

Этиологическая структура ОКИ лабораторно была расшифрована у 34 (32,4%) пациентов с использованием рутинных методов исследования: бактериологическим – у 17 (50%), серологическим – у 4 (11,8 %) и методом ИФА – у 13 (32,8%) больных. В структуре ОКИ, расшифрованных с применением комплекса бактериологических и серологических методов лабораторной диагностики преобладали бактериальные моноинфекции (21,2%): сальмонеллёз верифицирован у 8 (7,6%), шигеллёз – у 3 (2,9%), эшерихиоз – у 4 (3,8%) и ОКИ, вызванные УПМ – у 6 (5,7%) из 105 обследуемых детей. Этиологическая роль вирусных агентов подтверждена у 13 детей (12,4%), причём в 100% случаев это были ротавирусы. Наряду с моноинфекциями мы фиксировали и микст-инфекции (вирусно-бактериальные) – у 2 (1,9%) детей, у 71 (67,6%) ребёнка этиологию ОКИ установить не удалось (рис.3).

Всем больным при поступлении в стационар проводилось рутинное обследование: общий анализ крови и мочи, копрологическое исследование, биохимический анализ крови при необходимости. Клиническая лабораторная диагностика проводилась на базе лабораторий РДКБ г.Владикавказ. Комплекс лабораторных обследований для выявления этиологического агента включал: трёхкратный бактериологический посев фекалий; серологическое исследование методом РПГА с антигенами сальмонелл и шигелл – всем пациентам с синдромом гемоколита на второй неделе болезни; исследование кала на условно-патогенную флору; выявление в кале антигенов ротавирусов методом ИФА. Иммунологическое обследование проводилось в первый день поступления ребёнка с ОКИ в стационар, а затем в периоде ранней реконвалесценции – на 5-7 день болезни в иммунологической лаборатории РДКБ г. Владикавказ, и включало определение уровней сыровороточных иммуноглобулинов А, М и G по методу Манчини.

Результаты. В результате исследований в сравниваемых группах больных установлено, что в первых двух группах достоверно сокращается средняя продолжительность симптомов интоксикации (с $5,65 \pm 0,18$ до $3,87 \pm 0,08$ в первой и до $3,04 \pm 0,15$ дней во второй группе), быстрее купируются явления метеоризма (с $4,63 \pm 0,20$ до $2,74 \pm 0,11$ в первой и до $2,32 \pm 0,07$ дней во второй) и диарейного синдрома (с $8,39 \pm 0,40$ до $5,00 \pm 0,15$ в первой и до $4,32 \pm 0,07$ дней во второй группе) ($p < 0$), в то время как различия по продолжительности рвоты и лихорадки оказались незначительными ($p > 0$) (табл.). Сократилась, также, и средняя продолжительность периода госпитализации с $10,00 \pm 0,42$ до $6,00 \pm 0,18$ в первой группе и до $5,70 \pm 0,11$ дней во второй группе больных детей.

Таблица

Средняя продолжительность клинических симптомов заболевания в сравниваемых группах

Клинические симптомы	Группы больных и средняя продолжительность в днях		
	I-ая группа (n=35)	II-ая группа (n=37)	Группа сравнения (n=33)
Токсикоз	$3,87 \pm 0,08$	$3,04 \pm 0,15$	$5,65 \pm 0,18$
Вялость	$2,77 \pm 0,12$	$2,43 \pm 0,08$	$4,63 \pm 0,26$
Анорексия	$2,96 \pm 0,11$	$2,70 \pm 0,13$	$4,33 \pm 0,28$
Рвота	$1,19 \pm 0,11$	$1,14 \pm 0,06$	$1,40 \pm 0,14$
Лихорадка	$1,42 \pm 0,08$	$1,37 \pm 0,11$	$1,69 \pm 0,14$
Метеоризм	$2,74 \pm 0,11$	$2,32 \pm 0,07$	$4,63 \pm 0,20$
Диарея	$5,00 \pm 0,15$	$4,32 \pm 0,07$	$8,39 \pm 0,40$

Результаты иммунологического исследования показали достоверное снижение уровня IgA до $0,32 \pm 0,06$ и достоверное увеличение уровней IgM до $0,96 \pm 0,22$ и G до $12,55 \pm 1,99$ в острый период заболевания ОКИ во всех трёх группах. По окончании 5-ти дневного курса этиотропной терапии ОКИ пробиотиком «Пробифор» средние значения уровней сыровороточных иммуноглобулинов А, М и G достоверно возросли и составили: IgA – $0,61 \pm 0,16$; IgM – $1,21 \pm 0,05$ и IgG – $13,45 \pm 1,02$; а в группе, получавшей этиотропную терапию по схеме КИП+«Пробифор» эти значения возросли и составили: IgA $1,58 \pm 0,18$; IgM $1,47 \pm 0,06$ и IgG $15,95 \pm 1,54$ соответственно. В группе сравнения среднее значение уровня IgA осталось на прежнем уровне, а уровни Ig M и Ig G увеличились, но разница была незначительной. Данные исследования сыровороточных иммуноглобулинов в этой группе указывает на необходимость включения в терапию лёгких и среднетяжёлых форм ОКИ иммуномодулирующих препаратов.

Выводы. Таким образом, результаты проведённого клинико-иммунологического исследования показали, что сочетанное применение пробиотика «Пробифор» и КИП является наиболее эффективным средством альтернативной «стартовой» этиотропной и патогенетической терапии при лёгких и среднетяжёлых

формах ОКИ у детей первого года жизни, в связи с чем его можно рекомендовать в практику педиатров-инфекционистов.

Литература

1. The World Health Report 2003: Shaping the Future Geneva WHO 2003.
2. Новокионов А.А. и др. // Детские инфекции. 2002. №1. С.32–38.
3. Учайкин В.Ф., Мазанкова Л.Н., Новокионов А.А., Соколова Н.В. // Пособие для врачей. М.2003.34 с.
4. Горелов А.В., Милютин Л.Н., Усенко Д.В. // Клинические рекомендации по диагностике и лечению ОКИ у детей. М.2005.106 с.

УДК 615.851.135

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЬИ

И.В. ДОБРЯКОВ *

Ключевые слова: психотерапия, рождение ребёнка

Семья, ожидающая рождения ребёнка, стоит на пороге серьёзных изменений, а значит, её функционирование становится нестабильным. К. Витакер отмечал, что все трудности семейной жизни отступают на второй план, когда на сцену выходят переживания беременности, родов, кормления младенцев до одного года [1]. С. Минухин считал, что появление ребёнка означает появление в семье новой диссипативной структуры и влечёт за собой сложную реорганизацию супружеского холона и нередко ставит под угрозу существование всей системы семьи [5]. В связи с этим семьи ожидающие рождения ребёнка, имеющие маленького ребёнка, как правило, нуждаются в психологическом консультировании, а часто и в психокоррекционных, психотерапевтических вмешательствах. Однако практика показывает, что обращения за помощью к специалистам подобных семей, их членов крайне редки. Более того, зачастую на беременность и рождение ребёнка женщина и мужчина решаются в надежде улучшить, укрепить с помощью этого внутрисемейные отношения. Надеждам, как правило, не суждено сбыться. Для многих это становится очевидным уже во время беременности, так как приводит к обострению семейных проблем, ухудшает отношения супругов [4].

Естественные физиологические соматические изменения, возникающие у женщин в связи с беременностью, создают фон, на котором легко развиваются нервно-психические расстройства. В период беременности они встречаются примерно у 40 % женщин, при чём более половины от их числа (56%) составляют депрессии [8]. А.Б. Смулевич выделяет «депрессивный синдром беременных», считая его одним из специфических аффективных расстройств, связанных с репродуктивной функцией женщин [6]. В большинстве (77%) нервно-психические расстройства беременных женщин остаются нераспознанными [9]. Они так плохо диагностируются потому, что часто их симптомы пытаются объяснить лишь связанными с беременностью физиологическими изменениями. Депрессивные расстройства беременной усугубляют нарушения межличностных коммуникаций между супругами. Возникает замкнутый круг, так как «коммуникационная проблема» в семье ещё больше ухудшает психическое состояние [7].

Становится очевидной актуальность разработки методик активного выявления дисфункциональных семей, ожидающих рождения ребёнка, способов формирования у них мотивации на работу с психологом или психотерапевтом, моделей психокоррекционного и психотерапевтического воздействия на семью. Это обусловило развитие нового направления в психотерапии – перинатальной психотерапии. Её можно определить как систему лечебного психического (психологического) воздействия на психику женщины и ребёнка в антенатальном (герминальном, эмбриональном, фетальном), интранатальном и постнатальном периодах, а через психику на организмы женщины и ребёнка [3]. Особенности перинатальной психотерапии являются: семейный характер проблем, которые она предназначена решать; низкий уровень осведомлённости пациентов, нуждающихся в перинатальной психотерапии, о возможности её получения;

* Санкт-Петербургская меакадeмия послeдипломного образования, кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии

необходимость выявления нуждающихся в перинатальной психотерапии и формирования у них мотивации на лечение; необходимость сотрудничества перинатального психотерапевта с акушерами-гинекологами, неонатологами, психологами; предпочтение краткосрочных психотерапевтических методик; дефицит специфического психологического инструментария и методических разработок в области перинатальной психотерапии; недостаточное число специалистов, способных осуществлять перинатальную психотерапию и профилактику.

Этим принципам отвечает модель краткосрочной психотерапии семьи, ожидающей рождения ребёнка. При её разработке учитывалось, что взаимоотношения, складывающиеся в семье беременной женщины, во многом определяются тем, на какой стадии развития супружеского холона произошло зачатие ребёнка, конструктивны или нет были мотивы зачатия (мотивы оставления случайной беременности). Предлагаемая модель в основном показана семьям, в которых зачатие ребёнка произошло на стадиях добрых отношений, стадии конфронтации, стадии экзистенциального кризиса [2]. Цель психотерапии – стимулировать наступление следующей стадии жизненного цикла супружеского холона, благоприятной для формирования оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты, течения беременности, родов, развития ребёнка.

Теоретическую основу модели составили основные принципы системной семейной психотерапии [5, 7], стратегической семейной психотерапии, позитивной краткосрочной психотерапии, психоаналитической перинатальной психотерапии. Во время сеансов психотерапевт опирается только на позитивные моменты в развитии супружеского холона, использует исключительно позитивные подкрепления. Курс лечения состоит из 4-8 сеансов, длительность каждого 1 час. Встречи с психотерапевтом надо проводить 2-3 раза в неделю. На сеансы приглашаются беременная и её муж. Особенностью перинатальной психотерапии является то, что супруги крайне редко обращаются к психотерапевту со своими проблемами, приходится создавать у них мотивацию на работу. Выявление пар, нуждающихся в психотерапии происходит во втором-третьем триместре беременности с помощью «Теста Отношений Беременной», позволяющей выявлять дисгармоничные отношения женщины с мужем, с родственниками.

Собственно психотерапия складывается из следующих этапов: присоединение, установление доверительных отношений психотерапевта с беременной женщиной, сбора подробного анамнеза, выявление и уточнение проблем, создание мотивации у супруга на встречу с психотерапевтом; создание доверительных отношений с обоими супругами, формирование у них мотивации на продолжение работы с психотерапевтом под видом проведения дородовой подготовки; сбор подробного анамнеза развития отношений супругов (знакомство, выбор, ухаживание, объяснение, решение быть вместе, свадьба и т.д.), выявление ресурса, а также базальных и актуальных конфликтов; в состоянии релаксации у супругов вызываются яркие представления о выявленных позитивных ситуациях развития их отношений; снижение дефицита информации, касающейся сенсорных возможностей плода в настоящее время. Обучение супругов установлению вербального и гаптономического контакта с пренейтом, установлению с ним обратной связи; диалоги с пренейтом. В присутствии друг друга супругам предлагается рассказать о своём избраннике (избраннице) ребёнку, положив руки на живот женщины. Психотерапевт задаёт наводящие вопросы. Обсуждение сеанса, продолжение «сеансов связи» с ребёнком; позитивная интерпретация происходящего, проработка вариантов решения проблемы, оценка перспектив, выбор новых целей, расширение сфер взаимодействия с супругом, создание мотивации на партнёрские роды.

Возможно прохождение нескольких этапов за один сеанс. Подобные сеансы помогают мобилизовать ресурсы супружеского холона, улучшают коммуникации супругов, готовят их к разрешению будущих проблем, способствуют эмоциональному принятию новорождённого. Особенностью данной модели является то, что во время сеансов семейной психотерапии активную роль играют не только супруги, но и пренейт. Подобные сеансы улучшают коммуникации мужчины и женщины, помогают им разрешить актуальные проблемы, готовят их к разрешению будущих проблем, способствуют эмоциональному принятию ребёнка.

Перинатальная психотерапия беременной женщины играет особую роль, так как способствует снижению использования

медикаментозной терапии нервно-психических расстройств, которая может неблагоприятно сказаться на развитии плода.

Литература

1. Витакер К. Полочные размышления семейного психотерапевта (Пер. с англ.). М.: Класс. 1998. 208 с.
2. Добряков И. В. // Мат-лы 1-й Всем. конф. по Позитивной Психотерапии: тез. докл. СПб. 24th Annual Symposium of Positiv Psychotherapy (DGPP). М., СПб., 1997. С. 52.
3. Добряков И. В. Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: сб. мат-ов межрег. конф. СПб.: АМСУ, 2000. С. 11-15.
4. Добряков И. В. Перинатальная семейная психотерапия // Системная семейная психотерапия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. СПб.: Питер, 2002. С. 265-285.
5. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной психотерапии (Пер с англ.). М.: Класс, 1998. 304 с.
6. Смуглевич, А.Б. Депрессии в общей медицине: Рук-во для врачей / А.Б. Смуглевич. М.: Мед. информ. аг-во, 2001. 256 с.
7. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. СПб.: Питер, 1999. 656 с.
8. Kelly R. H., Zatzick D. F., Anders T. F. // Am. J. Psychiatry. 2001. Vol. 158. №2. P. 213-219.
9. Spitzer, R.L. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study / R.L. Spitzer, J.B. Williams, K. Kroenke et al. // Am J Obstet Gynecol. 2000. Vol. 183. №3. 759-769.

УДК 616-005.6

ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ОНКОПАТОЛОГИИ

Б.Н. ЖУКОВ, Е.В. КОСТЯЕВА, В.Е. КОСТЯЕВ, П.Ф. КРАВЦОВ*

Ключевые слова: венозный тромбоз, фотодинамическая терапия

Острый венозный тромбоз – широко распространённое заболевание с важными социальными последствиями. Его частота составляет 71 случай на 100 000 населения в общей популяции [5]. Наиболее грозное осложнение острых венозных тромбозов – тромбоз лёгочной артерии (ТЭЛА), которая возникает у 25–37% больных. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей может протекать бессимптомно, иногда первым и единственным его проявлением является ТЭЛА [2]. Несмотря на внедрение современных методов лечения, летальность при ТЭЛА очень высока: по разным оценкам, она составляет 45–91% [3,4]. Основным пусковым механизмом образования тромба является повреждение эндотелия, когда кровь вступает в контакт с соединительной тканью субэпителиального слоя сосудистой стенки. Повреждение эндотелия может быть прямым (при механической травме, хирургических манипуляциях, термических повреждениях и т.д.) и косвенным (при эндогенной интоксикации, воздействии на сосудистую стенку бактериальных токсинов и иммунных комплексов, высокого уровня холестерина и т.д.). Одной из наиболее частых причин венозных тромбозов являются злокачественные новообразования, продуцирующие патологические иммунокомплексы, повреждающие эндотелий (опухоли поджелудочной железы, лёгких, желудка, толстой кишки, яичников), а также при опухолях головного мозга, лейкомии, миеломной болезни. Риск тромбоза и тромбозмболии у онкологических больных после операции в 2–3 раза больше, чем при аналогичных общехирургических операциях [1]. Кроме того, крайне затруднено лечение данной категории пациентов, ввиду того, что препараты, применяемые при стандартной терапии (прямые и непрямые антикоагулянты, тромболитики) имеют весьма ограниченные показания, а зачастую противопоказаны.

Цель – улучшение результатов лечения больных с острыми венозными тромбозами глубоких вен нижних конечностей, возникающих у пациентов, страдающих онкологической патологией.

Материалы и методы. Во флебологическом центре госпитальной хирургии Самарского Государственного Медицинского Университета за период с 2001 по 2007 год проводилось изучение влияния фотодинамической терапии (ФДТ) в комплексном лече-

* Самарский ГГМУ, кафедра госпитальной хирургии, НИИ «Неионизирующие излучения в медицине» г. Самара