent wounds in patients with diabetes / D.V. Sudakov // avtoref. dis. kand.med.nauk: 03.01.09 / Southwestern State University. Kursk, 2014.
9. Sudakov D.V. Simulation of the process of treatment of purulent wounds in patients with diabetes / D.V. Sudakov // System analysis and control in biomedical systems. 2013. V.12. №1. P. 327-330.
10. Sudakov D.V. Construction of the forecast of efficiency of use of carpal extrafocal compression - distraction apparatus Ilizarov in microsurgery / D.V. Sudakov, A.V. Chernyh, N.V. Yakusheva // In: Modern medicine: current issues and prospects. Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference. Innovation Centre for Development of Education and Science. 2016. P. 138-143.
11. Sudakova O.A. Analysis of antibiotic resistance in patients with acute gynecological diseases caused by Chlamydia infection / O.A. Sudakova, M.V. Frolov // In the collection: Problems of modern medicine: current issues. Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference. Krasnoyarsk. 2016. P. 24-28
12. Chernyh A.V. Autotransplantation microsurgery sural nerve in the upper limbs in patients with type 2 diabetes / A.V. Chernyh, D.V. Sudakov, N.V. Yakusheva // Applied information aspects of medicine. 2016. V. 19. №3. P. 107-112.
13. Electroactivated aqueous solutions in the treatment of surgical patients / A.A. Gridin, A.E. Bachmanov, Y.P. Xolubkevich, D.V. Sudakov // System analysis and control in biomedical systems. 2007. V.6 №4. P. 1038-1043.

ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В МИКРОХИРУРГИИ

Судаков Д.В.

к.м.н., ассистент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО ВГМУ (Воронежский государственный медицинский университет) им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, врач-хирург БУЗ ВО ВОКБ №1 (Воронежская областная клиническая больница №1).

Черных А.В.

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО ВГМУ (Воронежский государственный медицинский университет) им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Закурдаев Е.И.

к.м.н., ассистент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО ВГМУ (Воронежский государственный медицинский университет) им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Тихонов А.Н.

врач травматолог - ортопед БУЗ ВО Борисоглебская РБ (Борисоглебская районная больница Воронежской области)

Аннотация. Статья посвящена проблеме антибиотикорезистентности в микрохирургии. Проведен анализ состава микробной флоры у пациентов находившихся на лечении в отделении микрохирургии. Определена чувствительность выделенной флоры к антибиотикам основных групп, применяемых в хирургическом стационаре. Обозначена проблема антибиотикорезистентности и определены антибиотики «резерва».

Ключевые слова: антибиотикорезистентность, микрохирургия, стафилококк, антибиотик.

Актуальность проблемы антибиотикорезистентности в медицине и в хирургии, в частности, не вызывает сомнения. Антибиотикорезистентность большей частью связана с бездумным, иногда даже опасным, самостоятельным употреблением антибиотиков различных групп населением, часто без назначения врача. Низкая медицинская грамотность населения в сочетании с наличием в свободном доступе в интернете множества информации (часто ошибочной) по лечению того или иного заболевания, а так же отсутствие жесткого контроля за свободной продажей данной группы препаратов в аптечных сетях, приводят к ежегодному увеличению потребления антибиотиков населением[6][7].

Антибиотикорезистентность становится настоящей бедой у врачей различных специальностей, в особенности хирургического профиля[2][3]. В ургентной хирургии, врачи – микрохирурги часто имеют дело с тяжелыми сочетанными травмами верхних конечностей и других частей тела[1]. Иногда, когда нет возможности провести восстановление поврежденных сосудов или нервных стволов местными тканями, прибегают к методам аутоотрансплантации[4]. К примеру, часто используют икроножный нерв в качестве аутоотрансплантата для восстановления основных нервных стволов конечностей[12]. Однако даже многие часы проведенные хирургами в операционной могут стать напрасными, в случае присоединения инфекционного агента, не чувствительного к антибиотикам различных групп[13]. В таких случаях часто приходится прибегать к антибиотикам резервных групп, которые в свою очередь часто являются финансовозатратными

ми и, к сожалению, не всегда гарантируют выздоровление пациента[9][11].

Цель исследования проанализировать состав микробной флоры у пациентов попавших в отделение микрохирургии в порядке скорой помощи и выявить возможную антибиотикорезистентность у пациентов различных возрастных групп.

Материалы и методы

Объектами исследования послужили 30 пациентов: мужчины и женщины в возрасте от 19 до 54 лет (средний возраст составил $32,53 \pm 8,76$), находящихся в отделении микрохирургии, после проведенных срочных операций. Все пациенты входившие в исследование были доставлены в приемный покой в порядке скорой помощи. У всех пациентов входивших в исследование в послеоперационном периоде был диагностирован воспалительный процесс, с характерными проявлениями и наличием отделяемого из ран. У всех больных был взят бактериальный посев + посев на чувствительность флоры к антибиотикам различных групп. Исследование проводилось в БУЗ ВО ВОКБ №1 (Воронежская областная клиническая больница №1) в 2015 гг.

Исследовали: до оперативного лечения все пациенты были обследованы по стандартным схемам, включая группу крови, резус – фактор, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, проводилось исследование крови на ВИЧ, вирусные гепатиты. При обследовании использовались и инструментальные методы обследования: ЭКГ, рентгенография поврежденной зоны, УЗИ и т.д. В процессе лечения в стационаре изучали динамику показателей общего анализа крови, исследовали бактериальные посевы из ран, с опреде-

лением чувствительности отделяемого к антибиотикам различных групп[5].

Все пациенты входившие в исследование были разделены на 2 группы в зависимости от возраста (было предположено, что флора и возможная антибиотикорезистентность у пациентов различных возрастных групп может различаться).

Первую группу составили пятнадцать пациентов, мужчин и женщин, в возрасте от 19 до 32 лет (средний возраст составил $25,26 \pm 4,19$) поступивших в отделение в порядке срочной помощи для проведения хирургического вмешательства.

Вторую группу составило пятнадцать пациентов, мужчин и женщин, в возрасте от 33 до 54 лет (средний возраст составил $39,8 \pm 5,33$), поступивших в приемное отделение в порядке срочной помощи, для проведения хирургического вмешательства.

Все больные поступали с различного рода травмами, открытыми переломами, сочетанным или изолированным повреждением сухожилий сгибателей и/или разгибателей, основных нервных стволов.

В послеоперационном периоде все больные получали адекватное обособленное комплексное медикаментозное лечение[8].

При статистической обработке результатов исследования определялись среднее арифметическое – M , стандартная ошибка среднего – m , критерии Пирсона (χ^2), W Вилкоксона и U Манна-Уитни. Различия показателей считались значимыми при доверительной вероятности 0,95 и более ($p \leq 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

При исследовании состава микробной флоры отделяемого из послеопера-

PROBLEM ANTIBIOTIC RESISTANCE IN MICROSURGERY

D.V. Sudakov, A.V. Chernyh, E.I. Zakurdaev, A.N. Tikhonov

Summary: The article deals with the problem of antibiotic resistance in microsurgery. The analysis of the composition of the microbial flora in patients treated at the department of microsurgery. Determine the sensitivity of the selection of flora to antibiotics main groups used in the surgical hospital. The problems of antibiotic resistance and antibiotic defined "reserve".

Keywords: antibiotic resistance, microsurgery, Staphylococcus aureus, an antibiotic.

References:

1. Undulating laxative section of the front wall of the vagina at the rectus abdominis mediated plastic inguinal canal / A.V. Chernyh, E.I. Zakurdaev, E.N. Lubyh, V.G. Vitchinkin // Surgery news. 2015. V. 23. №1. P.17-22.
2. Study of the bactericidal effect of electro-aqueous solutions in the treatment of purulent wounds in patients with diabetes / D.V. Sudakov, E.A. Fursova, M.V. Frolov, O.V. Sudakov // System analysis and control in biomedical systems. 2011. V. 10. №2. P.322-326.
3. Treatment of purulent wounds in patients with diabetes mellitus using electro-aqueous solutions / D.V. Sudakov, E.A. Fursova, M.V. Frolov, O.V. Sudakov // System analysis and control in biomedical systems. 2011. V. 10. №2. P. 427-429.
4. Maleev U.V. Individual anatomical variability of the front of the neck. New approaches and solutions / U.V. Maleev, A.V. Chernyh // Journal of experimental and clinical surgery. 2009. V.2. №4. P. 316-329.
5. Evaluation of informative indicators of clinical examination of patients with type 2 diabetes and purulent wounds / D.V. Sudakov, E.V. Starodubceva, O.V. Sudakov, V.N. Snopkov // System analysis and control in biomedical systems. 2013. V. 12. №4. P. 1163-1165.
6. Building efficiency forecast sural nerve autografting in microsurgery of the upper extremities in patients with type 2 diabetes / D.V. Sudakov, A.V. Chernyh, N.V. Yakusheva, N.O. Vasiliev // In: Actual problems of modern medicine. Collection of scientific papers on the results of the III international scientific - practical conference. 2016. P. 122-124.
7. Sudakov D.V. Analysis of the composition of the microbial flora in patients with type 2 diabetes after autologous transplantation sural nerve trunk damaged forearm nerves / D.V. Sudakov, A.V. Chernyh, N.V. Yakusheva // In: Modern medicine: current issues and prospects. Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference. Innovation Centre for Development of Education and Science. 2016. P.134-138.
8. Sudakov D.V. Mathematical model of rational choice of schemes of treatment of purulent wounds in patients with diabetes / D.V. Sudakov // avtoref.dis. kand.med.nauk: 03.01.09 / Southwestern State University. Kursk, 2014.
9. Sudakov D.V. Simulation of the process of treatment of purulent wounds in patients with diabetes / D.V. Sudakov // System analysis and control in biomedical systems. 2013. V.12. №1. P. 327-330.
10. Sudakov D.V. Construction of the forecast of efficiency of use of carpal extrafocal compression - distraction apparatus Ilizarov in microsurgery / D.V. Sudakov, A.V. Chernyh, N.V. Yakusheva // In: Modern medicine: current issues and prospects. Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference. Innovation Centre for Development of Education and Science. 2016. P. 138-143.
11. Sudakova O.A. Analysis of antibiotic resistance in patients with acute gynecological diseases caused by Chlamydia infection / O.A. Sudakova, M.V. Frolov // In the collection: Problems of modern medicine: current issues. Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference. Krasnoyarsk. 2016. P. 24-28
12. Chernyh A.V. Autotransplantation microsurgery sural nerve in the upper limbs in patients with type 2 diabetes / A.V. Chernyh, D.V. Sudakov, N.V. Yakusheva // Applied information aspects of medicine. 2016. V. 19. №3. P. 107-112.
13. Electroactivated aqueous solutions in the treatment of surgical patients / A.A. Gridin, A.E. Bachmanov, Y.P. Xolubkevich, D.V. Sudakov // System analysis and control in biomedical systems. 2007. V.6 №4. P. 1038-1043.

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ БОЛЬНЫМ С «ОКС»

Швед И.Н., Куташов В.А., Шульга А.С.

Кафедра психиатрии и неврологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Россия, г. Воронеж

Аннотация. В статье освещены вопросы патогенеза развития острого коронарного синдрома. Приведены критерии диагностики острого коронарного синдрома. Описаны неотложные мероприятия, проводимые при всех острых коронарных синдромах на догоспитальном этапе. Также дана характеристика основных групп препаратов, применяемых при данной патологии.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, ишемия миокарда.

Непосредственной причиной развития острого коронарного синдрома служит острая ишемия миокарда, возникающая из-за несоответствия между снабжением миокарда кислородом и потребностью в нем (в следствие атеросклеротического поражения коронарных артерий с разрывом или расщеплением атеросклеротической бляшки, образованием тромба и повышением агрегации тромбоцитов в коронарной артерии).

На стадии нестабильной стенокардии тромб преимущественно тромбоцитарный – «белый». На стадии развития инфаркта миокарда – он в большей степени

фибриновый – «красный».

Основные причины острого снижения коронарной перфузии – спазм коронарных сосудов, тромботический процесс на фоне стенозирующего склероза коронарных артерий и повреждения атеросклеротической бляшки, отслойка интимы и кровоизлияние в бляшку. Кардиомиоциты переключаются с аэробного на анаэробный путь метаболизма. Идет накопление продуктов анаэробного метаболизма, что активирует периферические болевые рецепторы сегментов С7 – Т4 в спинном мозге. Развивается болевой синдром, инициирующий выброс катехоламинов.

Возникает тахикардия, укорачивающая время диастолического наполнения левого желудочка, и еще больше увеличивающая потребность миокарда в кислороде. В результате происходит усугубление ишемии миокарда.

Дальнейшее ухудшение коронарного кровообращения связано с локальным нарушением сократительной функции миокарда и дилатацией левого желудочка. Приблизительно через 4-6 часов от момента развития ишемии миокарда формируется зона некроза сердечной мышцы, соответствующая зоне кровоснабжения пораженного сосуда. До на-

ступления этого момента при условии восстановлении коронарного кровотока возможно восстановление жизнеспособности кардиомиоцитов[3].

Диагноз ОКС ставится, когда еще нет достаточной информации для окончательного суждения о наличии или отсутствии очагов некроза в миокарде. Это рабочий и правомерный диагноз в первые часы и сутки от начала заболевания.

Диагнозы «ИМ» и «Нестабильная стенокардия» ставятся, когда имеется достаточно информации для их постановки (данные ЭКГ и лабораторных исследований позволяют определить наличие очагов некроза). Чаще возможность дифференцирования этих состояний появляется позже, тогда понятие ИМ и различные варианты нестабильной стенокардии используют при формулировании окончательного диагноза. Определяющими критериями диагноза ОКС на первоначальном этапе служат клинические симптомы ангинозного приступа и данные ЭКГ, которая должна быть произведена в течение первых 10 минут после первого обращения.

На основании ЭКГ-картины пациенты распределяются на две группы:

- Пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST;
- Пациенты с ОКС без подъема сегмента ST.

Это деление определяет дальнейшую тактику лечения.

Следует госпитализировать всех больных с подозрением на ОКС, не дожидаясь подтверждения диагноза. Для госпитализации достаточно обоснованного подозрения на ОКС. Первичная оценка состояния больного должна быть быстрой. Начальные неотложные мероприятия проводятся по единому алгоритму, для всех больных, независимо от вида ОКС. Можно выделить следующие основные моменты в проведении интенсивной терапии ИМ:

- 1) коррекция остро развившихся первичных нарушений дыхания и гемодинамики;
- 2) купирование болевого синдрома;
- 3) восстановление коронарного кровотока в окклюзированной артерии и ограничение размеров ИМ;
- 4) лечение осложнений;
- 5) проведение вторичной профилактики [1,2].

Оксигенотерапия. Большинство патологических состояний, в том числе и ИМ, ведет к развитию кислородной недостаточности или обусловлено ею. Поэтому тяжесть гипоксии нередко служит решающим фактором, определяющим исход заболевания. Вдыхание 100% кислорода приводит к возрастанию напряжения кислорода в артериальной крови, следствием чего рефлекторно уменьшается ЧСС и несколько повышается АД. Оксигенотерапия показана больным в остром периоде ИМ, особенно при осложненном его тече-

нии.

Вводят кислород с помощью носового катетера со скоростью 4-8 л/мин в течение 1-2 суток. Катетер через нижний носовой ход проводится до хоан. Кислород подается через ротаметр. Скорость потока, равная 3 л/мин., обеспечивает вдыхаемую концентрацию кислорода, равную 27,06%, при 4-6 л/мин – 30-40 об.%. Принято считать безопасной 40% концентрацию кислорода во вдыхаемой смеси. Более высокие концентрации кислорода могут потребоваться у больных с отеком легких и кардиогенным шоком. Следует помнить, что длительное использование 100% кислорода (10-12 часов) приводит к определенному токсическому эффекту и может оказать отрицательное действие на трахеобронхиальное дерево и сократительную функцию миокарда.

Несмотря на долгую и успешную практику использования кислорода у больных с ИМ, в настоящее время принципы доказательной медицины ставят под сомнение показанность оксигенотерапии у данной категории больных. Согласно рекомендациям АНА 2010г. «кислород не показан пациентам без признаков дыхательной недостаточности и с насыщением гемоглобина кислородом на уровне более 93%». Основание – «недостаток данных, чтобы можно было говорить о целесообразности применения кислорода при неосложненном ОКС». Если пациент страдает одышкой, гипоксемией или имеет явные признаки сердечной недостаточности, оказывающие помощь должны титровать кислород с целью поддержания насыщения гемоглобина кислородом на уровне более 93%.

Обезболивание. Главная задача – смягчение стрессорной реакции при минимальном угнетающем действии медикаментов на системы кровообращения и дыхания. Конечный результат интенсивной терапии во многом зависит от эффективности анальгезии. Снижение или полное купирование болевого стресса способствует уменьшению числа осложнений и более благоприятному течению заболевания [2].

Морфина гидрохлорид – препарат выбора для купирования болевого синдрома при ИМ. Это основной представитель группы наркотических анальгетиков. Обладает сильным болеутоляющим действием, в больших дозах оказывает снотворный эффект. Вызывает выраженную эйфорию. При многократном применении развивается привыкание. Морфин оказывает тормозящее влияние на ЦНС, вызывает возбуждение центра блуждающих нервов с появлением брадикардии.

1 мл 1% раствора морфина разводят изотоническим раствором хлорида натрия до 20 мл и вводят в/в дробно 2-4 мг каждые 5-15 мин до полного устранения болевого синдрома. При появлении побочных эффектов (артериальной гипотензии, угнетения дыхания, рвоты) введе-

ние морфина прекращают. В/в введение атропина в дозе 0,5 мг позволяет сгладить вагомиметические эффекты морфина. Для устранения рвоты более безопасно в/в введение 10-20 мг метоклопрамида (церукала, реглана).

Морфин – «золотой стандарт» обезболивания больных с ОКС. В связи с этим он включен в перечень препаратов, рекомендуемых для проведения ALS (I-C). Тем не менее достаточной степени обезболивания на начальном этапе можно достичь с помощью фентанила (анальгетическое действие в 100 раз превосходит таковое у морфина, характеризуется коротким периодом действия, выпускается в ампулах по 2 мл 0,005% р-ра – 0,05 мг в 1 мл), промедола (разовая доза при в/в и в/м введении 10-20 мг), нейрелептаналгезии (сочетанного применения анальгетика и нейрелептика – 0,05 мг фентанила и 2,5 мг дроперидола в 1 мл) или атаралгезии (метод комбинированного использования транквилизаторов и наркотических анальгетиков – например, 2 мл 0,005% р-ра фентанила и 2 мл 0,5% р-ра седуксена). Возможно использование других анальгетиков.

Нитраты. Относятся к группе вазодилататоров прямого действия. Препараты этой группы успешно используются для ограничения зоны некроза, улучшения функции левого желудочка, снижения частоты развития таких осложнений, как кардиогенный шок и рецидив ИМ. Нитроглицерин снижает конечное диастолическое давление и перераспределяет регионарный кровоток в пользу субэндокардиальных слоев миокарда, которые при ишемии повреждаются в первую очередь. Нитроглицерин и нитросорбид преимущественно воздействуют на венозную часть сосудистого русла. В больших дозах при в/в введении они вызывают и артериальную вазодилатацию. В результате в/в введения нитроглицерина может снизиться АД и развиваться рефлекторная тахикардия, что приводит к уменьшению коронарной перфузии. Поэтому при использовании нитратов в остром периоде ИМ рекомендуется не допускать снижения САД ниже 90-100 мм.рт.ст. и увеличения ЧСС более 110 уд./мин.

Любому пациенту с подозрением на ОКС необходимо дать сублингвально таблетку нитроглицерина 0,5-1 мг на прием или использовать аэрозольную форму препарата – аэрозоль подъязычный дозированный нитроминт (0,4 мг/доза). При отсутствии антиангинального действия последовательно принимается еще несколько таблеток нитроглицерина.

Наиболее эффективно в/в введение нитратов (нитроглицерин, нитрокард, нитромак, нитро, нирмин). У больных с подозрением на трансмуральный ИМ следует как можно раньше начинать инфузию нитроглицерина и продолжать ее в течение 24-72 часов. Для проведения инфузии 2 мл 1% р-ра нитроглицерина

разводят в 200 мл физ.раствора и вводят в/в капельно с начальной скоростью 5-10 мкг/мин, постепенно увеличивая до 30-140 мкг/мин. Доза титруется до снижения систолического давления на 10-20% от исходного (но не ниже 90мм.рт.ст.). При развитии выраженной тахикардии показано введение бета-адренблокаторов.

Антитромбоцитарные средства.

Ацетилсалициловая кислота (аспирин, таблетки по 0,5 г) – препарат с антиагрегантным эффектом, обусловленным предотвращением образования тромбосана А2 тромбоцитами и подавлением активности фермента циклооксигеназы. Аспирин влияет на тромбоцитарное звено процессов тромбо- и атерогенеза, а также вазоконстрикцию, вызываемую высвобождаемым при активации тромбоцитов биологически активными веществами. Препарат дается перорально (лучше разжевать) в дозе 300 мг. В дальнейшем принимается один раз в день в дозе 0,1-0,3г, т.к. для подавления активности циклооксигеназы в тромбоцитах требуются

меньшие концентрации препарата, чем для торможения ее активности в эндотелиальных клетках. Ацетилсалициловой кислоте отводится существенная роль в лечении ИМ. Монотерапия аспирином, начатая в первые 24 часа после возникновения ИМ и продолжавшаяся в течение 5 недель, снижает общую смертность в среднем на 25%.

Несмотря на единый подход к лечению ОКС любого вида, при выработке стратегии лечения, в каждом конкретном случае допустимы отклонения от рекомендаций в зависимости от индивидуальных особенностей больного, его состояния и имеющихся в распоряжении врача возможностей.

Список использованной литературы:

1. Клинические рекомендации по кардиологии: пособие для врачей/ под редакцией Ф.И. Белялова. – Иркутск 2014г.
2. Радужкевич, В. Л. Реанимация и интенсивная терапия в практике врача скорой медицинской помощи / Радужке-

вич В. Л., Барташевич Б. И., Караваев Ю. Н. //Воронеж: Истоки. – 2000. – С. 4-35.

3. Чазов, Е.И. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: Руководство для практикующих врачей / Е.И. Чазов, Ю.Н. Беленков. – Литтерра, 2004.

Сведения об авторах:

Ирина Николаевна Швед - врач скорой помощи, врач отделения функциональной диагностики БУЗ ВО «Панинская РБ». E-mail: Ines87vrm@yandex.ru

Вячеслав Анатольевич Куташов – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко.

Александр Сергеевич Шульга – аспирант кафедры психиатрии и неврологии ИДПО Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко.

DELIVERY OF HEALTH CARE PREHOSPITAL PATIENTS WITH “ACUTE CORONARY SYNDROME”

Shved I.N., Kutashov V.A., Shulga A.S.

Annotation. The article highlights the pathogenesis of acute coronary syndrome. The criteria diagnostikt acute coronary syndrome. We describe the emergency measures undertaken in all acute coronary syndromes in the prehospital phase. Also, given the characteristics of the main groups of drugs used in this pathology.

Keywords: acute coronary syndrome, myocardial infarction, unstable angina, myocardial ischemia.

References:

1. Rekomendatsii clinical cardiology: Handbook for doctors/under the editorship of F. I. bilalova. – Irkutsk 2014.
2. Radushkevich, L. V. Resuscitation and

intensive care in medical practice ambulance / Radushkevich V. L., Bartashevich B. I., Karavaev Yu. N. //Voronezh: Istoki. – 2000. – P 4-35.

3. Chazov, E. I. Rational pharmacotherapy

of cardiovascular diseases: a Guide for practitioners / E. I. Chazov, Y. N. Belenkov. – Littera, 2004.

ЗНАЧИМОСТЬ ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ КАК ВЕДУЩЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВА В СООТВЕТСТВИИ С ФГОС

Дресвянникова М.П.

Студентка, педагогический институт, факультет педагогики и психологии
ФГБОУ «Вятский государственный университет», г. Киров, Россия.

Аннотация: Одним из компонентов образовательных областей «Социально - коммуникативное развитие» ФГОС ДО является патриотическое воспитание дошкольников, позитивная социализация детей дошкольного возраста, приобщение детей к социокультурным нормам, традициям семьи, общества и государства.

Ключевые слова: патриотизм, социализация, формирование, воспитание.

На современном этапе развития общества все более важным становится преемственность поколений, национальные духовные традиции и культурный опыт. В системе образования данная задача выполняется непосредственно через духовно-нравственное, патриотическое воспитание, формирование социально-культурной компетенции у воспитанников, патриотического самосознания[3].

В соответствии с ФГОС новой целью образования становится воспитание, социально-педагогическая поддержка становления и развития высоконравственного, ответственного, творческого, инициативного и компетентного гражданина России. Ключевой задачей образования как ведущей социальной деятельности общества является формирование российской гражданской идентичности личности[2].

Цель патриотического воспитания – развитие в российском обществе высокой социальной активности, гражданской ответственности, духовности, становления граждан, обладающих позитивными ценностями и качествами, способных проявить их в созидательном процессе в интересах отечества, укрепления государства, обеспечение его жизненно важных интересов и устойчивого развития[1].

Побывав на практике в ДОУ я увидела, что в своей работе весь педагогический состав придерживается концепции духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России. В каждой группе организован уголок патриотического воспитания.

В младшей группе принято решение определить одним из ведущих направлений воспитательной работы именно патриотическое воспитание. Результатами работы являются активная работа с родителями, совместное участие в демонстрациях, посвященных 1 Мая, в параде 9 Мая, подготовка отчетной презентации, посвященной Дню Победы. Педагоги считают социально значимым участие семей своих воспитанников в акции «Бессмертный полк» (младшая группа).

В средней и старшей группах была организована экскурсия в исторический музей. Ко дню Победы в каждой группе выпустили поздравительные газеты, был проведен конкурс на лучшее оформление приёмных в группах. В каждой группе подготовили открытки для ветеранов, оформленные в разных творческих техниках. В ходе работы воспитатели и родители собрали богатый методический материал, посвященный Дню Победы («Герои войны», «Улицы г. Кирова, названные

именами героев», «Животные – герои войны» и т. д.). Весь коллектив принимал активное участие в работе.

Успехов в патриотическом воспитании могут добиться только те педагоги, которые смогут добиться взаимодействия с детьми «от сердца», быть искренними и глубоко убежденными не только в правильности своих позиций, но и верить в целительную силу, осознавать духовное богатство своего народа. Педагоги, которые смогут увлечь своих воспитанников своими мыслями, и чувствами, вдохновить их своими идеалами и убеждениями.

Список литературы:

1. Н.В. Алешина «Патриотическое воспитание дошкольников», МЦГЛ, 2004 г.
2. Н.Г. Зеленова, Л.Е. Осипова «Мы живем в России», подготовительная группа, Москва, 2008 г.
3. М.Д. Маханева «Нравственно-патриотическое воспитание дошкольников», Сфера, Москва, 2009 г.

Сведения об авторе

Дресвянникова Мария Павловна - студентка ФГБОУ «Вятский государственный университет», г. Киров, Россия. E-mail: mariya_2.02.1995@mail.ru

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ ЧЕРЕЗ СЮЖЕТНО-РОЛЕВУЮ ИГРУ В УСЛОВИЯХ ПРОЕКТНОГО МЕТОДА

Шмакова О.Э.

студент института педагогики и психологии
ФГБОУ «Вятский государственный университет», г. Киров, Россия

Аннотация: в данной статье описано, что социализация ребенка осуществляется через сюжетно – ролевою игру, ведь именно через нее ребенок познает мир, учиться общаться со сверстниками и отстаивать свою точку зрения.

Ключевые слова: игра, социализация, дети, детский сад.

Социализация детей предполагает развитие умения адекватно ориентироваться в доступном ему социальном окружении через окружающую деятельность в игре. Если с малышом не играют взрослые, то он начинает играть примитивно. Это заключается в том, что ребенок начинает проводить манипуляции с игрушками, а именно бесцельно катать коляску с куклами, бегать по группе с рулем.

Для того, чтобы малыш сформировал свое доброжелательное отношение к окружающему, его нужно с детства учить играть с другими детьми, желательно в сюжетно – ролевою игру, которая в последующем станет творческой режиссерской игрой. Для работы по развитию сюжетно – ролевых игр детей воспитателями в детском саду составлены проекты, которые обучают играть. Именно с помощью проектного метода можно создать условия для эффективной и планомерной работы.

Осваивая социальную роль в игре, у малышей приобретается более полный жизненный опыт, который насыщен яркими и новыми эмоциями и содержанием, закрепляются знания новых форм взаимодействия и общения, расширяется словарный запас, приобретаются социальные навыки [1].

На первом этапе проекта детей знакомят с деятельностью людей, рассказывают о том, как нужно взаимодействовать с окружающими, вызывают положительное эмоциональное отношение к деятельности взрослого человека.

На втором этапе проекта все, что узнал ребенок, будет отражено в изобразительной и конструктивной деятельности, что способствует развитию игровых умений.

На третьем этапе проекта, практикуется такой прием, как обыгрывание игровых ситуаций, где все участники, используя уже накопленный опыт, вводят новые сю-

жетные события, дополняют друг друга.

Именно на четвертом этапе проекта, учитывается игровая и практический опыт детей. Им предлагается самостоятельно сконструировать обстановку для игры с помощью собственных поделок. Это помогает ребенку закрепить полученные представления при ознакомлении с окружающим.

На последнем этапе проекта воспитатели создают для детей условия для сюжетно – ролевой игры. Малыши уже самостоятельно организуют игровое пространство, развивают сюжетную линию, комбинируя предложенные участниками игры события в общем сюжете.

Использованная литература:

1. Михайленко Н.Я. Педагогические принципы организации сюжетной игры / Н.Я. Михайленко, Н.А. Короткова // Дошкольное воспитание. – 1989. – №4.

SOCIALIZATION OF PRESCHOOL CHILDREN THROUGH ROLE – PLAY IN TERMS OF PROJECT METHOD

Shmakova, O. E.

a student of the Institute of pedagogy and psychology
FGBOU “Vyatka state University”, Kirov, Russia

Abstract: this article describes that child’s socialization is carried out through role – play, because through it the child learns, and to learn to communicate with peers and to defend their point of view.

Keywords: play, socialization, children, kindergarten.

References:

1. Mikhailenko N. I. Pedagogical principles of organizing the plot of the game / N. I. Mikhailenko, N. A. Korotkova // Preschool education. – 1989. – No. 4.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИНЯТИЯ РОЛИ МАТЕРИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Агаркова И.В.

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ», Россия, г. Борисоглебск

Куташов В.А., Хабарова Т.Ю.

кафедра психиатрии и неврологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Россия, г. Воронеж

Аннотация. В ходе беременности существенно изменяется сознание женщины и вся система ее взаимоотношения с миром. Необходимой становится перемена образа жизни, отказ от ряда сложившихся установок, вживание в роль матери.

Особенно стрессовой считается первая беременность, так как она означает окончание независимого, автономного, первично целостного существования женщины: отныне ее психическое равновесие становится связанным с потребностями и запросами беспомощного, зависимого от нее как от матери существа.

Процесс формирования новой социальной роли матери – есть фиксация нормативно одобренного образца поведения, общественно необходимый вид деятельности и способ поведения человека, обобщенный способ выполнения определенной социальной функции, устойчивый стереотип поведения в определенных социальных ситуациях, совокупность субъективных и объективных ожиданий, социальная функция личности, система специфических ожиданий по отношению к самому себе и пр.

Формирование роли матери есть длительный процесс, который сопровождается переживаниями, противоречиями, кризисом и зависит от таких факторов, как усвоенный в детско-родительских отношениях стереотип поведения, значимость роли для матери, смысл и ценность еще не родившегося ребенка.

Принятие новой социальной роли матери – это позитивное адекватное отношение к себе и будущему ребенку. Оно проявляется в оптимальном типе отношении к беременности, адекватном представлении о своем будущем ребенке, а также оптимальным уровнем тревожности.

Ни всегда первородящая беременная женщина готова к таким перестройкам и принятия новой социальной роли матери без психологической помощи.

Ключевые слова: первородящая беременная женщина, новая социальная роль, формирование, принятие, жизненный путь, переживание, кризис, ребенок.

Актуальность. Заключается в рассмотрении беременности с точки зрения жизненного пути беременной женщины, ее отношения к беременности в контексте жизненного пути, взятого в аспекте переживания; системный анализ факторов и психологических механизмов принятия новой социальной роли матери у первородящих беременных женщин, критерием которой выступает готовность к материнству; разработка коррекционной программы, направленной на успешное принятие роли матери и формирование готовности к материнству.

Целью исследования: изучение принятия роли матери у первородящих беременных женщин

Задачи исследования:

1. Оценка переживаний, динамики принятия новой социальной роли матери и формирования готовности к материнству.
2. Выбор психологических скрининговых тестов для оценки переживаний и динамики принятия новой социальной роли матери и формирования готовности к материнству.
3. Выявление особенностей поведения первородящих беременных женщин в период принятия роли матери.
4. Выработка предложений по психокоррекционным программам для принятия новой социальной роли у первородящих.

Материал и методы исследования

Для решения поставленной задачи

исследования был использован метод теоретического анализа научной литературы, работы И.В. Добрякова и Г.Г. Филипповой, Т.Д. Василенко и И.Н. Земзюлиной по перинатальной психологии. Проведено интервьюирование ключевых информаторов в рамках проводимого исследования.

Разработана программа экспериментально-психологического исследования на основе выбранных тестов: методика «Тест отношений беременной» И.В. Добряков; методика «Мой будущий ребёнок» (сочинение); «шкала для определения личностной и ситуативной тревожности» Спилбергера-Ханина.

Анализ научной литературы показывает, что многие перенатальные психологи описывают, что ситуация беременности и материнство в целом требует от беременной женщины переосмысления своей жизни, а также себя в системе жизненных ценностей и системе жизненных отношений[1,2,3,4,5].

О.Б. Подобина считает, что материнское отношение не возникает внезапно с рождением ребенка, а проходит целый путь становления и имеет тонкие механизмы регуляции, свои сензитивные периоды и запускающие стимулы. Это и есть критические периоды в смене социальных ролей[11,12].

Т.В. Скрипкая утверждает, что освоение роли матери связано с личностными установками женщины и социальными нормативами общества, которые, в

свою очередь, определяют мотивы сохранения беременности, являющиеся ценностями[15].

Т.Д. Василенко высказывает, что в переживании беременности первостепенную роль играет не само по себе состояние беременности, не те изменения, которые происходят с женщиной, а тот смысл, то значение, которые они представляют для беременной женщины [7].

Г.Г.Филиппова описывает шесть вариантов стилей переживаний беременности [20,21,22]:

1. **Адекватный.** Идентификация беременности без сильных и длительных отрицательных эмоций: живот нормальных размеров; соматические ощущения отличны от состояния небеременности, интенсивность средняя, хорошо выраженная; в первом триместре возможно общее снижение настроения без депрессивных эпизодов, во втором триместре благополучная эмоциональное состояние, в третьем триместре повышение тревожности со снижением к последним неделям; активность в третьем триместре ориентирована на подготовку к послеродовому периоду; первое шевеление ребенка ощущается в 16-20 недель, переживается положительно-эмоционально, приятно по соматическому ощущению; последующие шевеления четко дифференцированы от других ощущений, не характеризуются отрицательными соматическими и эмоциональными переживаниями.
2. **Тревожный.** Идентификация бе-

ременности тревожная, со страхом, беспокойством, которые периодически возобновляются; живот слишком больших или слишком маленьких по сроку беременности размеров; соматический компонент сильно выражен по типу болезненного состояния; эмоциональное состояние в первый триместр повышено тревожное или депрессивное, во втором триместре не наблюдается стабилизации, повторяются депрессивные или тревожные эпизоды, в третьем триместре это усиливается; активность в третьем триместре связана со страхами за исход беременность, родов, послеродовой период; первое шевеление ощущается рано, сопровождается длительными сомнениями или, напротив, четкими воспоминаниями о дате, часе, условиях, переживаются с тревогой, испугом, возможны болезненные ощущения; дальнейшие шевеления часто связаны с тревожными ощущениями, тревогой по поводу здоровья ребенка и себя, характерны направленность на получение дополнительных сведений, патронаж.

3. Эйфорический. Все характеристики носят неадекватную эйфорическую окраску, отмечается не критическое отношение к возможным проблемам беременности и материнства, нет дифференцированного отношения к характеру шевеления ребенка. Обычно к концу беременности появляются осложнения. Проективные методы показывают неблагоприятные в ожиданиях послеродового периода.

4. Игнорирующий. Идентификация беременности слишком поздняя, сопровождается чувством досады или неприятного удивления; живот слишком маленький; соматический компонент либо не выражен совсем, либо состояние даже лучше, чем до беременности; динамики эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса; первое шевеление отмечается очень поздно; последующие шевеления носят характер физиологических переживаний, к концу беременности характеризуются как доставляющие неудобство; активность в третьем триместре повышается и направлена на содержания, не связанные с ребенком.

5. Амбивалентный. Общая симптоматика сходна с тревожным типом, особенностью являются резко противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевеления, характерно возникновение болевых ощущений; интерпретация своих отрицательных эмоций преимущественно выражена как страх за ребенка или исход беременности, родов; характерны ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности.

6. Отвергающий. Идентификация беременности сопровождается резкими отрицательными эмоциями; вся симптоматика резко выражена и негативно

физически и эмоционально окрашена; переживание всей беременности как кары, помехи и т.п. Шевеление окрашено неприятными физиологическими ощущениями, сопровождается неудобством, брезгливостью; к концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний [23, 24]. Разумеется, в каждом конкретном случае будут наблюдаться индивидуальные особенности, более или менее приближающиеся к описанным. Исследования показали, что стили переживания беременности соотносятся с ценностью ребенка для матери [9, 10]. Адекватный стиль переживания беременности соотносится с адекватной ценностью ребенка в 100% случаев. Тревожный и амбивалентный стили чаще всего соотносятся с повышенной или пониженной ценностью ребенка, игнорирующий и отвергающий – с низкой ценностью ребенка и заменой ее на ценности из других потребностно-мотивационных сфер. Очень сложным является эйфорический стиль переживания беременности, при котором обычно ценность ребенка неадекватна (чаще всего замена на другие ценности), но внешне это не выражено.

Приподнятое настроение и не критичное отношение к изменениям в жизни является следствием личностной незрелости и неготовности к принятию материнской роли [18, 19].

В результате изучения анамнестических сведений, наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними, И.В. Добряковым было выделено 5 типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД): оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный, имеющих некоторое соответствие описанным выше стилям переживания беременности (СПБ) [8].

И.В. Добряков, сравнивая дефиниции ПКГД и СПБ, заключает, что первое понятие значительно шире и включает в себя второе. Оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, ответственно, но без излишней тревоги относящихся к своей беременности. В этих случаях, как правило, супружеские взаимоотношения в семье гармоничны, беременность желанна обоими супругами. Женщина, удостоверившись, что беременна, продолжает вести активный образ жизни, но своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки. Гипогестогнозический тип ПКГД нередко встречается у женщин, не закончивших учёбу, увлечённых работой. Среди них встречаются как юные студентки, так и женщины, которым скоро исполнится или уже исполнилось 30 лет. Первые не желают брать академический отпуск, продолжают сдавать экзамены, посещать дискотеки, заниматься спортом,

ходить в походы. Беременность у них часто незапланированная и застаёт врасплох. Женщины второй подгруппы, как правило, уже имеют профессию, увлечены работой, нередко занимают руководящие посты. Они планируют беременность, так как справедливо опасаются, что с возрастом риск возникновения осложнений повышается. С другой стороны эти женщины не склонны менять жизненный стереотип, у них не хватает времени встать на учёту, посещать врачей, выполнять их назначения. Женщины с гипогестогнозическим типом ПКГД нередко скептически относятся к курсам дородовой подготовки, манкируют занятиями. После родов среди этой группы женщин часто отмечается гипогалактия. Уход за детьми, как правило, передоверяется другим лицам (бабушкам, няням), так как сами матери очень заняты. При гипогестогнозическом типе ПКГД чаще всего встречается амбивалентный, а также игнорирующий стили переживания беременности. Эйфорический тип ПКГД отмечается у женщин с истерическими чертами личности, а также у длительно лечившихся от бесплодия. Нередко беременность становится средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных целей. При этом декларирует чрезмерная любовь к будущему ребёнку, возникающие недомогания агравироваются, трудности преувеличиваются. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей. Врачи, курсы дородовой подготовки посещаются, но далеко не ко всем советам пациентки прислушиваются и не все рекомендации выполняют или делают это формально. Эйфорическому типу ПКГД соответствует одноименный СПБ. Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременных, что влияет на её соматическое состояние. Тревога может быть вполне оправданной и понятной (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия и т.п.). В некоторых случаях беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает [8].

По мнению Ю. Тулик нередко тревога сопровождается ипохондричностью. Повышенную тревожность нетрудно выявить как врачу женской консультации, так и ведущим курсы дородовой подготовки, однако, к сожалению, беременные женщины с этим типом ПКГД далеко не всегда получают адекватную оценку и помощь [17]. Нередко именно неправильные действия медицинских работников способствуют повышению тревоги у женщин, что приводит к ятрогениям. СПБ у этих беременных, как правило, тревожный. Большинство из них нуждаются в помощи психотерапевта. Депрессивный тип

ПКГД проявляется, прежде всего, резко сниженным фоном настроения у беременных. Женщина, мечтавшая о ребёнке, может начать утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здорового дитя, боится умереть в родах. Часто возникают дисморфоманические идеи. Женщины считают, что беременность «изуродовала их», бояться быть покинутыми мужем, часто плачут. Подобное поведение может в некоторых семьях действительно ухудшить её отношения с родственниками, объясняющих всё капризами, не понимающими, что это болезнь. Это ещё больше усугубляет состояние. В тяжёлых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции. У депрессивных беременных довольно часто отмечается игнорирующий и тревожный СПБ. Типы ПКГД и СПБ могут изменяться в течение беременности в зависимости от срока гестации, соматического состояния женщины, ситуации в семье, отношений, складывающихся с врачом и т. п. [6,16, 17].

На основе анализа особенностей переживания первой беременности выбраны психодиагностические методики, с ориентацией позволяющие проверить тип отношения к беременности, уровень ситуативной, личностной тревоги и представление о ребёнке.

Методика «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова [8,25].

Назначение: Тест отношений беременной предназначен для определения типа переживания беременности у будущей матери.

Методика «Мой будущий ребёнок» (сочинение) [13,14,25].

Назначение: данная методика поможет нам исследовать отношение матери к ребёнку в письменном выражении собственных размышлений.

Шкала Спилбергер-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности [13], [14].

Назначение: данная методика поможет нам определить уровень тревожности женщин в период беременности.

Результаты и обсуждение

Проведенный предварительный анализ научной литературы и социологическое интервьюирование ключевых информаторов в рамках проводимого исследования подтверждает необходимость использования данных тестовых методик у первородящих беременных женщин для выявления готовности к материнству.

По тесту И.В.Добрякова - типы отношения:

- оптимальный тип;
- эйфорический тип;
- гипогестогонический тип;
- тревожный тип;
- депрессивный тип.

По сочинению:

- представление о ребёнке;

- наличие телесных ощущений;
- характеристика эмоций;
- мысли о материнстве;
- обращение к ребёнку.

По тесту Спилбергер-Ханина:

- уровень ситуативной тревожности;
- уровень личностной тревожности.

В результате анализа литературных источников по теме исследования можно сформулировать следующее понятие:

Принятие новой социальной роли матери – это позитивное адекватное отношение к себе и будущему ребёнку. Оно проявляется в оптимальном типе отношении к беременности, адекватном представлении о своем будущем ребёнке, а также оптимальным уровнем тревожности.

Выводы:

Процесс принятия новой социальной роли матери – представляет собой особый период в развитии материнской сферы личности, который характеризуется проявлением реального ролевого поведения, согласованием родительских установок женщины, ее представлений о себе как о матери, социальных ожиданий окружающих, перестройкой ролевого вектора личности, появлением и актуализацией потребности в материнстве, перестройкой личностных смыслов. Критерием понятия социальной роли матери является выраженная готовность к материнству, которая представляет собой субъект-объектное взаимодействие с будущим ребёнком.

Ни всегда первородящая беременная женщина готова к таким перестройкам и принятию новой социальной роли матери без психологической помощи.

Таким образом, тестовые методики позволяют диагностировать готовность к материнству, несут прикладной характер и позволяют выделить основания для проведения психокоррекционных программ, направленных на принятие новой социальной роли матери, в качестве которых выступает несформированная готовность у первородящих беременных женщин к новой социальной роли матери (преобладание у беременных гипогестогонического, эйфорического, тревожного и депрессивного типов отношений беременной; отсутствие представлений о своем ребёнке, телесных ощущений, положительных эмоций, мыслей о материнстве обращения к своему ребёнку; высокий уровень тревожности).

Литература

1. Абрамченко, В.В. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт / В.В. Абрамченко, Н.П. Коваленко. – Петрозаводск: Интел-Тек, 2004. – 350 с.
2. Блох, М.Е. Психологическое сопровождение беременной женщины: обоснование программы / М.Е. Блох, О.Б. Подобина // Психологическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: Состояние и перспективы (Материалы Межрегиональной научно-практической конференции). –

Кострома, 2002. – С. 159-160.

3. Брутман, В.И. Динамика психологического состояния женщины во время беременности и после родов / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова // Психологический журнал. – 2000. – Т. 7, № 3. – С. 59-68.

4. Брутман, В.И. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности. / В.И. Брутман, М.С. Родионова // Вопросы психологии. – 1997. №6. – С.38-47. – URL: [http:// www.psymama.ru/book.ru](http://www.psymama.ru/book.ru)

5. Бурмистрова, Е. Эмоции беременной женщины. / Е. Бурмистрова // Статья. – 2010. - URL: [http:// www.semya-rastet.ru](http://www.semya-rastet.ru).

6. Варга, А.Я. Структура и типы родительского отношения / А.Я. Варга. - М.: Педагогика, 2007. – 363 с.

7. Василенко, Т.Д. Принятие роли матери: клиничко-психологический анализ / Т.Д. Василенко, И.Н. Земзюлина – М.: Форум, 2011. – 173 с.

8. Добряков, И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков, О.В. Защиринская. - СПб.: Питер, 2010. - 234 с.

9. Петрова, А.А. Материнские представления об индивидуально-психологических особенностях ребёнка как фактор детско-родительского эмоционального взаимодействия / А.А. Петрова // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. - 2009. - №2. - С. 84-86.

10. Печникова, Е.Ю. Особенности стиля переживания беременности и онтогенеза материнской сферы при акушерской патологии / Е.Ю.Печникова. – СПб.: Речь, 2004. – 624 с.

11. Подобина, О.Б. Исследование представлений беременных женщин о реализации родительской роли / О.Б.Подобина // Демографический кризис в России как комплексная проблема. Причины и пути решения: Материалы Всероссийской научно-практической конференции / под ред. Н.Н. Крыгиной, О.А. Капцевой. – Магнитогорск: МАГУ, 2003. – С. 157-160.

12. Подобина, О.Б. Принятие роли матери: трудности и совладание / О.Б. Подобина // Психология семьи: жизненные трудности и совладание с ними: уч. Пособие / Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, Е.В. Куфтяк: РЦОИ «Эксперт – ЕГЭ», 2004. – С. 137-152.

13. Райгородский, Д.Я. (редактор-составитель). Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д.Я. Райгородский. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2001.- 672 с.

14. Сборник психологических тестов. Часть I: Пособие / сост. Е.Е. Миронова. – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2005. – 155 с.

15. Скрицкая, Т.В. Перинатальная психология и психология родительства. - 2006.- № 1.— С.76–82.

16. Соколова, О.А. Личностный кри-

зис женщины в период беременности / О.А. Соколова // Личность и бытие: субъектный подход. Психология субъекта и гендерные аспекты личности. Материалы III Всероссийской научно-практической конференции. - Краснодар, 11-12 ноября, 2005. - С. 80 - 86.

17. Тулик, Ю. Предродовые волнения и переживания / Ю. Тулик // Статья. - 2011. - URL: [http:// www. baby.ru](http://www.baby.ru).

18. Филиппова, Г.Г. Беременность. Консультации акушера-гинеколога, психолога / Г. Г. Филиппова, Е. Ю. Печникова, Е. И. Захарова. - М.: Эксмо, 2008. - 224 с.

19. Филиппова, Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г. Г. Филиппова // Вопросы психологии. - 2001. - №2. С. 22-35.

20. Филиппова, Г.Г. Отношение беременной к шевелению ребенка: прогностические возможности / Г.Г. Филиппова // Материалы конференции по психотера-

пии. 2005.

21. Филиппова, Г. Г. Перинатальная психология и психология родительства — новая область исследования и практики в психологии / Г.Г. Филиппова // Перинатальная психология и психология родительства. - Тематический выпуск. — 2003. — № 4-5.

22. Филиппова, Г.Г. Психологическая готовность к материнству / Г.Г. Филиппова // Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода. - М.: УРАО, 2005. - 328 с.

23. Филиппова, Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. - 240 с.

24. Филиппова, Г.Г. Развитие материнской потребностно-мотивационной сферы в онтогенезе / Г.Г. Филиппова // Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и по-

слеродового периода. - М.:Изд-во УРАО, 2005. — 328с.

25. Хломов, К.Д. Исследование психоэмоциональных и индивидуально-характерологических особенностей беременных / К.Д. Хломов, С.Н. Ениколопов // Перинатальная психология и психология родительства. - 2007. - №3. - С. 38-49.

Сведения об авторах:

Куташов Вячеслав Анатольевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. НН. Бурденко Минздрава Р.Ф.

Хабарова Татьяна Юрьевна - кандидат психологических наук, доцент кафедры психиатрии и неврологии ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. НН. Бурденко Минздрава Р.Ф.

Агаркова Ирина Вячеславовна - медицинский психолог.

Адрес электронной почты: irinessa@bk.ru

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ANALYSIS DECISION ROLE OF MOTHER IN NULLIPAROUS PREGNANT WOMEN

Agarkova I.V., Kutashov V.A., Habarova T.Y.

Annotation. During pregnancy, women are significantly altered consciousness, and the whole system of its relationship with the world. A necessary change of lifestyle becomes, the rejection of a number of existing installations, getting used to the role of the mother.

Especially stressful is considered the first pregnancy, because it means the end of an independent, stand-alone, primary holistic existence of women: now on her mental balance to get involved with the needs and demands of a helpless, dependent on it as being a mother.

The process of forming a new social role of the mother - is the fixation of the normative sample approved behavior, socially necessary activity and the way of human behavior, generalized method of performing a certain social function, a steady pattern of behavior in certain social situations, a set of objective and subjective expectations of the social function of the individual, specific system expectations with respect to itself and others.

Formation of the role of the mother is a lengthy process, which is accompanied by emotions, contradictions, crisis and depends on factors such as internalized in the child-parent relationship pattern of behavior, the importance of the role of the mother, the meaning and the value of the unborn child.

The adoption of a new social role of the mother - is adequate positive attitude toward themselves and the unborn child. It manifests itself in relation to the optimal type of pregnancy, adequate representation of their unborn child, as well as the optimal level of anxiety.

Not always primipara pregnant woman ready for such surgery and the adoption of a new social role of mother without psychological help.

Keywords: primipara pregnant woman, a new social role, formation, adoption, way of life, the experience of the crisis, the child.

References:

1. Abramchenko, V. V. Perinatal psychology: Theory, methodology, practice / V. V. Abramchenko, N. P. Kovalenko. - Petrozavodsk: Intel-Tech, 2004. - 350 p

2. Bloch, M. E. Psychological support of pregnant women: a study program / by M. E. Bloch, O. B. Podobina // Mental health and psychosocial support children and adolescents: Status and prospects (Materials of the Interregional scientific-practical conference). - Kostroma, 2002. - S. 159-160.

3. Brutman, V. I., Dynamics of the psychological state of women during pregnancy and after childbirth / V. I. Brutman, G. G. Filippova, I. Y., Moscow // Psychological journal. - 2000. - Vol. 7, No. 3. - P. 59-68.

4. Brutman, V. I. formation of the attachment mother-to-child during pregnancy. / V. I. Brutman, M. S. Rodionov // Questions of psychology. - 1997. No. 6. - P. 38-47. - URL: [http:// www. psymama.EN./book.EN](http://www.psymama.EN./book.EN)

5. Burmistrova, E. Emotions of a pregnant woman. / E. Burmistrova // Article. - 2010. - URL: [http:// www. semya-rastet.ru](http://www.semya-rastet.ru).

6. Varga, A. J. types and Structure of

parent relations / YaVarga. - M.: Pedagogy, 2007. - 363 p.

7. Vasilenko, T. D. Adoption of the role of the mother: clinical-psychological analysis/ T. D. Vasilenko, I. N. Semolina - M.: Forum, 2011. - 173 S.

8. Dobryakov, I. V. Perinatal psychology / I. V. Dobryakov, A. V. Zadarinsky. - SPb.: Peter, 2010. - 234 p.

9. Petrov, A. A. parent representations about individually-psychological characteristics of the child as the factor of detско-parental emotional interaction / A. A. Petrov // Perinatal psychology and psychology of reproductive sphere. - 2009. - No. 2. - Pp. 84-86.

10. Pechnikova, E. Y. Peculiarities of the experiences of pregnancy and ontogenesis maternal sphere in obstetric pathology / E. Pechnikova. - SPb.: Speech, 2004. - 624 p.

11. Podobina, O. B. a study of the perceptions of pregnant women about the implementation of parental roles / O. B. Podobina // Demographic crisis in Russia as a complex problem. Causes and solutions:

Materials of all-Russian scientific-practical conference / ed.N. Krygina, O. A. Kapalai. - Magnitogorsk: MAGU, 2003. - P. 157-160.

12. Podobina, O. B. Adoption of the role of the mother: difficulties and coping / O. B. Podobina // Psychology of the family: life's difficulties and coping with them: Textbook / T. L. Kryukov, M. V. Zaporowska, E. V., Cuttack: rcoi "Expert use", 2004. - S. 137-152.

13. Raigorodskii, D. J. (editor and compiler). Practical psychodiagnostics. Methods and tests. Tutorial / D. Ya.raigorodsky. - Samara: Publishing House "BAKHRA-KH-M", 2001.- 672.

14. The collection of psychological tests. Part I: a Handbook / comp. E. E. Mironov. - Mn.: Women's Institute ENVILA, 2005. -- 155 C.

15. Skricka, T. V. Perinatal psychology and psychology of parenthood. - 2006.- No. 1.— P. 76—82.

16. Sokolova O. A. the identity crisis women in pregnancy / O. Sokolova // Personality and life: the subjective approach. Psychology and gender identity.Proceedings of the III all-Russian scientific-practical

conference. - Krasnodar, November 11-12, 2005. - P. 80 - 86.

17. The Tulik, J. Prenatal excitement and experiences /J. Tulik// Article. – 2011. - URL: <http://www.baby.ru>.

18. Filippova, G. G. Pregnancy. Consultations of an obstetrician-gynecologist, psychologist / G. G. Filippova, E. Yu. Pechnikova, E. And Zakharov. - M.: Eksmo, 2008. - 224 p.

19. Filippova G. G. Motherhood and the main aspects of his research in psychology / G. G. Filippova // Questions of psychology. – 2001. - No. 2. P. 22-35.

20. Filippova, G. G. attitude of the preg-

nant woman to the movement of the child: prognostic / ggFilippova// proceedings of the conference on psychotherapy. 2005.

21. Filippova, G. G. Perinatal psychology and psychology of parenthood — a new area of research and practice in psychology / G. G. Filippova // Perinatal psychology and psychology of parenthood. - Special issue.— 2003. — № 4-5.

22. Filippova, G. G. Psychological readiness to motherhood / ggFilippova // readings in perinatal psychology: the psychology of pregnancy, childbirth and the postpartum period. – Moscow: urao, 2005. – 328 p.

23. Filippova G. G. Psychology of motherhood: textbook. - M.: Publishing house of Institute of Psychotherapy, 2002. - 240 p.

24. Filippova, G. G. the development of the maternal requirement of motivational sphere in ontogenesis / G. G. Filippova // readings in perinatal psychology: the psychology of pregnancy, childbirth and the postpartum period. -M.:Publishing house urao, 2005. — 328с.

25. Hlamov, K. D. Study of psychoemotional and individual-character features pregnant / Khlomov K. D., S. N. Enikolopov // Perinatal psychology and psychology of parenthood. - 2007. - No. 3. - S. 38-49.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА СОЗАВИСИМОСТИ

Резвая Т.Н., Самсонов А.С., Куташова Л.А.

Кафедра психиатрии и неврологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Россия, г. Воронеж

Аннотация. На жизнь человека в современном мире оказывают влияние не только представления о качестве жизни, материальном благосостоянии и психологическом комфорте, но и способы преодолевать возникающие трудности. Изменение привычных представлений о социальной реальности, разрушение традиционных форм взаимодействия, неуверенность в будущем побуждают современного человека к поиску дополнительных ресурсов для преодоления неудовлетворенности собой и жизнью в целом. В соответствии с современными взглядами семья играет существенную роль не только в происхождении, но и в поддержании зависимого поведения. В большинстве семей, в которых проживают больные с химической зависимостью, обнаруживаются осложнения, которые в последние десятилетия стали обозначаться термином созависимость (слово “созависимость” состоит из двух частей: зависимость – потеря свободы, рабство; со – что означает “совместный”). Данный механизм поддерживает распространение и фиксацию различного рода отклоняющегося поведения, как неэффективного способа справляться с внешними и внутренними конфликтами.

Созависимость можно определить как болезненное состояние, при котором человек испытывает потребность контролировать поведение другого человека, и совершенно не заботится об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей. Отличительным признаком созависимости является привязанность к зависимому от алкоголя и/или наркотиков человеку, которая проявляется на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровне. Созависимость – это фактор риска рецидива химической зависимости у больного, фактор риска возникновения различных нарушений в потомстве, в первую очередь риска химической зависимости, почва для развития психосоматических заболеваний и депрессии.

Ряд исследователей (Cermak T.L., Schaeff A.W., Young E., Ананьева Г.А.) считает созависимость самым распространённым заболеванием, которое приводит к нарушениям на всех уровнях: физическом, эмоциональном, поведенческом, социальном и духовном. Они считают, что созависимость лежит в основе всех зависимостей: химической зависимости, зависимости от денег, пищи, работы, секса и т.д.

Отличительным признаком созависимости является привязанность к зависимому от алкоголя и / или наркотиков человеку, которая проявляется на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровне. Созависимость – это фактор риска рецидива химической зависимости у больного, фактор риска возникновения различных нарушений в потомстве, в первую очередь риска химической зависимости, почва для развития психосоматических заболеваний и депрессии. 2 Ряд исследователей (Cermak T. L., Schaeff A.W., Young E., Ананьева Г.А.) считает созависимость самым распространённым заболеванием, которое приводит к нарушениям на всех уровнях: физическом, эмоциональном, поведенческом, социальном и духовном. Они считают, что созависимость лежит в основе всех зависимостей: химической зависимости, зависимости от денег, пищи, работы, секса и т.д.

Ключевые слова: созависимость, химическая зависимость, алкоголизм, наркомания, токсикомания, дисфункция семьи, аддикция, аддиктивный цикл химически зависимого.

Актуальность. Данное исследование продиктовано необходимостью более глубокого и детального изучения психологических особенностей созависимых как в стадии ремиссии, так и ситуации срыва. В последнее время формы болезненной зависимости от психоактивных веществ — наркомания, токсикомания, алкоголизм — принято объединять общим термином “зависимость от химически активных веществ”, или “химическая зависимость”. Больной, страдающий химической зависимостью, редко живет в полной изоляции. Обычно, он живет либо в родительской, либо в им созданной семье с

детьми и женой (мужем). Химическая зависимость одного из членов семьи неизбежно нарушает внутрисемейные взаимоотношения. В большинстве семей, в которых проживают больные с химической зависимостью, обнаруживаются осложнения, которые в последние 15 лет стали обозначаться термином созависимость (со — приставка, указывающая на совместность, сочетанность действий, состояний). Созависимость является не только мучительным состоянием для страдающего ею (подчас более мучительным, чем сама химическая зависимость), но и для членов семьи, принимающих такие

правила и формы взаимоотношений, которые поддерживают семью в дисфункциональном состоянии. Когда говорят о низкой эффективности лечения больного с химической зависимостью, то часто сетуют на то, что “больной вернулся в ту же среду”. Действительно, среда может способствовать рецидиву болезни, особенно внутрисемейная среда

Целью исследования являлось:

Изучить материалы исследований о психологических особенностях созависимых членов семьи химически зависимых.

Сделать теоретический анализ проблемы созависимости.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения поставленной задачи исследования был использован метод теоретического анализа научной литературы.

Теоретический анализ проблемы созависимости.

1.1. Общее представление и созависимости.

Понятие «созависимости» в настоящее время не имеет четкой теоретической структуры. Слово «созависимость» состоит из двух частей: зависимость – потеря свободы, рабство; со – что означает «совместный».

Проведенный анализ литературы позволяет рассмотреть некоторые теории возникновения понятия. Исторически самые близкие ссылки на созависимость найдены в описаниях зависимых личностных паттернов. Э.Крепелин подчеркивал «нерешительность воли» зависимых пациентов. Э.Фромм выделял индивидов, которые демонстрировали «рецептивную ориентацию» и рассматривал термин как описательный для людей, имеющих проблемы из-за своего сверхдоверия, потребности поддерживать других и уверенности в собственной беспомощности. К.Хорни описывала невроз, который характеризуется зависимостью от других, являющейся условием для собственной самореализации. Она назвала этот тип зависимости как «самоуничтожение».

Предположительно, термин «созависимость» появился в конце 1970-х годов в центрах лечения химической зависимости в Штате Миннесота (БиттиМ., 1997). Первоначально данный феномен описывали специалисты, работающие с зависимыми людьми. В 1940-ых годах после появления программ Анонимных Алкоголиков супруги зависимых от алкоголя мужчин выразили желание иметь собственную эмоциональную и психологическую поддержку. Сформированные группы впоследствии трансформировались в 1950-ых годах в А1-Анон (Анонимные Созависимые), основанные на традициях 12 шагов АА (Анонимных Алкоголиков). С этого момента в литературе встречается описание таких женщин как «ко-алкоголиков», «пара-алкоголиков» или «enablers» (предоставляющий возможность) (ProutyK.V. 1992, С. 27). Первоначально данные термины использовались, чтобы описать личностные черты и поведение жен алкоголиков, которые являлись провоцирующим фактором для поддержания алкоголизма их мужей. Исследователи данного феномена фокусировались, прежде всего, на созависимости как определенном состоянии, возникающем у индивида при длительном взаимодействии с партнером, злоупотребляющим веществами (B.J.Clifford, V.F.Corder, G.M.Price, J.B.Rae). Дальнейшие исследования способствовали расширению определения: от дисфункциональных черт и поведения, возникающих у супруга, как результат химической зависимости

партнера (R.Asher, T.Gierynski), до включения других членов семьи (S.Black, S.Wegscheider, J.G.Woititz) и, наконец, к представлению, что созависимость является определенным (специфическим) состоянием, которое возникает как следствие длительного воздействия любой дисфункциональной семейной системы (МоскаленкоВ.Д., 2002; ЧерниковА.В., 2005; УайнхолдБ., 2003).

Термин «созависимость» сравнительно недавно вошел в психологические словари: в психологической и психотерапевтической литературе его стали использовать в конце 1970-х годов. Данный термин прочно вошел в обиходное сознание и широко используется при описании деструктивных отношений между зависимым и созависимым человеком или между двумя созависимыми людьми. Исследования созависимости являются междисциплинарной областью: различные ее аспекты изучают педагогика, социология, психология, медицина.

До определенного момента феномен созависимости анализировали, прежде всего, с клинической точки зрения. С конца 80-х г. XX века начались эмпирические изучения созависимости. Первая статья, где описывалось лонгитюдное исследование женщин, имеющих мужей-алкоголиков, была написана в 1988 R.Asher, D.Brissett. В результате серии исследований J.L.Fischer и ее коллег была впервые создана и валидизирована шкала измерения уровня созависимости Spann-FischerCodependencyScale (SF CDS). Гипотеза исследования о том, что женщины более склонны к созависимости, чем мужчины, подтвердилась. Кроме того, была выявлена значимая отрицательная корреляция между созависимостью, мужественностью и чувством собственного достоинства, и значимая положительная корреляция между созависимостью и внешним locus контроля, тревогой и депрессией. Также подтвердилось предположение, что созависимость связана с семейными отношениями (J.L.Fischer, L.A.Spann).

Понятие «созависимость» неоднозначно.

По мнению Емельяновой Е.В. созависимость – это эмоциональная зависимость одного человека от значимого для него Другого (Емельянова Е.В., 2004). Мелоди Битти считает, что созависимый человек – это тот, кто позволил поведению другого человека сильно воздействовать на неё или него и кто одержим попытками контролировать поведение того человека. Тот другой человек – это может быть ребёнок, взрослый, любимый(ая), супруг(а), брат, сестра, бабушка или дедушка, родитель, клиент или лучший друг. Он (или она) может быть алкоголиком, наркоманом, токсикоманом, психически или физически больным человеком, нормальным человеком, временами склонным к печальным чувствам и т.д. (БиттиМ., 1997).

И. Г. Малкина-Пых даёт следующее определение: «Созависимый человек – это тот, кто полностью поглощён тем, чтобы управлять поведением другого человека, и совершенно не заботится об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей» (Малкина-Пых И.Г. 2006, С.).

Эрни Ларсен, пионер в области созависимости, пишет, что созависимость возникает из-за того самого заученного самоподавляющего поведения, которое сводит на нет нашу способность инициировать и участвовать в любящих взаимоотношениях. Взаимоотношения, которые приносят удовлетворение, требуют, чтобы каждая участвующая сторона имела достаточную самооценку, чуткость и способность принимать обязательство. Каждый человек должен воспринимать себя как целое, а не как часть кого-то, с тем чтобы каждый мог опереться на другого, не чувствуя при этом себя зависимым. И мог иметь другую точку зрения, не приводя при этом к ситуациям победитель-побеждённый. Созависимые люди имеют трудности в построении здоровых любящих взаимоотношений, потому что им не хватает именно тех черт характера, которые нужны для этого (ЛарсенЭ., 1998).

По мнению Ананьевой созависимость – это специфическое состояние, которое характеризуется сильной поглощенностью и озабоченностью, а также крайней зависимостью (эмоциональной, социальной, а иногда и физической) от человека или предмета. Ананьева даёт такое определение созависимого: созависимый – это человек, который позволил, чтобы поведение другого человека повлияло на него, и который полностью поглощен тем, что контролирует действия этого человека (другой человек может быть ребенком, супругом, родителем, братом или сестрой, клиентом, лучшим другом, он может быть алкоголиком или наркоманом, больным умственно или физически) (АнаньеваГ.А., 2003). Это является попыткой обрести уверенность в себе, осознание собственной значимости и попыткой определения себя как личности. Созависимость является самым распространенным заболеванием. Она приводит к нарушениям на всех уровнях: физическом, эмоциональном, поведенческом, социальном и духовном. Созависимость лежит в основе всех зависимостей: химической зависимости, зависимости от денег, пищи, работы, секса и т.п.

Бери Уайнхолд, Джени Уайнхолд считают, что, созависимость определяется как психологическое расстройство, причиной которого является незавершенность одной из наиболее важных стадий развития в раннем детстве— стадии установления психологической автономии (УайнхолдБ., 2003).

Таким образом, созависимость понимается как:

- феномен, связанный только с алко-

лизмом или наркоманией;

- состояние, которое формируется в семьях с химически зависимым; в очень ригидных и эмоционально репрессивных семьях, а также у лиц опекающих или работающих с проблемными;

- заболевание или базовая аддикция;
- патологическое состояние, сформированная внутриличностная дисфункция.

На основании контент-анализа 85 определений предложено следующее определение конструкта «созависимость» (Громова И.А., 2015). Созависимость представляет собой отношения личности, включенной в длительное взаимодействие с человеком, зависимым от алкоголя и / или наркотиков. Нами выделено два пути формирования созависимости: проживание в семье, где есть зависимый (прародитель, родитель, сиблин) или продолжительные близкие отношения с зависимым супругом или сожителем.

Ряд исследователей считает созависимость самым распространённым заболеванием, которое приводит к нарушениям на всех уровнях: физическом, эмоциональном, поведенческом, социальном и духовном. Они считают, что созависимость лежит в основе всех зависимостей: химической зависимости, зависимости от денег, пищи, работы, секса и т.д.

Прогностическими показателями формирования созависимости являются: наличие зависимости в первом поколении, нахождение в продолжительных отношениях (брак либо сожительство) с зависимым от психоактивных веществ (ПАВ), стремление к контролю над зависимой личностью, конформизм и потребность быть принятым внешним окружением.

По мнению Малкиной-Пых выделяют следующие основные характеристики созависимости (Малкина-Пых И.Г. 2006):

1. Низкая самооценка – основная характеристика созависимых, на которой базируются все остальные. Отсюда вытекает такая особенность, как направленность вовне. Созависимые полностью зависят от внешних оценок, от взаимоотношений с другими, хотя они слабо представляют, как другие должны к ним относиться.

Валентина Москаленко считает низкую самооценку основной фундаментальной характеристикой созависимых, на которой базируются все остальные признаки (Москаленко В.Д., 2002). Созависимые о себе не думают, не воспринимают себя как людей ценных, достойных всякого уважения. Созависимые обходятся без любви, спокойствия, удовлетворяющих здоровых взаимоотношений. Иногда созависимые жёны больных алкоголизмом выглядят так, как будто желают продемонстрировать своё превосходство над другими. Это - сверхкомпенсация недостающего самоуважения. Чувство собственной низкой самооценки требует сравнивать себя с другими и казаться лучше, чем другие. С точки зрения автора, созависимые

полностью зависят от внешних оценок, от взаимоотношений с другими, и слабо представляют, как другие должны к ним относиться. Из-за низкой самооценки созависимые могут постоянно себя критиковать, но не переносят, когда другие их критикуют. Тогда созависимые становятся самоуверенными, негодующими, гневными. Созависимые не умеют принимать комплименты и похвалу должным образом. Комплименты могут даже усиливать у них чувство вины или своей неадекватности, но в то же время у них портится настроение в результате отсутствия такой мощной подпитки чувства своей самоценности. В глубине души созависимые не считают себя достаточно хорошими людьми, они испытывают чувство вины, когда тратят на себя деньги или позволяют развлечение.

Низкая самооценка движет созависимыми, когда они стремятся помочь другим. Поскольку они не верят, что могут быть любимыми и ценными сами по себе, то они пытаются заработать любовь и внимание других.

2. Компульсивное желание контролировать жизнь других. Созависимые жёны, матери, сёстры больных с зависимостью – это контролирующие близкие. Они верят, что в состоянии контролировать всё. Чем хаотичнее ситуация дома, тем больше усилий они прилагают для её контроля. Попытка взять под контроль практически неконтролируемые события приводят к депрессиям. Невозможность достичь цели в вопросах контроля созависимые рассматривают как собственное поражение и утрату смысла жизни. Повторяющиеся поражения усугубляют депрессию.

Другим исходом контролирующего поведения созависимых является фрустрация, гнев. Боясь утратить контроль над ситуацией, созависимые сами попадают под контроль событий или близких, больных зависимостью. Например, жена больного алкоголизмом увольняется с работы, чтобы контролировать поведение мужа. Алкоголизм мужа продолжается, и фактически именно алкоголизм контролирует её жизнь, распускается её временем, самочувствием.

3. Желание заботиться о других, спасти других. Созависимые любят заботиться о других, часто они выбирают профессии врача, медсестры, воспитательницы, психолога, учителя. Забота о других перехлёстывает все разумные рамки. Соответствующее поведение вытекает из убеждённости созависимых в том, что именно они ответственны за чувства, мысли, действия других, за их выбор, желания и нужды, за их благополучие или недостаток благополучия и даже за саму судьбу. Созависимые берут на себя ответственность за других, при этом совершенно безответственны в отношении своего благополучия (плохо питаются, плохо спят, не удовлетворяют собственных потребностей). «Спасая» зависимого боль-

ного, созависимые неизбежно подчиняются закономерностям, известным под названием «Драматический треугольник С. Карпмана».

4. Чувства. Многие поступки созависимых мотивированы страхом, на котором основывается развитие любой зависимости. Страх столкновения с реальностью, страх быть брошенной, страх, что случится самое худшее, страх потери контроля над жизнью и т.д. Когда люди находятся в постоянном страхе, у них появляется прогрессирующая тенденция к ригидности тела, души, духа. Страх сковывает свободу выбора. Мир, в котором живут созависимые, давит на них, неясен, полон тревожных предчувствий, ожиданий плохого. В таких обстоятельствах созависимые становятся всё более ригидными и усиливают контроль. Они отчаянно пытаются сохранить иллюзию построенного ими мира.

Помимо страха у созависимых могут преобладать и другие характерные чувства: тревога, стыд, вина, затянувшееся отчаяние, негодование и даже ярость. Опасный момент – затянувшееся отчаяние. Отчаяние приходит тогда, когда нас покидает надежда. Отчаяние – это маска жалости к самой себе. В таком состоянии женщина может прибегнуть к алкоголю или таблеткам и стать зависимой от них.

Есть ещё одна характерная особенность эмоциональной сферы – обнуление (затуманивание, неясность восприятия) чувств или даже полный отказ от чувств. В условиях длительности стрессовой ситуации в семье у созависимых растёт переносимость эмоциональной боли и толерантность к негативным эмоциям. Росту толерантности способствует такой механизм эмоционального обезболивания, как отказ чувствовать, потому что чувствовать слишком больно.

5. Отрицание. Созависимые используют все формы психологической защиты: рационализацию, минимизацию, вытеснение и пр., но более всего отрицание. Они склонны игнорировать проблемы или делать вид, что ничего серьёзного не происходит («просто вчера он пришёл опять пьяный»). Они как будто пытаются убедить себя в том, что завтра всё будет лучше. Порою созависимые постоянно заняты чем-то, чтобы не думать о главной проблеме. Они легко обманывают себя, верят в ложь, верят всему, что им сказали, если сказанное совпадает с желаемым. Самым ярким примером легковерия, в основе которого лежит отрицание проблемы, является ситуация, когда жена больного алкоголизмом продолжает десятилетиями верить, что он бросит пить и всё само собой изменится. Они видят только то, что хотят видеть, и слышат только то, что хотят слышать.

Подводя итог, можно сказать, что для лиц, имеющих зависимых родственников или супругов, характерны следующие личностные особенности: неадекватная

самооценка, низкая удовлетворенность собой, трудности в дифференциации эмоциональных состояний, повышенный уровень тревожности и недоверие к окружающим. Для созависимой личности характерны неустойчивое эмоциональное состояние, трудности в идентификации собственных чувств и склонность к самообвинению. Такие люди характеризуются конформным поведением, личной пассивностью, ориентацией на окружение и стремлением к контролю над зависимым партнером.

1.2. Основные подходы к проблеме созависимости в отечественной и зарубежной литературе.

Существующие подходы к объяснению феномена созависимости многообразны и их можно классифицировать по различным основаниям: созависимость как личностное расстройство; как наличие личностных особенностей, сформированных у «взрослых детей» алкоголиков; как дисфункциональное поведение; как феномен семейной системы (семейная системная теория); как поддерживаемый социумом гендерный стереотип (феминистская позиция относительно созависимости).

Созависимость как личностное расстройство

При анализе созависимости как личностного расстройства представление о данном феномене располагалось на континууме от «первичной основной болезни» (S.Wegscheider, C.L.Whitfield, E.Young) к «аддикции», аналогичной химической зависимости в ее процессе и целях лечения (S.Peele, A.W.Schaefer) и, позже, к созависимости как личностному расстройству (T.L.Cermak, E.Coleman, S.Smalley).

Первую попытку разработать диагностические критерии для выявления созависимости и охарактеризовать ее как форму психопатологии предпринял T.L.Cermak. В своей модели созависимости как личностного расстройства он определил созависимость как психопатологическую структуру. Критики данного подхода апеллировали тем, что индивид может быть диагностирован как созависимый на основе характеристик, которые присутствуют в различной степени у большинства людей. В ответ T.L.Cermak обратил внимание на различие между личностными чертами и личностными расстройствами (Whitefield C.Z. 1989). По мнению автора, созависимость – болезнь, для которой могут быть определены рабочие диагностические критерии. Данный взгляд основан на факте, что понятие созависимости оформилось в области лечения алкоголизма, и было связано с понятием болезни. Разработанные T.L.Cermak диагностические критерии базировались на внутренних психических процессах, включенных в структуру индивидуальности созависимых. Многие из характеристик идентичны критериям пограничного, нарциссического и зависимого личност-

ного расстройства (Cermak T.L., 1991). Предложенная модель Созависимого Личностного Расстройства для включения в Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III-R, 1993) не была принята комитетом APA из-за недостатка представленных эмпирических исследований.

Параллельно работам T.L.Cermak другие специалисты также концептуализировали созависимость, как болезнь. Так, H.Gravitz предполагал, что члены семьи химически зависимого человека имеют тенденцию параллельно развивать собственную болезнь. M.Cleveland утверждал, что к созависимым относятся женщины с нарушенной самоидентичностью и низким самоуважением, и понимал созависимость как болезнь.

Многие авторы, опираясь на результаты эмпирических исследований, утверждали, что созависимость связана с повышенным уровнем психопатологии (депрессия, навязчивое поведение и тревога) и отрицательно связана с уровнем чувства собственного достоинства. Полученные результаты обеспечили необходимое объективное и эмпирическое доказательство, чтобы поддержать утверждение о наличии связи между созависимостью и психопатологией.

Созависимость как группа общих личностных особенностей, сформированных у «взрослых детей» алкоголиков

В процессе исследования созависимости все больше внимания уделялось роли семьи в этиологии, лечении и профилактике химической зависимости. Большая часть этих исследований сосредоточивалась на детях алкоголиков, которые имеют значительно более высокий риск алкоголизма, по сравнению с детьми не-алкоголиков. При проведении эмпирических исследований учитывались различные факторы: наследственность; личностные особенности химически зависимых индивидов; индивидуальные характеристики жен и детей алкоголиков, а также другие переменные, типа семейной структуры, социального класса и этнической принадлежности. Данные предположения базировались на клинических наблюдениях семейных врачей (терапевтов).

P.O'Gorman рассматривает созависимость как тип «выученной беспомощности», включающей такую систему поведения как семейные традиции, ритуалы, семейные паттерны близости и границ, которые передаются через поколения. Согласно автору, алкогольные семьи передают нарушенные представления об иерархии. Дети в таких семьях научаются обесценивать внутреннюю реальность и развивают созависимые стили отношений с другими. В результате они учатся быть беспомощными в ответ на свои потребности, чувствуя себя зависимыми от внешних обстоятельств или людей.

Результаты исследований указывают, что «взрослые дети» алкоголиков могут

испытывать как адаптивные, так и дисфункциональные последствия родительского алкоголизма. Значимыми являются низкий уровень таких показателей, как чувство собственного достоинства, принятие социальной поддержки, семейное единство, удовлетворенность браком, и высокий уровень таких показателей, как конфликты в семье и риск употребления алкоголя и наркотиков. Женщины («взрослые дети» алкоголиков) демонстрируют более высокий уровень самообесценивания, неудовлетворенности и депрессии, чем женщины из неалкогольных семей. Мужчины («взрослые дети» алкоголиков) показывают значительно больший уровень независимости/автономии, чем мужчины из неалкогольных семей (Войтиц Дж., 2015).

Выявлена высокая корреляция между паттернами употребления у родителей, а в дальнейшем у подростков и у взрослых детей. Например, обнаружено, что в подростково-юношеском возрасте у детей алкоголиков в 5,1 раз чаще, чем у детей из неалкогольных семей возникает последствие, связанные с употреблением алкоголя и других наркотиков, или симптомы зависимости (L.Chassin).

В своих исследованиях T.Jacob, K.Leonard выявили сильную связь между нарушением поведения в детском возрасте, подростковой делинквентностью, взрослым антисоциальным поведением и родительским алкоголизмом. В лонгитюдных исследованиях делинквентного поведения неоднократно выделялся такой фактор, как «неадекватное воспитание в детстве» у индивидов с антисоциальным поведением и употреблением алкоголя в юности и взрослой жизни (R.Zucker).

Созависимость как паттерн дисфункциональных отношений, основанный на специфическом поведении

В отличие от теоретиков, которые полагали, что природа созависимости связана с индивидуальными характеристиками, авторы данного направления пытались определить и понять созависимость в контексте отношений. Наблюдая за поведением, которое теряло смысл вне контекста близких отношений, исследователи предположили, что созависимость может быть представлена как внешние стереотипные реакции на стресс, которые сформировались и закрепились в процессе проживания с активным алкоголиком.

Растущий интерес к феномену созависимости способствовал увеличению исследований в данном направлении (D.Lyon, L.A.Spann, E.Williams). Результатом стало признание, что химическая зависимость не является индивидуальной проблемой зависимого. Значение имеют близкие отношения с людьми, которые влияют на поддержание зависимости и находятся под влиянием самой аддикции. Члены семьи формируют стереотипный набор циклических повторяющихся реак-

ций на поведение зависимого индивида (М.Т.Ерексон).

Критическая оценка теорий, в которых созависимость считалась самостоятельным аддиктивным процессом или просто совокупностью личностных черт, способствовала выдвижению гипотезы, что созависимые способы отношений могут быть хроническими (эндогенными) или реактивными (экзогенными). В теории, предложенной Р.Н.Уайт, К.Д.Уайт, эндогенная созависимость синонимична с описаниями созависимости как личностного расстройства, и отражает внутренние процессы и самовосприятие, которые способствуют вовлечению в аддиктивные отношения. Экзогенная созависимость отражает форму созависимых отношений, которые формировались в дисфункциональной семье.

Семейный системный подход к проблеме созависимости

Растущая популярность семейной системной терапии позволила обратить внимание на важность контекста семейной ситуации при анализе проблемного поведения личности, как признака дисфункциональной семейной системы.

Некоторые понятия из теории семейных систем М.Боузона были использованы для описания созависимости, например: дифференциация Я, эмоциональное слияние, триангуляция и трансгенерационная передача. Точка зрения, что созависимость формируется в семье происхождения, как усвоенная реакция на дисфункциональную и стрессовую окружающую среду, отражает точку зрения М.Боузона, что паттерны функционирования в семье передаются из поколения в поколение (Теория семейных систем Мюррея Боузона, 2005).

Представители семейного системного подхода к проблеме созависимости использовали теорию семейных систем для построения теоретической структуры данного феномена (Е.С.Фэган-Прюг, J.M.Gibson, L.A.Prest, D.J.Scaturro). Формирование зависимости и созависимости невозможно рассматривать как линейную причинную связь (однонаправленное взаимодействие). Происходящие в семье процессы связаны понятиями круговой причинной связи, циркулярности и контекстных, циклических представлений о поведении. Использование принципа сложности помогает раскрыть более сложный паттерн взаимодействий (S.G.Herold).

Семейные системные теоретики утверждают, что созависимость не паттерн, а стереотипные взаимодействия, навязчивое поведение и болезненная зависимость от одобрения других. Понятие «стереотипные взаимодействия» подразумевает реципрокную, круговую причинную связь и циркулярность. В созависимом взаимодействии присутствует гиперфункционирующий партнер (созависимый) и гипофункционал (зави-

симый). Функции каждого из партнеров могут рассматриваться как регулирующие механизмы созависимых отношений (М.Д.Исли).

По мнению J.A.Kitchens и В.Е.Robinson, созависимость передается от одного поколения к следующему через семейные правила, убеждения и паттерны взаимодействий. Т.Л.Сермак также отмечал, что супруги и дети зависимы от алкоголя или наркотиков могут продолжать функционировать в созависимом паттерне в течение долгого времени после вхождения зависимого в устойчивую ремиссию или его смерти.

Таким образом, с точки зрения теории семейных систем М. Боузона, созависимость формируется в дисфункциональных отношениях, которые существуют в семье происхождения, включают всех членов семьи в существующую проблему и передаются через поколения.

Применение семейного системного подхода к понятию созависимости привело к более целостному пониманию этого феномена. Сущность системного подхода к семье – это концентрация на циркулярных, а не линейных отношениях и анализ событий в происходящем контексте, а не в изоляции от окружающей среды.

Феминистский критический анализ созависимости

Представители феминистского течения были критически настроены к операционализации понятия «созависимость». Первоначально созависимость была диагностирована у жен алкоголиков, поведение которых оценивалось негативно и считалось нормальной реакцией на стрессовые ситуации, возникающие при алкоголизме (S.M.Uhle). Статистическим фактом является то, что женщины с большей вероятностью остаются с супругами-алкоголиками, в то время как большинство мужчин – нет (K.VanWormer). Этот факт дает возможность характеризовать поведение женщин как дисфункциональное. Многие авторы утверждают, что созависимость – второе название социальной роли женщины.

Первая группа исследователей феминистской ориентации, которая начала интересоваться явлением созависимости, критиковала существовавшее представление о данном феномене, утверждая, что теория созависимости не в состоянии признать, что данный феномен содержит социополитический контекст. Эксперты по гендерно-ролевой социализации утверждали, что приемлемой социализацией для женщины является концентрация на отношениях и потребностях других. Термины, описывающие культурально предписанную роль женщины, аналогичны тем, которые используются для описания созависимого человека: подвластный, зависимый, уязвимый, пассивный, сосредоточенный на заботе, удовлетворении потребностей других и на отношениях.

Представители феминистского на-

правления выдвинули три главных аргумента:

созависимость – социализированная гендерная роль;

понятие болезни или модель созависимости как аддикции непосредственно вносят свой вклад в дискриминацию и беспомощность женщин в обществе;

модель созависимости должна переместиться из области личности в область государства, приписывая созависимое поведение внешней социополитической структуре, а не личным/внутренним проблемам.

Итак, сторонники данного подхода утверждали, что созависимое поведение объясняется внешними причинами, такими как социальные предубеждения и ожидания относительно гендерной роли женщины. Они также признавали, что «дисфункция» находится не в женщинах, а в социальной структуре. Однако остается вопрос о предвзятости феминистских исследований и избирательной констатации фактов.

Проанализировав данные подходы, можно сделать вывод, что формирование зависимых и созависимых отношений является результатом динамического взаимодействия биологических, личностных и средовых (социальных) факторов, при котором воздействие родителей, сверстников и других субъектов социального влияния накладывается на индивидуальные особенности, создавая благоприятные условия для развития зависимости или созависимости.

1.3. Взаимосвязь цикличности зависимого и созависимого поведения.

Характерной особенностью зависимого поведения является его цикличность. Наличие цикличности – это как часто человек нуждается в объекте зависимости.

Созависимость выглядит как зеркальное отражение зависимости. Зависимость от ПАВ поражает как индивида, так и его семью физически, психологически и социально. Сходство зависимости и созависимости усматривают в том, что

1. Оба состояния представляют собой отдельное расстройство, а не симптом иного заболевания.

2. И то, и другое состояние постепенно приводит к физической, психической, эмоциональной и духовной деградации.

3. Невмешательство может привести к преждевременной смерти при каждом из двух рассматриваемых состояний.

4. И в том, и в другом случае выздоровление требует системного сдвига как в физическом, так и в психологическом состоянии).

Таблица 1. Параллелизм проявлений зависимости и созависимости (В.М.Москаленко, 2008)

Признак	Зависимость	Созависимость
Охваченность сознания предметом пристрастия	Мысль об алкоголе, наркотики доминирует в сознании	Мысль о больном доминирует в сознании
Утрата контроля	Над количеством алкоголя или наркотика, над ситуацией, над своей жизнью	Над поведением больного, над собственными чувствами, над жизнью
Отрицание, минимизация, проекция, рационализация – формы психологической защиты	"Я не алкоголик", "Я не очень много пью", "От наркотика мне ничего не будет"	"У меня нет проблем, проблемы у моего мужа (сына)"
Агрессия	Словесная, физическая	Словесная, физическая
Преобладающие чувства	Душевная боль, вина, стыд	Душевная боль, вина, стыд, ненависть, негодование
Рост толерантности	Увеличивается переносимость все больших доз вещества	Растет выносливость к эмоциональной боли
Синдром похмелья	Для облегчения синдрома требуется новая доза вещества	После развода с зависимым человеком вступают в новые деструктивные взаимоотношения
Опьянение	Часто повторяющееся состояние в результате употребления хим. вещества	Невозможность спокойно, рассудительно, т.е. трезво мыслить как часто повторяющееся состояние
Самооценка	Низкая, допускающая саморазрушающее поведение	Низкая, допускающая саморазрушающее поведение
Физическое здоровье	Болезни печени, сердца, желудка, нервной системы	Гипертензия, головные боли, "невроз" сердца, аритмии, язв.болезнь
Сопутствующие психические нарушения	Депрессия	Депрессия
Перекрестная зависимость от других веществ	Зависимость от алкоголя, наркотиков, транквилизаторов может сочетаться у одного индивида	Помимо зависимости от больного, возможна зависимость от транквилизаторов
Отношение к лечению	Отказ от лечения	Отказ от лечения
Условия выздоровления	Воздержание от хим. вещества, знание концепции болезни. Долгосрочная реабилитация	Отстранение, знание концепции созависимости, долгосрочная реабилитация
Эффективные программы выздоровления	Психотерапия, программа 12 шагов, группы самопомощи типа АА	Психотерапия, программа 12 шагов, группы самопомощи типа Ал-Анон
Течение	Рецидивирующее	Рецидивирующее

Этапы аддиктивного поведения (по Ц.П. Короленко и Т.А. Донских):

Первый этап - «Первые пробы». Первоначально происходит знакомство с наркотиком эпизодически, с получением

емположительных эмоций сохранением контроля.

Второй этап - «Аддиктивный ритм». Постепенно формируется устойчивый индивидуальный ритм употребления с

относительным контролем. Этот этап часто называется стадией психологической зависимости, когда наркотик действительно помогает на некоторое время улучшать психофизическое состояние. Постепенно происходит привыкание ко все большим дозам наркотика, одновременно с этим накапливаются социально-психологические проблемы и усиливаются дезадаптивные стереотипы поведения.

Третий этап - «Аддиктивное поведение» (аддикция становится стереотипным механизмом реагирования). Характерно учащение ритма употребления при максимальных дозах, появление признаков физической зависимости с признаками интоксикации и полной утратой контроля. Защитный механизм аддикта выражается в упорном отрицании существующих у него психологических проблем. Но на подсознательном уровне возникает чувство тревоги, беспокойства, неблагополучия (отсюда и появление защитных реакций). Происходит внутренний конфликт между «Я прежним» и «Я аддиктивным».

Четвертый этап - Полное преобладание аддиктивного поведения. Исходное «Я» разрушено. Наркотик перестает приносить удовольствие, он употребляется для того, чтобы избежать страдания или боли. Все это сопровождается грубыми изменениями личности (вплоть до психического расстройства), контакты крайне затруднены.

Пятый этап - «Катастрофа». Происходит разрушение личности не только в психическом, но и в биологическом планах (хроническая интоксикация).

Условно выделяют 4 фазы созависимости (В.М.Москаленко, 2008)

Фаза озабоченности

1. Тревога за близкого, больного зависимости. Периодическое появление токсических эмоций. Токсические эмоции – это чувства вины, стыла, обиды, жалости к себе, беспокойства и гнева.

2. Отрицание проблемы. Частое использование ТЭ.

3. Повышенная переносимость отрицательного поведения больного и ТЭ (рост толерантности).

4. Трудности концентрации внимания.

Фаза самозащиты

5. Трансформация различных эмоций в негативные и в то же время отрицание ТЭ.

6. Все внимание поглощено больным членом семьи.

7. Защита больного.

8. Высокая терпимость к неподобающему поведению больного.

9. Чувство ответственности за все семейные проблемы.

10. Повторяющиеся трудности концентрации внимания.

11. Утрата контроля над своей жизнью и над жизнью больного.

Фаза адаптации

12. Чувство вины и стыда.

13. «Идеальное» поведение

14. Выраженный гнев.
 15. Увеличение потребления спиртного (наркотика) больным.
 16. Угрызения совести и стресс.
 17. Приспосабливание к житейским неудобствам.
 18. Все действия сконцентрированы на больном.
 19. Стремление изолировать больного и/или чрезмерно опекать.
 20. Выраженная жалость к себе.
 21. Все для других, ничего для себя.
 22. Непереносимое чувство обиды.
 23. Рассеянность.
 24. Распад семьи.
 25. Обращение за медицинской или психологической помощью.
 26. Чувство собственного поражения.
 27. Критически низкая самооценка.
 28. Бесконтрольное прибегание к ТЭ. Фаза истощения
 29. Обоснование использования ТЭ.
 30. Полная утрата чувства собственного достоинства.
 31. Потеря терпимости к больному.
 32. Духовная деградация.
 33. Страхи.
 34. Выраженная тревога, депрессия.
 35. Все обоснования целесообразности своего поведения оказываются несостоятельными.
 36. Преодоление созависимости или
 37. Глубокий кризис.
- Состояние созависимого меняется в сторону облегчения, если больной алкоголизмом муж перестанет пить. Улучшение в состоянии жены столь же хрупко, сколь и трезвость больного алкоголизмом.
- Редко алкоголизм протекает с ежедневным употреблением алкоголя. Это или далеко зашедшая стадия или тяжелый вариант алкоголизма. Чаше алкоголик имеет как "мокрые", так и "сухие" дни.
- Созависимость тоже колеблется в своей интенсивности, могут наступать периоды ослабления (ремиссии) и обострения (срывы). Иногда это идет параллельно с чередованием обострений и ремиссий мужа, иногда – нет. Триггером для рецидива созависимости могут служить другие, неалкогольные трудности жизни, усталость, нерешенные проблемы, накопившиеся отрицательные эмоции. Обострение течения алкоголизма у близкого человека, как правило, приводит к обострению созависимости.

Таблица 2. Параллелизм проявлений зависимости и созависимости по фазам течения того и другого процесса (В.М.Москаленко, 2008)

Зависимый	Созависимый
<u>Фаза привыкания.</u> Первоначальная (эйфория), иногда стыд, обещания меньше пить, повторные эпизоды пьянства.	<u>Фаза попыток отрицания проблемы.</u> Чувство замешательства, разочарования, душевная боль. Обсуждения эпизодов выпивки. Поиски советов у друзей, членов семьи. Сомнения.
<u>Фаза поисков.</u> Повторяющиеся периоды пьянства и трезвости. Периодические чувства возмущения, негодования. Отказ ходить туда, где не бывает алкоголя. Первые отрицательные последствия выпивок.	<u>Фаза попыток преодоления проблемы.</u> Тревога о выпивках. Обвинение пьющего, самоизоляция (семья не ходит в гости, чтобы не вскрылась проблема). Ложные надежды, радость по поводу трезвости. Чувство вины. Попытки сдержать пьянство. Попытки удержать иллюзию стабильной, счастливой семьи. Вовлечение детей и других членов семьи в сдерживание пьянства. Жалость к самой себе.
<u>Фаза зависимости.</u> Провокационное поведение с обвинением окружающих и обоснованием своего права пить. Злоупотребление алкоголем. Конфликты дома и на работе. Проблемы с работой.	<u>Фаза дезорганизации.</u> Безнадежность, страх сойти с ума. Напряжение. Угрозы. «Жена пилит мужа». Замкнутость. Дети теряют преданность родителям. Поиски помощи вне семьи.
<u>Фаза злокачественной зависимости.</u> Продолжает высказывать обвинения, возмущение, негодование. Эмоциональная замкнутость. Чувство изоляции, вины, гнева. Попытка восстановить семью или полностью ее разрушить. Злоупотребление алкоголем, несчастные случаи, болезни, утрата работы, столкновения с законом. Попытки прекратить или сдержать пьянство.	<u>Фаза попыток реорганизации,</u> несмотря на проблемы. Отделение от семьи фактическое или психологическое. Внимание на собственную работу. Перераспределение ролей. Алкоголик игнорируем Пьянство воспринимается как поведение, которое семья не в силах изменить. Внесемейная деятельность.
<u>Фаза прогрессирующей зависимости.</u> Алкоголик отмечает свое полное поражение. Безнадежность. Продолжающееся злоупотребление алкоголем. Насилие Водка как лекарство от душевной боли.	<u>Фаза ухода.</u> Решение разойтись или развод. Эмоциональные проблемы. Желание отплатить. Суицидальные мысли. Реорганизация части семьи. Чувство вины — «я бросила больного человека».

Критическая линия. Здесь может начаться либо выздоровление алкоголика и семьи, либо непроходящий кризис.	
<u>Фаза воздержания.</u> Посещает врача. Посещает группы АА. Встречается со старыми друзьями. Рассказывает свою историю, как он пил.	<u>Фаза допущения созависимости.</u> «Возможно, у меня есть проблемы». Изучение зависимости как болезни. Понимание, что зависимость лечится. Желание помочь себе.
<u>Фаза согласия.</u> Начало возвращения надежды. «У меня проблемы в связи с алкогольной зависимостью, но...». Встречи с другими выздоравливающими алкоголиками.	<u>Фаза согласия.</u> Начало возвращения надежды. «У меня проблемы в связи с алкогольной зависимостью, но...». Медовый месяц. Образ алкоголика сдвигается — «он не плохой человек, а больной человек». Понимание, что «я не одна такая».

<p>Фаза притяжения. «Я — алкоголик и не могу себя контролировать после употребления». Новый круг друзей. Семья и друзья замечают улучшение. Восстановление самоуважения. Ценит новый образ жизни. Способен идентифицировать себя с другими выздоравливающими алкоголиками.</p>	<p>Фаза притяжения. «Я теряю контроль над собой после вовлечения в проблемы алкоголика». Чувство ответственности за алкоголика. Расширение круга интересов. Более открыто выражает чувства страха, негодования. Повышается самооценка. Личность в целом становится более стабильной при наличии помощи.</p>
<p>Фаза укрощения гордыни. «Я бессилён перед алкоголем как до употребления, так и после. Не я, а алкоголь распоряжается моей жизнью». Трезвость. Способен смело смотреть прямо в лицо фактам и ситуациям. Повышается контроль эмоций, терпение. Делает шаги к экономической стабильности. Становится ответственным за себя. Признает потребности семьи.</p>	<p>Фаза укрощения гордыни. «Я бессильна перед алкоголизмом моего мужа как до обострения, так и после». Восстановление здоровья — психического, физического, эмоционального, духовного. Поиски удовлетворения своих собственных нужд и первоочередных потребностей. Сбалансирование взаимоотношений.</p>

Результаты и обсуждение.

Проведенный анализ научной литературы показывает, что существует острая необходимость исследования психологических особенностей членов семьи, проживающих с зависимым родственником. Актуально изучение выявления личностных и эмоциональных особенностей созависимых в ситуации срыва. Рецидивирующий характер зависимости может проявляться на всех уровнях функционирования семьи как системы, поэтому поведенческие и эмоциональные реакции будут отражаться у созависимого члена семьи. Важным аспектом изучения являются переживания созависимого члена семьи в ситуации срыва, поскольку это важный компонент психологического климата семьи, соматического и психологического здоровья. На основе информации, полученной в процессе психологического тестирования и клинических бесед членов семьи, находящихся в отношениях с зависимым родственником можно получить объективные данные о психологических особенностях созависимых членах семьи, как в стадии ремиссии, так и ситуации срыва.

На основе изученных материалов можно выдвинуть гипотезу о том, что созависимые члены семьи имеют ряд психологических особенностей в стадии ремиссии и ситуации срыва и их представления о себе и особенности эмоционального реагирования на ситуацию срыва поддерживают цикличность процессов зависимости / созависимости в семье. Необходимо провести эмпирическое исследование, которое может доказать выдвинутую гипотезу.

Представляется возможным проведение дополнительных исследований психологических особенностей лиц, проживающих с зависимым родственником только в детском возрасте, так называемых «взрослых детей алкоголиков».

Злость и ощущение безысходности в ситуации срыва являются самыми характерными проявлениями реакциями. В стадии ремиссии злость подавляется и ее место занимает вина.

В ситуации срыва у созависимых ухудшается отношение к себе и снижается уверенность в собственных силах, появляется желание разойтись и ощущение безысходности. На этом фоне происходит ухудшение их физического самочувствия, что может закрепиться в виде психосоматического симптома. Данный аспект поведения созависимых тоже нуждается в расширенном изучении, поскольку жизнь с зависимым родственником сопровождается большим количеством удержания и подавления различных реакций. В срыве эти чувства проявляются на аффективном уровне, что тоже носит деструктивный характер.

В дальнейших исследованиях следует обратить внимание на уровень депрессии, личностной тревожности у созависимых членов семьи. Необходимо подобрать диагностический инструментальный по проблеме исследования.

Особое внимание в дальнейшем также следует уделить обоснованию мероприятий по предотвращению срывов с учетом полученных данных. Имеет смысл рассмотреть особенности индивидуальной и групповой психотерапии, семейной психотерапии, а также психокоррекционной и психологической помощи таким людям.

Выводы.

1. Члены семьи, проживающие с зависимым, имеют высокий уровень созависимости, который имеет тенденцию увеличения с возрастом.

2. В ситуации срыва для созависимой личности присущи такие переживания как злость, и ощущение безысходности. В стадии ремиссии злость подавляется и ее место занимает вина, появляется уверенность и улучшается самочувствие. И в

ремиссии, и в срыве созависимые не чувствуют себя счастливыми.

3. В ситуации срыва у созависимых ухудшается отношение к себе и снижается уверенность в собственных силах, появляется желание разойтись.

Основная использованная литература.

1. Ананьева, Г.А. Семья: химическая зависимость и созависимость. Работа с созависимостью / Г.А. Ананьева. — М.: Независимая фирма «Класс», 2003. — 187 с.
2. Битти М. Алкоголик в семье, или Преодоление созависимости / Пер. с англ. — М.: Физкультура и спорт, 1997.
3. Веллеман, Р. Проблемы, связанные с употреблением родителями алкоголя и наркотиков, и дети: обзор данных исследований и практические выводы / Р. Веллеман // Семейная психотерапия. СПб., 2000.
4. Войтиц Д. Взрослые дети алкоголиков: семья, работа, отношения / Пер. с англ. А. Лучиной. — М.: Независимая фирма «Класс», 2015 — 368.
5. Громова, И. А. Социально-психологические предикторы зависимых и созависимых отношений: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / И.А. Громова: БГПУ им. М.Танка, Минск, 2015. — 25 с.
6. Джулиус, Э.К. Семейная хореография: алкогольная семейная система на протяжении нескольких поколений / Э.К. Джулиус, П.Пэпп // Семейная психотерапия. СПб., 2000. С. 479 — 496.
7. Емельянова, Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования / Е.В. Емельянова. — СПб.: Речь, 2004.
8. Кэдоген, Д.А. Супружеская групповая терапия при лечении алкоголизма / Д.А. Кэдоген // Семейная психотерапия. СПб., 2000. С. 416 — 434.
9. Ларсен, Эрн. Жизнь по ту сторону зависимости / Эрн Ларсен. — HarperSanFrancisco, 1998. — 80 с.
10. Майер, П. Выбираем любовь. Борьба с созависимостью / П. Майер, Р. Хемфелт, Ф. Минирт. — М.: Триада, 2007. — 320 с.
11. Москаленко, В.Д. Жены больных алкоголизмом / В.Д. Москаленко // Вопросы психологии. — 1991. - N 5. - с. 91—97.
12. Москаленко, В.Д. Зависимость: семейная болезнь / В.Д. Москаленко. М., 2002.
13. Натович, Е.А. Патологическая зависимость от азартных игр: психоаналитический подход / Натович Е.А., Тхостов А.Ш, Теперик Р.Ф. // Вестник Московского Университета. Москва, Сер.14. Психология. 2012, №2, стр. 138-151.
14. Олифириков, Н. И. Психология семейных кризисов / Н.И. Олифириков, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента — СПб.: Речь, 2008. — 360 с.
15. Проблемы семьи, отягощенной

алкогольной зависимостью: актуальность, диагностика, коррекция / И.А. Кибальченко [и др.]; под ред. И.А. Кибальченко. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 478 с.

16. Руководство по аддиктологии. Под редакцией Менделевича В.Д. Санкт-Петербург, Речь, 2007.

17. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости / Перевод с английского А.Г. Чеславской — М.: Независимая фирма "Класс", 2006.

18. Филип Дж. Флорес. Групповая психотерапия зависимостей / Филип Дж. Флорес. Институт общегуманитарных исследований, 2014.

19. Шорохова, О.А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости / О.А. Шорохова. СПб., 2002.

Сведения об авторах:

Самсонов А.С., кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии

и неврологии ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. НН. Бурденко Минздрава Р.Ф.

Резвая Татьяна Николаевна - медицинский психолог. ООО «Авангард», Реабилитационная программа «Спутник». Адрес электронной почты: trezvayat@yandex.ru

Куташова Людмила Анатольевна - научный руководитель Европейской клиники "Сиена-Мед", кандидат мед.наук, доцент, e-mail:Lkutashova@mail.ru

PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF THE PHENOMENON CODEPENDENCY

Rezvaya T.N., Samsonov A.S., Kutashova L.A.

Annotation. In the life of man in the modern world is influenced not only the idea of the quality of life, well-being and psychological comfort, but also ways to overcome the difficulties. Change the usual representations of social reality, the destruction of the traditional forms of cooperation, lack of confidence in the future encourage modern man to seek additional resources to overcome dissatisfaction with himself and life in general. According to modern views the family plays an important role not only in origin, but also in the maintenance of addictive behavior. In most families, which are home to those with chemical dependency, found complications, which in recent decades has become an expression of co-dependence (the word "codependency" consists of two parts: the relationship - the loss of freedom, slavery, with - which means "joint"). This mechanism supports the distribution and fixation of various types of deviant behavior as an inefficient way to deal with internal and external conflicts.

Codependency can be defined as a painful condition in which a person feels the need to control another person's behavior, and does not care about the satisfaction of their own vital needs. The hallmark of codependency is the attachment to dependency on alcohol and / or drugs to man, which is manifested in the emotional, cognitive and behavioral level. Sozavisimost - a risk factor for recurrent chemical dependency in a patient, risk factor of various disorders in the progeny, primarily chemical dependency risk for the development of soil psychosomatic disorders and depression.

A number of researchers (Cermak T. L., Schaef A.W., Young E., Ananiev GA) said codependency most common disease that leads to disturbances at all levels: physical, emotional, behavioral, social and spiritual. They believe that codependency is the basis of all relationships: chemical dependency, depending on money, food, work, sex, etc.

The hallmark of codependency is the attachment to dependency on alcohol and / or drugs to man, which is manifested in the emotional, cognitive and behavioral level. Codependency - a risk factor for recurrence of chemical dependence in a patient risk factor for a variety of disorders in the offspring, primarily chemical dependency risk, the soil for the development of psychosomatic diseases and depression. 2 number of researchers (Cermak TL, Schaef AW, Young E., Mr. Ananiev . .a) considers codependency most common disease that leads to disturbances at all levels: physical, emotional, behavioral, social and spiritual. They believe that codependency is the basis of all relationships: chemical dependency, depending on money, food, work, sex, etc.

Keywords: codependency, chemical dependency, alcoholism, drug addiction, substance abuse, family dysfunction, addiction, chemical dependency addiktivny cycle.

References:

1. Anan'eva, G. A. Family: chemical dependency and co-dependency. Working with codependency / G. A. Anan'eva. – M : Independent firm "Klass", 2003. – 187 p

2. Beattie M. the Alcoholic in the family, or the Overcoming of codependency / TRANS. from English. — M: Physical education and sport, 1997.

3. The Velleman, R. Problems associated with the use of parents, alcohol and drugs, and children: a review of research data and practical insights / R. Velleman // Family psychotherapy. SPb., 2000.

4. Woititz George.John. Adult children of alcoholics: family, work, relationships / TRANS. from English. A. Torch. – M: Independent firm "Klass", 2015 – 368.

5. Gromov, I. A. Socio-psychological predictors of the dependent and co-dependent relationships: Avtoref. dis. kand. the course of studies. Sciences: 19.00.05 / I. A. Gromova: bgpu.M.Tank, Minsk, 2015. – 25 C.

6. Julius, E. K. Family choreography:

alcoholic family system over several generations / E. K. Julius, P. Papp // Family psychotherapy. SPb., 2000. P. 479 – 496.

7. Emelyanov, E. Century Crisis in codependent relationships. The principles and algorithms of counselling / E. Emelyanov. - SPb.: Speech, 2004.

8. Cadogan, D. A. Marital group therapy in the treatment of alcoholism / D. A. Cadogan// Family psychotherapy. SPb., 2000. Pp. 416 – 434.

9. Larsen, Ernie Lives on the other side of addiction / Ernie Larsen. – HarperSanFrancisco, 1998. – 80 c.

10. Mayer, P. Choose love. Struggle with codependency. Mayer, R. Hemfelt, F. Minirth. – M. : Triada, 2007. – 320 p.

11. Moskalenko, V. D. Wife of alcoholics / V. D. Moskalenko // Questions of psychology. – 1991. - N 5. - p. 91-97.

12. Moskalenko, V. D. Addiction: a family disease / V. D. Moskalenko. M., 2002.

13. Natovich, E. A. Pathological gambling addiction: a psychoanalytic approach / Natovich E. A., Kostov A. W, Teperik R. F.

// Bulletin of Moscow University. Moscow, Ser.14. Psychology. 2012, no. 2, pp. 138-151.

14. Aliferovich, N. I. Psychology of family crises/ N. I. Aliferovich, T. A. Zinkevich-Kuzemkina, T. F. Velent — SPb.: Speech, 2008. — 360 p.

15. Family problems, burdened with alcohol addiction: relevance, diagnosis and correction / I. A. Ribalchenko [et al.]; under the editorship of I. A. Ribalchenko. – Rostov n/D: Feniks, 2007. – 478 p.

16. Guide addiktology. Edited by V. D. Mendeleevich Saint Petersburg, Speech, 2007.

17. Weinhold B., J. Weinhold. Liberation from codependency / Translation from English by A. G. Cieslawski — M: Independent firm "Class", 2006.

18. Philip J. Flores. Group psychotherapy of dependency / Philip J. Flores. Institute of General human research, 2014.

19. Shorohova, O. A. Life traps of addiction and codependency / O. A. Shorokhova. SPb., 2002.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Судаков Д.В.

к.м.н., ассистент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО ВГМУ (Воронежский государственный медицинский университет) им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, врач-хирург БУЗ ВО ВОКБ №1 (Воронежская областная клиническая больница №1).

Орлова Г.В.

к.псих.н., доцент кафедры педагогики и педагогической психологии факультета философии и психологии ВГУ, Воронежский государственный университет

Судакова О.А.

врач – гинеколог БУЗ ГКБ СМП №1 (Воронежской городской клинической больницы скорой медицинской помощи №1)

Тихонов А.Н.

врач травматолог - ортопед БУЗ ВО Борисоглебская РБ (Борисоглебская районная больница Воронежской области)

Аннотация. Статья посвящена оценке и сравнительному анализу психоэмоционального состояния пациентов хирургического и гинекологического профиля, находящихся на лечении в условиях стационара с различной патологией. Исследование проводится с использованием личного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ), метода В. Зунга, а так же опросника Спилберга. Полученные данные представляют интерес для практической работы психологов с пациентами.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, гинекология, хирургия, сахарный диабет, ЛОБИ, метод Зунга, опросник Спилберга.

Актуальность проблемы

В настоящее время во всем мире постоянно совершенствуются способы диагностики заболеваний, а так же терапевтические и хирургические методы их лечения. Очень большое значение придается разработке новых препаратов, способных воздействовать на патогенез заболевания, «убирать» симптоматику и т.д. Хирурги постоянно предлагают новые - альтернативные способы терапии, совершенствуют существующие методики оперативного лечения. Тем не менее, в России очень мало внимания уделяется психоэмоциональному состоянию пациентов[1]. Во многих больницах если и есть штатный психолог или психотерапевт, то его работа охватывает максимум персонал лечебного учреждения и никак не пациентов. А ведь часто, вера в выздоровление и позитивный настрой больного человека, способен если не переломить течение заболевания, то хотя бы отчасти улучшить его течение. Именно поэтому важно уделять внимание изучению анализа психоэмоционального состояния пациентов.

Какие же пациенты требуют отдельно к себе внимания? Если рассматривать обычную больницу широкого профиля, то это прежде всего будут пациенты хирургического профиля, страдающие от неизлечимых, длительно протекающих заболеваний (к примеру сахарный диабет) и пациентки акушерско-гинекологических

отделений, находящихся в стационаре по причине угрозы прерывания беременности.

Сахарный диабет (СД) является огромной угрозой для здоровья людей во всех странах мира, однако в виду социальных и экономических особенностей, гораздо чаще встречается в развитых странах[5] [6]. По данным ВОЗ, в Соединенных Штатах Америки – новый случай заболевания сахарным диабетом регистрируется каждые двадцать минут, а в западноевропейских странах - каждые сорок минут. С каждым годом растет и количество заболевших сахарным диабетом людей. В 2014 году, число людей страдающих сахарным диабетом выросло до 422 миллионов. И это только зарегистрированные случаи. Надо помнить, что многие люди и не догадываются, о наличии у них данного заболевания[1]. По смелым прогнозам некоторых ученых-исследователей спустя всего несколько лет, врачи смогут вылечивать ВИЧ, большое количество онкологических заболеваний, но никто даже не строит прогнозы по поводу излечения сахарного диабета[2][4].

В акушерстве и гинекологии проблема психоэмоционального состояния пациенток тоже является весьма актуальной. Особенно это касается состояний угрожающих прерыванию беременности. С увеличением распространенности воспалительных заболеваний малого таза, в том числе и с заболеваниями передающимися

половым путем, возрастает и риск прерывания беременности, развития внематочной беременности и т.д.[7][8]. Часто беременность становится важным, давно желанным моментом жизни женщины, а выкидыш способен нанести серьезную психоэмоциональную травму[9]. Недостатком нашей современной медицины, является и то, что после произошедшего, с такими пациентками занимается только лечащий врач – гинеколог, и общение с психологом не входит в обязательный перечень медицинской помощи[3].

Цель исследования

Провести сравнительный анализ психоэмоционального состояния пациентов страдающих сахарным диабетом, находящихся на лечении в стационаре БУЗ ВО ВОКБ №1 и пациенток находящихся на лечении в отделении гинекологии БУЗ ГКБ СМП №1 по причине угрозы прерывания беременности.

Материалы и методы

Объектами исследования послужили 20 пациентов страдающих СД 1 и 2 типа: мужчин и женщин, средний возраст которых составил $36,9 \pm 8,93$, находящихся на лечении в отделении гнойной хирургии БУЗ ВО ВОКБ №1 (Воронежская областная клиническая больница №1), а так же 20 пациенток – женщин, средний возраст составил $26,55 \pm 5,79$, находящихся на лечении в отделении гинекологии БУЗ ГКБ СМП №1 (Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской по-

мощи №1). Исследование проводилось в 2016 гг. Все пациенты входившие в исследование поступали в стационар в срочном порядке, по скорой помощи.

Все пациенты, входившие в исследование были обследованы по стандартным схемам, включая исследование лабораторных показателей и инструментальных методов диагностики. Все пациенты без исключения были осмотрены специалистами узкого профиля. Некоторым пациентам было показано оперативное лечение. Все пациенты входившие в исследование, вне зависимости от направления лечения: терапевтическое или хирургическое, получали адекватное медикаментозное лечение по стандартным схемам.

Для оценки психоэмоционального состояния пациентов обеих групп использовался личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Для дифференциальной диагностики возможных депрессивных состояний использовался метод В. Зунга. Для оценки уровня тревожности использовался опросник Спилберга.

При статистической обработке результатов исследования определялись среднее арифметическое – M , стандартная ошибка среднего – m , критерии Пирсона (χ^2), W Вилкоксона и U Манна-Уитни. Различия показателей считались значимыми при доверительной вероятности 0,95 и более ($p \leq 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты, входившие в исследование были разделены на две группы. В первую группу входило 20 пациентов, мужчин и женщин, страдающих СД и находящихся на лечении в отделении гнойной хирургии БУЗ ВО ВОКБ №1. Вторую группу составило 20 пациентов, женщин, находящихся на лечении в БУЗ ГКБ СМП №1.

В ходе исследования были получены следующие результаты по тесту ЛОБИ: у пациентов первой группы чаще всего встречался гармоничный тип (60%), т.е. больные имели трезвую оценку своего состояния, возможных осложнений, адекватно оценивали свое состояние. Так же довольно часто встречался эйфорический тип реагирования на болезнь (45%), с характерным необоснованно повышенным настроением у пациентов, с часто наигранным и пренебрежительным отношением к болезни. У 20 % больных отмечался анозогнозический тип – с отбрасыванием мыслей о болезни и возможных ее последствиях. Пациентки второй группы были склонны к тревожному типу (80%). Пациенты с меланхолическим и апатическим типом составили по 40 %; характеризовались неверием в лечение и возможный благоприятный исход данного состояния. У ряда больных (20%) отмечалась ярко выраженная ипохондриальная направленность - сочетания нежелания лечиться и неверие в успех лечебного

процесса.

Для оценки тревожности использовался опросник Спилберга, с помощью которого производилась самооценка уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности как состояния) и личной тревожности (как устойчивой характеристики человека).

Ситуативная тревожность. В ходе исследования было установлено, что в первой группе 16 пациентов (80%) имеют низкую тревожность, а 4 пациента (20%) имеют среднюю тревожность. Во второй группе - группе пациенток гинекологического отделения, 7 пациенток (35%) имели низкую тревожность, а у 13 пациентов (65%) наблюдалась высокая тревожность. Личностная тревожность. В первой группе 8 пациентов (40%) имели низкий уровень личностной тревожности. 12 больных (60%) имели средний уровень тревожности. Во второй группе 2 пациентки имели низкий уровень тревожности (10%), а 18 пациенток (90%) входивших в исследование имели средний уровень тревожности

В нашем исследовании так же использовалась методика В. Зунга, с помощью которой проводилась дифференциальная диагностика различных депрессивных состояний, а также состояний близких к депрессии.

В 1 группе большая часть больных – 16 человека из 20 (80%) находящиеся на лечении в отделении гнойной хирургии не имели признаков депрессии. У 3 пациентов (15%) на момент проведения анкетирования была выявлена легкая депрессия (невротической или ситуативной этиологии), с выраженным снижением настроения. У 1 пациента (5%) было выявлено истинно депрессивное состояние, с резко выраженным снижением настроения.

Во 2 группе лишь 6 пациенток из 20 (30%) не имели признаков депрессии. У 7 пациенток (35%) находилось в состоянии легкой депрессии. И у 7 пациентов (35%) второй группы было диагностировано истинно депрессивное состояние, с характерными проявлениями.

Выводы

1. Больные сахарным диабетом, несмотря на «неизлечимость» заболевания, способны более трезво оценивать свое состояние, в отличие от пациенток второй группы (гинекологический профиль), где преобладает тревожный тип.

2. Уровень тревожности был выше у пациенток гинекологического профиля, находящихся в больнице по причине угрозы беременности, чем у пациентов хирургического профиля, страдающих сахарным диабетом.

3. Пациентки, проступившие в больницу с угрозой беременности, были более склонны к депрессии, чем пациентки страдающие сахарным диабетом.

4. На основании полученных результатов, можно судить о том, что раз-

работка современных методов анализа и коррекции психоэмоционального состояния является приоритетной задачей психологов, как и необходимое проведение работы с пациентами различных профилей.

Литература:

1. Анализ психоэмоционального состояния пациентов страдающих сахарным диабетом находящихся на лечении в стационаре на примере БУЗ ВО ВОКБ №1 / Д.В. Судаков, О.А. Судакова, А.Н. Тихонов, Е.И. Закурдаев // В сборнике: О некоторых вопросах и проблемах психологии и педагогики. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Красноярск. 2016. С. 134-139.

2. Изучение бактерицидного действия электроактивированных водных растворов в лечении гнойных ран у больных сахарным диабетом / Д.В. Судаков, Е.А. Фурсова, М.В. Фролов, О.В. Судаков // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2011. Т. 10. №2. С.322-326.

3. Комарова Е.В. Диагностика внематочной беременности на догоспитальном этапе / Е.В. Комарова, М.В. Фролов, Д.В. Судаков // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2007. Т.6. №1. С.87-89.

4. Лечение диабетом с использованием электроактивированных водных растворов / Д.В. Судаков, Е.А. Фурсова, М.В. Фролов, О.В. Судаков // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2011. Т. 10. №2. С. 427-429.

5. Судаков Д.В. Математические модели выбора рациональных схем лечения гнойных ран у больных сахарным диабетом / Д.В. Судаков // автореф. дис. канд. мед. наук: 03.01.09 / Юго-Западный государственный университет. Курск, 2014.

6. Судаков Д.В. Моделирование процесса лечения гнойных ран у пациентов с сахарным диабетом / Д.В. Судаков // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2013. Т.12. №1. С. 327-330.

7. Судаков О.В. Системный анализ признаков влияющих на моделирование процесса лечения пациенток с эндометриозом / О.В. Судаков, А.Ю. Фаустова, Д.В. Судаков // научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2008. №32. С. 79-84.

8. Судакова О.А. Анализ антибиотикорезистентности у больных с острой гинекологической патологией вызванной хламидийной инфекцией / О.А. Судакова, М.В. Фролов // В сборнике: проблемы современной медицины: актуальные вопросы. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Красноярск. 2016. С. 24-28.

9. Судакова О.А. Анализ причин эк-

топической беременности в urgentном акушерстве и гинекологии на примере БУЗ ВО ГКБ СМП №1 / О.А. Судакова, М.В. Фролов // В сборнике: Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития сборник научных трудов по итогам международной научно – практической конференции. Инновационный центр развития образования и науки. 2016. С. 8-11.

Сведения об авторах:

Судаков Дмитрий Валериевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, врач –хирург БУЗ ВО ВОКБ №1. sdvvrn@yandex.ru

Орлова Галина Владимировна – к.псих.н., доцент кафедры педагогики и педагогической психологии факультета

философии и психологии ВГУ, (Воронежский государственный университет), orellet@mail.ru

Судакова Ольга Александровна – врач-гинеколог БУЗ ГКБ СМП №1 г.Воронежа (Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1), soavrn@yandex.ru

Тихонов Александр Николаевич – врач травматолог - ортопед БУЗ ВО Борисоглебская РБ. operhir@vsmaburdenko.ru

COMPARATIVE ANALYSIS OF PATIENTS PSYCHO-EMOTIONAL STATE DEPARTMENT OF SURGICAL AND GYNECOLOGICAL

D.V. Sudakov, G.V. Orlova, O.A. Sudakova, A.N. Tikhonov

Summary: The article is devoted to the assessment and comparative analysis of the mental and emotional state of patients of surgical and gynecological being treated in the hospital with different pathologies. The study is conducted using personal questionnaire Behterevsky Institute (LOBBY) method B. Dung, as well as Spielberg's questionnaire. The data are of interest to the practical work of psychologists with patients.

Keywords: psycho-emotional state, gynecology, surgery, diabetes, lobby, method Dung, Spielberg questionnaire.

References:

1. Analysis of the mental and emotional state of patients suffering from diabetes are being treated in hospital for example БУЗ ВО ВОКБ №1 / D.V. Sudakov, O.A. Sudakova, A.N. Tikhonov, E.I. Zakurdaev // In: Some issues and problems of psychology and pedagogy. Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference. Krasnoyarsk. 2016. P. 134-139.

2. Study of the bactericidal effect of electro-aqueous solutions in the treatment of purulent wounds in patients with diabetes / D.V. Sudakov, E.A. Fursova, M.V. Frolov, O.V. Sudakov // System analysis and control in biomedical systems. 2011. V. 10. №2. P.322-326.

3. Komarova E.V. Diagnosis of ectopic pregnancy in the prehospital / E.V. Komarova, M.V. Frolov, D.V. Sudakov // System analysis and control in biomedical

systems. 2007. V.6. №1. P. 87-89.

4. Treatment of purulent wounds in patients with diabetes mellitus using electro-aqueous solutions / D.V. Sudakov, E.A. Fursova, M.V. Frolov, O.V. Sudakov // System analysis and control in biomedical systems. 2011. V. 10. №2. P. 427-429.

5. Sudakov D.V. Mathematical model of rational choice of schemes of treatment of purulent wounds in patients with diabetes / D.V. Sudakov // avtoref.dis. kand.med.nauk: 03.01.09 / Southwestern State University. Kursk, 2014.

6. Sudakov D.V. Simulation of the process of treatment of purulent wounds in patients with diabetes / D.V. Sudakov // System analysis and control in biomedical systems. 2013. V.12. №1. P. 327-330.

7. Sudakov O.V. System analysis features affecting the modeling of the treatment of patients with endometriosis / O.V. Sudakov, A.Y. Faustova, D.V. Sudakov

// Medical Scientific Bulletin of the Central Black Earth region. 2008. №32. P. 79-84.

8. Sudakova O.A. Analysis of antibiotic resistance in patients with acute gynecological diseases caused by Chlamydia infection / O.A. Sudakova, M.V. Frolov // In the book: Problems of modern medicine: current issues. Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference. Krasnoyarsk. 2016. P. 24-28.

9. Sudakova O.A. Analysis of the causes of ectopic pregnancy in emergency obstetrics and gynecology at the example БУЗ ВО ГКБ СМП №1 / O.A. Sudakova, M.V. Frolov // In: Modern medicine: current issues and prospects of the collection of scientific papers on the results of the international scientific - practical conference. Innovation Centre for Development of Education and Science. 2016. P. 8-11.

ПРОКУРОРСКИЙ НАДЗОР ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ЗАКОННОСТИ В СЛЕДСТВЕННЫХ ИЗОЛЯТОРАХ

Л.М. Бабкин

Доцент кафедры уголовного процесса и криминалистики, к.ю.н.
Рязанский филиал Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, г. Рязань, Россия

С.В. Булатецкий

Профессор кафедры уголовного процесса и криминалистики, д.м.н.
Рязанский филиал Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, г. Рязань, Россия

А.Е. Родин

Старший следователь Сасовского межрайонного следственного отдела следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Рязанской области, Россия

Аннотация: в статье рассматриваются актуальные вопросы осуществления прокурорского надзора в следственных изоляторах и изоляторах временного содержания.

Ключевые слова: законность, нарушение, прокурор, прокурорский надзор, правоохранительные органы, преступление, суд.

Выделение в ст. 1 Федерального закона «О прокуратуре Российской Федерации» [1] надзора за исполнением законов администрацией учреждений и органов, исполняющих наказания и применяющих назначенные судом меры принудительного характера в качестве самостоятельного направления деятельности прокуратуры объясняется важностью обеспечения прав и свобод лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, в случае их заключения под стражу. Поскольку возможности защиты своих прав и законных интересов у этих лиц ограничены, надзорная деятельность прокуратуры выступает в качестве гарантии их охраны.

Развертывание в правовом государстве государственного, ведомственного, судебного и общественного контроля за законностью в учреждениях и органах Уголовно-исполнительной системы РФ (УИС РФ) ни в какой мере не принимает и не подменяет надзорную функцию прокуратуры. Прокурорский надзор – это специфическая деятельность государственных федеральных органов прокуратуры, осуществляемая от имени Российской Федерации и состоящая в проверке точности соблюдения Конституции РФ и исполнения законов, в том числе законности и подзаконных нормативных актов, регулирующих деятельность следственных изоляторов УИС РФ [2].

Основными признаками прокурорского надзора являются, во-первых, – самостоятельный, специфический вид государственной деятельности, которую не могут осуществлять кроме прокуратуры никакие государственные, общественные, самодельные и иные органы, организации, учреждения, должностные или физические лица, и, во-вторых, – осуществление надзорной функции прокуратуры от имени государства. Прокурор, осуществляя надзор, представляет и защищает общественные интересы не от имени отдельных органов власти, а в со-

вокупности всех их, объединенных общей системой государства, приводя, таким образом, интересы отдельных органов, организаций, учреждений, должностных или физических лиц в соответствие с интересами государства в целом.

В рассматриваемой нами отрасли прокурорский надзор включает в себя не только реализацию предусмотренных законодательством РФ прав осужденных, лиц, подвергнутых принудительным мерам медицинского характера, задержанных и арестованных [3], но и защиту прав человека в сфере пенитенциарной политики, содержащихся в международных актах [2].

Роль прокурорского надзора за исполнением законов администрацией следственных изоляторов (далее СИЗО) обуславливается, преимущественно, в том, что в процессе их деятельности закреплена необходимость в установлении определенных ограничений прав граждан, в том числе касающихся личной неприкосновенности и свободы передвижения. Возможность лиц, содержащихся под стражей, в отстаивании своих прав и законных интересов в разы меньше, чем у лиц, находящихся на свободе. Но при этом возможность нарушения прав этих лиц со стороны администрации СИЗО, наоборот, намного больше, чем в отношении лиц, находящихся на свободе. Следовательно, прокурорский надзор в данном направлении представляет собой реальную гарантию соблюдения законности и обоснованности ограничения прав участников уголовного судопроизводства, находящихся в следственных изоляторах. На основании результата опроса сотрудников СИЗО они называют прокурорский надзор как одну из главных форм контроля за деятельностью СИЗО ФСИН РФ. Суть указанного направления прокурорской деятельности выражается в надзоре за соблюдением законности деятельности администрацией СИЗО по исполнению соответствующих решений органов и должностных лиц уголовного

судопроизводства [4].

Администрация СИЗО должна выполнять постановления и требования прокурора, соблюдая при этом требования отбывания наказания и порядка содержания под стражей, предусмотренных уголовно-исполнительным законодательством и Федеральным законом «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» [5].

Прокурором в ходе проведения проверок законности в СИЗО обращается особое внимание на возможные случаи унижения человеческого достоинства, произвола, жестокого обращения по отношению к участникам уголовного судопроизводства сотрудниками следственных изоляторов, бесосновательного применения мер дисциплинарного характера, обеспечения гуманных условий их содержания, соответствующих минимальных стандартных правил обращения с заключенными [6].

При прокурорских проверках особое внимание обращается на фактическое устранение выявленных нарушений законности. Прокуратура не должна оставлять без реагирования факты неисполнения требований прокуратуры администрацией следственных изоляторов.

Важной составной частью деятельности прокуратуры является надзор за соблюдением правового положения подозреваемых, обвиняемых и осужденных, под которым следует понимать совокупность общих конституционных, гражданских прав, а также специальных прав и обязанностей, которыми они обладают. Правовой статус лиц, содержащихся в изоляторах временного содержания (далее ИВС) и СИЗО определяет ст. 36 Федерального закона «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений», и правовой статус осужденных регламентирован положениями УИК РФ. При этом следует учитывать, что согласно ч. 1 ст. 10 УИК РФ государство уважает и охраняет права, свободы и законные интересы осужден-

ных, обеспечивает законность применения средств их исправления, правовую защиту и личную безопасность при исполнении наказаний.

Основой определения правового статуса подозреваемых и обвиняемых являются Конституционные положения о том, что подозреваемые и обвиняемые в совершении преступлений, считаются невиновными, пока виновность не будет доказана в предусмотренном законом порядке и установлена вступившим в законную силу приговором суда (ч. 1 ст. 49), а также, что права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены Федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (ч. 3 ст. 55 Конституции РФ). Исходя из этих положений, можно выделить два принципиальных направления определения правового статуса подозреваемых, обвиняемых. Первое состоит в возможности ограничения прав и свобод только на уровне Федерального законодательства. Второе – в формировании правового положения указанных лиц на основе того, что их виновность еще не доказана, но с учетом такой возможности.

Прокуроры при проверке состояния законности в следственных изоляторах должны обращать внимание на соблюдение не только законодательства Российской Федерации, но и международных правовых актов и хорошо знать правовое положение подозреваемых, обвиняемых и осужденных. Прокуроры проверяют законность применения физической силы, специальных средств, газового и огнестрельного оружия сотрудниками следственных изоляторов, либо иными сотрудниками УИС, а также сотрудниками органов внутренних дел (полиции), привлекающихся для обеспечения правопорядка в соответствии с Федеральным законом «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» [5], другими Федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ. Причем, применение этих средств относится к числу крайних мер и строго регламентировано законодательством, нарушение которого относится к грубым нарушениям законности.

Строго ограниченно и целевое назначение применения огнестрельного оружия. В случае применения оружия сотрудником следственного изолятора в отношении подозреваемого, обвиняемого, осужденного руководителя СИЗО обязаны уведомить надзирающего прокурора немедленно, а в случае применения водометов и бронемашин в течение 24 часов с момента применения. Руководители СИЗО обязаны также сообщить прокурору обо всех случаях ранения или смерти по-

дозреваемых, обвиняемых и осужденных при применении физической силы, специальных средств или оружия. Прокурор же проверяет законность и обоснованность применения оружия после ознакомления с заключением и материалами служебного расследования, проводимого, как правило, сотрудниками территориального органа УИС.

Особое внимание прокурор уделяет подразделениям специального назначения, которые создаются при региональных управлениях УИС, основная функция которых касается обеспечения в следственных изоляторах и исправительных учреждениях необходимого правопорядка в соответствии с действующим законодательством [7]. Полномочия прокурора заключаются в том, чтобы служебная деятельность этих подразделений проходила в рамках соблюдения законности. В соответствии со ст. 17 Федерального закона «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» подозреваемые и обвиняемые имеют право на личную безопасность в местах содержания под стражей. При возникновении угрозы жизни и здоровью подозреваемого или обвиняемого либо угрозы совершения преступления против личности со стороны других подозреваемых или обвиняемых сотрудники мест содержания под стражей обязаны незамедлительно принять меры по обеспечению личной безопасности подозреваемого или обвиняемого. Вопросы личной безопасности подозреваемых, обвиняемых, осужденных входят в контрольную функцию надзирающего прокурора. При проверке СИЗО выявляются различные нарушения закона, в том числе по бытовому и медико-санитарному обеспечению подозреваемых, обвиняемых и осужденных, а условия их содержания и отбывания наказания, в ряде случаев, не в полной мере соответствуют международно-правовому законодательству. На эти нарушения закона постоянно обращает внимание Генеральный прокурор РФ в своих ежегодных докладах.

Как свидетельствуют результаты проверки, в СИЗО имеют место различного рода нарушения законности: нарушения религиозных правил, неправомерное наложение дисциплинарных взысканий, незаконное применение к подозреваемым, обвиняемым и осужденным специальных средств, а также неправомерное обращение с ними со стороны сотрудников СИЗО, нарушения материально-бытового и медицинского обслуживания.

Все указанные нарушения законности, которые выявляются прокурорами, в целом соответствуют нарушениям законности, выявленным в процессе ведомственного, а иногда и судебного контроля. При этом следует отметить преимуществом отличие прокурорского надзора за соблюдением законности в следственных изоляторах, заключающееся в его не-

зависимости от ведомственного (системы УИС) контроля и других государственных органов власти. В ходе осуществления надзора при выявлении нарушений закона составляются документы прокурорского реагирования, что несомненно способствует устранению нарушений закона в действиях должностных лиц следственных изоляторов.

Надзорная функция прокуратуры характеризуется своей оперативностью. Прокурор, когда возникает необходимость, может провести проверку внезапно, избрав при этом время, чтобы должностные лица СИЗО не успели скрыть имеющиеся нарушения законности. В соответствии с приказами Генерального прокурора РФ установлены жесткие сроки изучения органами прокуратуры писем подозреваемых, обвиняемых и осужденных, в которых они указывают на нарушения законности [8].

Таким образом, особенности форм осуществления надзорных полномочий позволяют прокуратуре, во-первых, по обращениям заинтересованных лиц и собственной инициативе самостоятельно выявлять и устранять нарушения закона, прав и свобод подозреваемых, обвиняемых и осужденных, и, во-вторых, – совместно с государственным, судебным и общественным контролем обеспечивать соблюдение законности в деятельности следственных изоляторов и ИВС, находящихся в ведении УИС и ОВД Российской Федерации.

Литература:

1. Федеральный закон от 17.01.1992 N 2202-1 (ред. от 19.12.2016) «О прокуратуре Российской Федерации» // «Собрание законодательства РФ», 20.11.1995, N 47, ст. 4472.
2. Бабкин, Л.М. Процессуальные аспекты деятельности прокурора на современном этапе. Проблемные стороны практики и теории: монография / Л.М. Бабкин, А.Е. Родин. – М., 2015. – 220 с.
3. Бабкин, Л.М. О некоторых вопросах правового положения лиц, к которым могут быть применены меры медицинского характера / Л.М. Бабкин, С.В. Булатецкий // Центральный научный вестник. – 2016. – Т. 1. – № 16. – С. 44-46.
4. Прокурорский надзор в Российской Федерации: учебник / под ред. А.А. Чувилева. – М., 2001. – 400 с.
5. Федеральный закон от 15.07.1995 N 103-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» // «Собрание законодательства РФ», 17.07.1995, N 29, ст. 2759.
6. Прокурорский надзор: учебное пособие / под ред. А.В. Ендольцевой, О.В. Химичевой. – М., 2011. – 256 с.
7. Лазарева, В.А. Прокурор в уголовном процессе: учебное пособие / В.А. Лазарева. – М., 2012. – 295 с.
8. Кожевников, О.А. Участие про-

курора в досудебных стадиях уголовного судопроизводства: монография / О.А.Кожевников. – М., 2011. –180 с.

Сведения об авторах:

Бабкин Леонид Михайлович – к.ю.н., доцент кафедры уголовного процесса и криминалистики Рязанского филиала Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, e-mail: babkin1949@yandex.ru

Булатецкий Сергей Владиславович – д.м.н., профессор кафедры уголовного процесса и криминалистики Рязанского филиала Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, e-mail: dr_bsv@mail.ru

Родин Анатолий Евгеньевич – старший следователь Сасовского межрайонного следственного отдела следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Рязанской области, e-mail: 79156062025@yandex.ru

