Издательский дом «Плутон»

Научный медицинский журнал «Авиценна»

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

УДК 378.001

LVIII Международная научная медицинская конференция

«Современные медицинские исследования»

СБОРНИК СТАТЕЙ КОНФЕРЕНЦИИ

13 декабря 2021

Кемерово

СБОРНИК СТАТЕЙ ПЯТЬДЕСЯТ ВОСЬМОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ»
13 декабря 2021 г.
ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431 ISBN 978-5-9907998-1-3
Кемерово УДК 378.001. Сборник докладов студентов, аспирантов и профессорско-преподавательского состава. По результатам LVIII Международной научной медицинской конференции «Современные медицинские исследования», 13 декабря 2021 г. www.avicenna-idp.ru /

Редкол.:
Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.
Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.
Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.
Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.
Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» .
Тахирова Рохатой Норматовна- кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.
Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.
Федотова Елена Владимировнадоцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".
Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФБГОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".
Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.
Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"
Бовтюк Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"
Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии
Афанасьева Галина Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского
Бесхмельницына Евгения Александровна - ассистент кафедры фармакологии и клинической фармакологии НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», врач акушер-гинеколог
А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

В сборнике представлены материалы докладов по результатам научной конференции.
Цель – привлечение студентов к научной деятельности, формирование навыков выполнения научно-исследовательских работ, развитие инициативы в учебе и будущей деятельности в условиях рыночной экономики.
Для студентов, молодых ученых и преподавателей вузов.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru
Подписано в печать 13.12.2021 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 2.2. | Тираж 500.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).
Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.
Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.
Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.
При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна.

Содержание

1. ИССЛЕДОВАНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КИРОВА…….……..…...4
Белобров В.О., Камбур Т.К., Петров Б.А.
2. ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МОЛОЧНОЙ ПРОДУКЦИИ КИРОВСКИЙ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ……...……...….7
Пыстина А.А., Пяткина С.А., Петров.С.Б.
3. ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО ГМУ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА……..……..…….9
Быкова Д.Г., Рябова А.В., Балина А.А., Петров Б.А.
4. ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА НА РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА...11
Ивентьева Е.М., Ванеева А.С., Петров С.Б.
5. ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ……..….13
Санникова Н.Р., Соловьева К.С., Ушакова А.В., Утенкова Е.О.
6. ПСИХОТЕРАПИЯ ГОРЯ И УТРАТЫ: ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ ИСТОЧНИКОВ…….....16
Родникова Е.А.

Статьи LVIII Международной научной медицинской конференции
«Современные медицинские исследования»

Белобров Вячеслав Олегович
Belobrov Vyacheslav Olegovich
студент лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кировский Государственный Медицинский Университет».
E-mail: slava.belobrov@bk.ru

Камбур Татьяна Константиновна
Kambur Tatiana Konstantinovna
студентка лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кировский Государственный Медицинский Университет».
E-mail: tatiana.kambur@gmail.com

Петров Борис Алексеевич
Petrov Boris Alekseevich
доктор медицинских наук, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кировский Государственный Медицинский Университет».

УДК 614.39

ИССЛЕДОВАНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КИРОВА

RESEARCH OF SATISFACTION WITH THE QUALITY OF PROVIDING MEDICAL CARE OF THE POPULATION OF THE CITY OF KIROV

Аннотация: В данной статье отображены результаты исследования удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи населения города Кирова. Актуальность данного исследования заключается в необходимости повышения удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, путем выявления основных трудностей, с которыми сталкивается население города Кирова, и составлением рекомендаций, направленных на решение этих проблем.

Abstract: This article reflects the results of a study of satisfaction with the quality of medical care provided to the population of the city of Kirov. The relevance of this study lies in the need to increase the satisfaction of the population with the quality of medical care in outpatient settings, by identifying the main difficulties faced by the population of the city of Kirov, and drawing up recommendations aimed at solving these problems.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлиническая помощь, пациент, поликлиника.

Key words: outpatient care, patient, polyclinic.

Введение: Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается амбулаториями и поликлиниками, входящими в состав больниц, самостоятельными городскими поликлиниками, сельскими врачебными амбулаториями, диспансерами, узкоспециализированными поликлиниками (стоматологические, физиотерапевтические и др.), женскими консультациями, здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами. В стране имеется более 16 000 амбулаторно-поликлинических учреждений, число посещений в них к врачам ежегодно более 1,0 млрд. На 1 городского жителя в среднем приходится 9,0 посещений к врачам. Почти 80% всех обратившихся за медицинской помощью начинают и заканчивают лечение в условиях поликлиники.

Цель исследования. Оценить качество медицинской помощи на основании мнения пациентов для разработки практических рекомендаций по улучшению организации медицинской помощи.

Задачи: 1. Оценить удовлетворенность качеством оказания амбулаторно-поликлинической помощи. 2. Разработать рекомендации по улучшению качества амбулаторно-поликлинической помощи городскому населению.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе поликлиник города Кирова по составленному анкете-опроснику с 15-24 ноября 2021 года. Анкетирование прошли 82 респондента: 56 женщин (68,3%) и 26 мужчин (31,7%). Для достижения поставленной цели использовался метод статистической обработки данных.

Результаты исследования и их обсуждение. Проанализировав результаты опроса, 43,9% респондентов отметили, что качественная и своевременная медицинская помощь бывает им часто доступна, 23,2% респондентам – такая помощь бывает редко доступна, 18,3% респондентов – затрудняются ответить, 13,4% респондентам – такая помощь бывает доступна всегда и 1,2% респондентам – такая помощь вообще недоступна (рисунок 1).

Рисунок 1. Доступность качественной и современной медицинской помощи

Среди всех опрошенных респондентов 35,4% обращаются за медицинской помощью 1 раз в год, 29,3% - 1 раз в полгода, 23,2% - 1 раз в три месяца, 7,3% - 1 раз в месяц, 4,9% - больше 1 раза в месяц (рисунок 2).

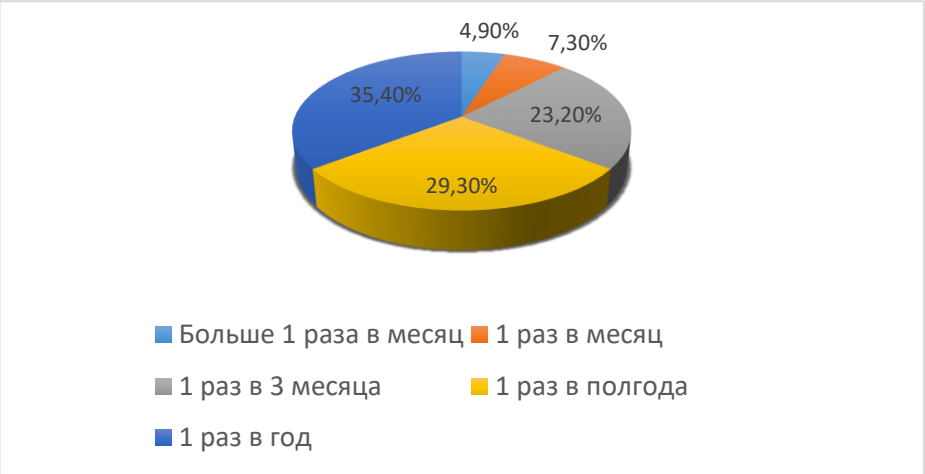

Рисунок 2. Степень частоты обращаемости за медицинской помощью

Для измерения информированности населения об имеющихся у них заболеваниях был использован открытый вопрос с неограниченным для респондента количеством вариантов ответов. В результате, индекс информированности населения о заболеваниях составляет 0,17, что говорит о недостаточном уровне информированности населения о заболеваниях и дезориентирует пациента в отношении собственного здоровья.

Из всех респондентов 35,4% респондентов затрудняются ответить на вопрос «Удовлетворены ли они в целом тем, как действует местная система здравоохранения?», 29,3% - скорее, да, 22% - скорее, нет, 8,5% - да, вполне, 4,9% - совсем нет. Индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения равняется 48,2%, что говорит об удовлетворительном уровне (25-50%) (рисунок 3).

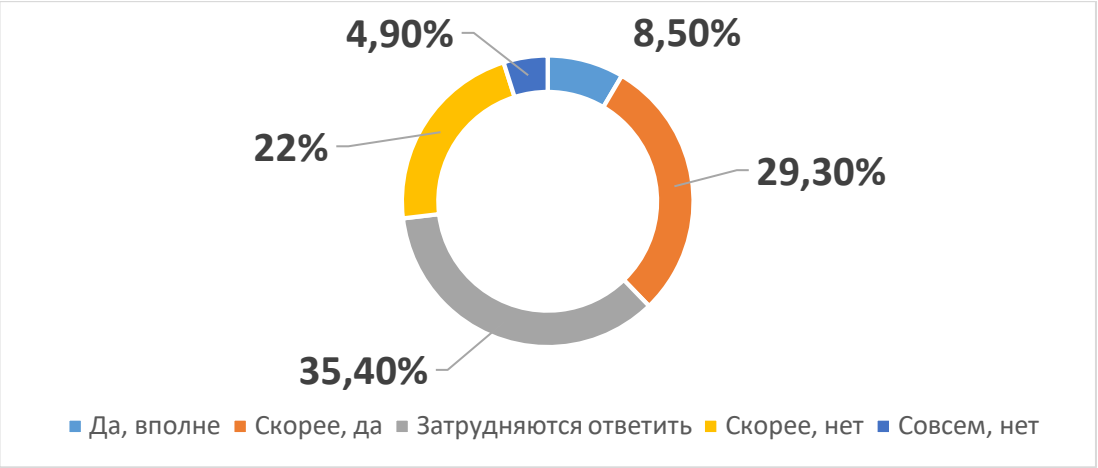

Рисунок 3. Удовлетворенность функционированием местной системы здравоохранения

На вопрос «С какими трудностями сталкиваются пациенты при получении медицинской помощи?» 55,9% респондентов отметили огромные очереди в поликлиниках, 28,9% отметили сложности в записи на прием к врачу, 15,2% отметили недоброжелательное отношение медицинских работников к пациенту.

По результатам исследования, как мы видим на диаграмме (рисунок 4), 85,2% респондентов оценивают работу своего врача-терапевта удовлетворительно, 14,8% респондентов – неудовлетворительно.

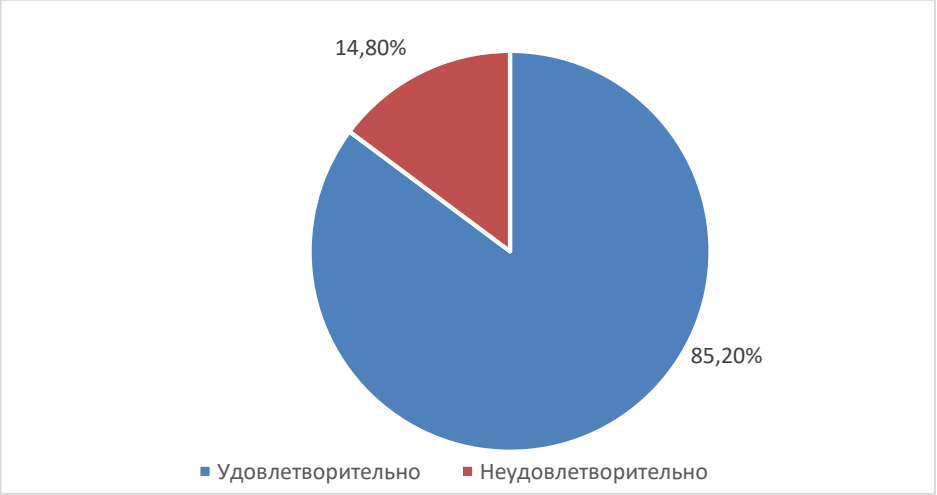

Рисунок 4. Оценка работы участкового врача-терапевта

Заключение. Исходя из результатов собственных исследований, мы пришли к выводу, что население города Кирова оценивает качество оказания медицинской помощи удовлетворительно. По улучшению качества амбулаторно-поликлинической помощи населению нами были разработаны следующие рекомендации:

1) Совершенствование информационных технологий, в особенности работы сайта поликлиники.
2) Разработка эффективной системы управления оказания медицинской помощи.
3) Проведение внутреннего контроля качества поликлинической помощи.
4) Совершенствование навыков доброжелательных отношений медицинских работников к пациентам.
5) Улучшение условий комфортного пребывания в поликлинике.
6) Осуществление телефонного консультирования пациентов.

Библиографический список:

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Профессионал, 2009. – 432 с.: ил.
2. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.– 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 512 с.: ил.

Пыстина Анастасия Андреевна
Pystina Anastasia Andreevna
Студент, Кировский государственний медицинский университет

Пяткина София Александровна
Pyatkina Sofia Alexandrovna
Студент, Кировский государственний медицинский университет

Петров С. Б.
Petrov S. B.
Научный руководитель: к.м.н., доцент

УДК 637

ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МОЛОЧНОЙ ПРОДУКЦИИ КИРОВСКИЙ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ

CHARACTERISTIC AND QUALITY ASSESSMENT OF DAIRY PRODUCTS KIROVSKY

Аннотация: в работе проведен анализ органолептических и физико-химических свойств молочной продукции разных производителей города Кирова, а также сделаны выводы о качестве молока на основе полученных данных.

Abstract: The paper analyzes the organoleptic and physicochemical properties of dairy products from different manufacturers in the city of Kirov, and also draws conclusions about the quality of milk based on the data obtained.

Ключевые слова: молочная продукция, органолептические показатели, физико-химическая оценка, покупатели молочной продукции, город Киров.

Key words: dairy products, organoleptic indicators, physical and chemical assessment, buyers of dairy products, the city of Kirov.

Цель работы: характеристика и оценка качества молока разных производителей, реализуемого в магазинах города Кирова.

Материалы и методы. В качестве объектов исследования были выбраны 8 образцов молока разных производителей, реализуемых в розничной торговой сети города Кирова: «Вятушка», «Вятская дымка», «Богородское», «Домик в деревне», «Соцпакет», «Красногорское», «Вожгалы» и «Народное». В работе применялось анкетирование с целью определения любимого вятского молока у населения. Было опрошено 100 респондентов, в возрасте от 14 до 65 лет. Оценку огранолептических показателей проводили по разработанной 15-ти балльной шкале по показателям: запах и вкус, цвет, внешний вид и консистенция, створаживание. С помощью опыта универсальной индикаторной полоски pH среды определили наличие соды в молоке, провели качественную реакцию на йод. А также провели исследования физико-химических показателей по методу Тернера.

Результаты. Анкетирование показало, что самые употребляемые молочные продукты: молоко, творог, йогурт, сметана и кефир. Их употребляли более 50% опрашиваемых. Немного менее популярен сыр – 34%. Чуть больше половины опрашиваемых употребляют молоко каждый день (67%), остальные реже (33%). 34 – 35 % кировчан употребляют молоко вместе с кофе/чаем. На 1-ом месте у покупателей качество молока и его производитель. Места 2-5 распределение примерно одинаково. На 6-ом месте большинства оказался вид упаковки. Больше всего кировчане жалуют кировское молоко «Вятушка», затем молоко, собравшее в 2 раза меньше голосов – «Вожгалы», следом за ним идет «Богородское». Наибольшее общее количество 15-ти баллов по органолептическим показателям набрал образец молока «Вятушка», «Богородское», «Вожгалы» и «Домик в деревне». Данные образцы имели сладкий приятный молочный вкус и сладковатый запах, цвет – молочно белый, консистенция однородная. Но и присутствуют и менее приятные образцы, набрали наименьшее количество баллов, такие как «Вятская дымка» (водянистое), «Красногорское» (слабый навозный запах и неприятный вкус), «Соцпакет» и «Народное» (безвкусные). Опыт створаживания показал, что молоко «Богородское» аномально реагировал и на 5 день приобрело красно-коричневую окраску. В первой пробе молоко «Народное» порылась специфической толстой плёнкой. Все остальное молоко створаживалось в пределах нормы.

Опыт с помощью универсальной индикаторной полоски pH среды показал, что в молоке соды не обнаружено. В качественной реакции на йод выяснили, что ни у одного вида молока в составе нет крахмала – все молоко имеет одинаковый желто-оранжевый оттенок, кроме «Красногорского» молока, имеющего рыже-коричневый оттенок. По исследованиям физико-химических свойств методом Тернера выявлены самые кислые образцы молока – «Вожгалы» и «Вятская дымка» (40°Т).

Выводы. По результатам исследования установлено, что по органолептическим и физико-химическим показателям исследуемые образцы: «Вятушка», «Вожгалы» и «Домик в деревне» соответствует требованиям нормативного документа и являются стандартными.

Библиографический список:

1. Бацукова, Н. Л. Гигиеническая экспертиза молока и молочных продуктов : учеб.-метод. пособие / Н. Л. Бацукова, И. П. Щербинская. – Минск : БГМУ, 2007. – 32 с.

2. Королев А. А. Гигиена питания : учебник для студ. учреждений высш. образования / А. А. Королев. — 4-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательский центр «Академия», 2014. — 544 с [184,192]

Быкова Даниелла Геннадьевна
Bykova Daniella Gennadievna
Студент, Кировский государственний медицинский университет

Рябова Анастасия Васильевна
Ryabova Anastasia Vasilievna
Студент, Кировский государственний медицинский университет

Балина Анастасия Аркадьевна
Balina Anastasia Arkadyevna
Студент, Кировский государственний медицинский университет
Кафедра Общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления

Петров Борис Алексеевич
Petrov Boris Alekseevich
Научный Руководитель, Студент, Кировский государственний медицинский университет

УДК 616.13.002.2

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО ГМУ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

ASSESSMENT OF THE INFORMATION OF STUDENTS OF THE KIROVSKY STUDENT ON THE RISK FACTORS OF THE DEVELOPMENT OF ATHEROSCLEROSIS

Аннотация. В статье обсуждается актуальная проблема современной медицины — атеросклероз, приводящий к нарушению жизненно важных процессов в организме.

Annotation. The article discusses the urgent problem of modern medicine - atherosclerosis, leading to the disruption of vital processes in the body.

Ключевые слова: атеросклероз, холестерин, атеросклеротическая бляшка.

Key words: atherosclerosis, cholesterol, atherosclerotic plaque.

Актуальность: Проблема атеросклероза является одной из самых значимых в современной медицине в связи с его широкой распространенностью, продолжительностью латентного периода течения и выраженностью неблагоприятных исходов. Согласно статистическим расчетам пропорция смертности с 1990 к 2020 году в мире от сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых ведущее место занимает атеросклероз, продолжает возрастать от 28 % до 31,5% . В течение последних десятилетий стало ясно, что атеросклероз характеризуется комплексом эндокринных, паракринных и юкстакринных перекрестных взаимосвязей между иммунными и васкулярными клетками практически во всех тканях и органах организма, включая мозг, печень, сердце, почки, жировую ткань, надпочечники, поджелудочную железу, и половые органы.

Масштабы распространенности атеросклероза в настоящее время таковы, что речь идет об «эпидемии» атеросклероза, охватившей цивилизованные страны и пришедшей на смену эпидемии инфекционных заболеваний. Атеросклероз расценивают как своего рода болезнь цивилизаций.

Цель исследования: выяснить степень информированности студентов Кировского ГМУ о факторах риска развития атеросклероза.

Задачи: проведение анкетирования среди студентов Кировского ГМУ, анализ статистических данных, изучение литературных источников.

Методы и материалы:

На первом этапе было проведено анкетирование. Содержание вопросов анкеты направлено на различные аспекты оценки осведомлённости студентов об атеросклерозе. В нём приняло участие 100 студентов Кировского ГМУ. Из них 75% - женщины, 25% - мужчины. Подавляющему большинству было 20 лет (40%), 21 год – 21%, 19 лет – 11%, 22 года – 10%, 23 и 24 года – по 4%, 18 и 25 лет – по 3%, 26 лет – 1%

На втором этапе была проведена статистическая обработка данных с использованием программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования:

При оценке информированности студентов о проблеме развития атеросклероза было выявлено, что 85% опрошенных знают, что холестерин – это органическое соединение. Остальные 15% ответили неправильно.

Большая часть опрошенных знает, что у мужской части населения предрасположенность к развитию атеросклероза больше, чем у женского.

58,2 % проанкетированных студентов в курсе, что суточная потребность холестерина составляет примерно 250-300 мг. Так же большинство опрошенных точно знают, что норма содержания общего холестерина в крови составляет около 5,5 ммоль/л.

При опросе значительная часть респондентов верно определила составляющие липидного спектра. На вопрос о формировании тяжелых патологий при длительном употреблении большого количества холестерина только 22,7 % опрошенных выбрали неправильный ответ. Холестерин не вызывает нарушения генетического аппарата

Проанкетированные студенты знают, что к продуктам с повышенным содержаниям холестерина относятся: яичный желток, майонез, колбасные изделия, сливочное масло и жирные молочные продукты. С таким же успехом были правильно выбраны и продукты с пониженным уровнем холестерина: грейпфрут, творог, водоросли, гранат, чеснок и лимон. К сожалению, у большинства студентов (57, 1%) в рационе преобладают продукты, с повышенным содержанием холестерина

71,1% опрошенных знают о том, что статины являются лекарственными препаратами, снижающими уровень холестерина

На вопрос о сроках образования атеросклеротической бляшки подавляющее большинство респондентов ответили неверно: 37,1% считают, что бляшка образовывается за 10 лет, а 53, 6% - за 10 месяцев. Только 9,3% правильно ответили – бляшка образуется в течение 20 лет.

Большая часть студентов знает, что к факторам риска увеличения уровня холестерина относятся: возраст, пол, наследственность, курение, употребление алкоголя, несбалансированное питание и малоподвижный образ жизни.

К положительному факту можно отнести то, что у 44,1% нет жалоб на симптомы атеросклероза. Но у некоторых студентов есть частые головные боли (29%), снижение работоспособности (33,3%) и ухудшение памяти (26,9%)

Выводы:

Студенты Кировского ГМУ высоко информированы о факторах риска развития атеросклероза.

Большинство опрошенных достаточно компетентны в вопросах роли, классификации холестерина и его влиянии на организм при повышенном употреблении. Так же на основе опроса можно составить следующие рекомендации по повышению уровня информированности о факторах риска развития атеросклероза:

- Индивидуальный подход к пациентам, необходимо обращать внимание на имеющиеся заболевания человека и общее самочувствие во избежание усугубления ситуации.
- Введение основ правильного питания среди населения, многие люди не придерживаются основ рационального употребления пищи по незнанию последствий.
- Охват в СМИ достоверных сведений о вреде повышенного употребления холестерина с продуктами питания и о пользе его умеренного потребления

Библиографический список:

1. Чамсутдинов Н.У., Лбдулманапова Д.Н. 4-17 Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по факультетской терапии: Учебное пособие. — М. Издательство Перо, 2017. — 538 с. ISBN 978-5-906988-41-6

2. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учебник / Мухин Н.А., Моисеев В.С. - М. : ГЭОТАРМедиа, 2020.

3. Н. Н. Аничков (1885-1964)Текст научной статьи по специальности «Атеросклероз и дислипидемии» https://cyberleninka.ru/article/n/n-n-anichkov-1885-1964

4. Атеросклероз: иммуногенетические и метаболические звенья патогенеза (клинико-экспериментальное исследование) тема диссертации и автореферата по ВАК РФ 14.03.03, доктор медицинских наук Турмова, Екатерина Павловна https://www.dissercat.com/content/ateroskleroz-immunogeneticheskie-i-metabolicheskie-zvenya-patogeneza-kliniko-eksperimentalno

Ивентьева Е.М.
Iventyeva E.M.
Студент, Кировский государственный медицинский университет. Кафедра гигиены.

Ванеева А.С.
Vaneeva A.S.
Студент, Кировский государственный медицинский университет. Кафедра гигиены.

Петров С.Б.
Petrov S.B.
Научный руководитель: заведующий кафедры гигиены. Кировский государственный медицинский университет

УДК 616.34

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА НА РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

THE INFLUENCE OF THE LIFESTYLE STUDENTS OF THE KIROV MEDICAL UNIVERSITY ON THE DEVELOPMENT OF GASTROINTESTINAL TRACT PATHOLOGY

Аннотация: В данной статье проводится исследование, касаемо изучения влияния образа жизни студентов Кировского государственного медицинского университета на развитие патологии желудочно-кишечного тракта. Исследование проводится методом анкетирования и сравнения по статистическому критерию. Вопросы анкеты имеют разные темы, начиная от питания, заканчивая сном и вредными привычками.

Resume: This article conducts a study regarding the study of the influence of the lifestyle of students of the Kirov State Medical University on the development of pathology of the gastrointestinal tract. The research is carried out by the method of questioning and comparison by statistical criterion. The questions in the questionnaire have different topics, ranging from nutrition, ending with sleep and bad habits.

Ключевые слова: Хронические заболевания ЖКТ, здоровый образ жизни, вредные привычки,питание.

Key words: Chronic gastrointestinal diseases, healthy lifestyle, bad habits, nutrition.

Актуальность:

В настоящее время отмечаются неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья молодежи, что в полной мере относится и к студенческой среде. Различные расстройства желудочно-кишечного тракта особенно ярко проявляются в студенческие годы, что обусловлено режимом труда, неуклонно увеличивающейся учебной нагрузкой, неправильным образом и стилем жизни студентов, материальным положением. Актуальность данной темы состоит в сравнении динамики появления заболеваний ЖКТ у студентов медицинского университета, являющихся сведущими в вопросах профилактики и лечения данных заболеваний.

Цель: Изучение динамики развития заболеваний желудочно-кишечного тракта студентов медицинского университета

Задачи:

1. Изучить научную литературу по данной теме.
2. Провести анкетирование студентов медицинского университета
3. Проанализировать полученные в ходе анкетирования результаты
4. Выявить закономерности в появлении заболеваний ЖКТ
5. Сделать выводы о проделанной работе.

Материалы и методы исследования: В исследовании приняли участие 40 студентов третьего и пятого курса Кировского медицинского университета, из них 9 юношей и 31 девушки. Изучение динамики развития заболеваний желудочно-кишечного тракта студентов медицинского университета. проводилось методом анкетирования. Анкета состояла из вопросов, условно разделенных на блоки: режим и рациональность питания, режим дня, занятия физической культурой и спортом, вредные привычки и другое. Вопросы имели разные характер и выбор только одного ответа. Студенты

выбирали один ответ, который в большей степени соответствовал их мнению и образу жизни. Для проведения исследования было проведено анкетирование студентов Кировского ГМУ с помощью сервиса Google – Формы. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы Microsoft Excel. Для определения достоверности данных использовался непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты исследований: На вопрос «Имеете ли вы хронические заболевания ЖКТ?» 20% респондентов имеют патологию ЖКТ, а именно: у 9 человек хронический гастрит, у 4 – хронический панкреатит, у 3 – гастродуоденит, у 2– хронический энтероколит, колит, гастрит, у 2 – язва двенадцатиперстной кишки и у одного человека синдром раздраженного кишечника; а 80% студентов не имеют заболеваний желудочно-кишечного тракта. На вопрос «Как часто вы питаетесь в течение дня?» 5% студентов ответили, что «один раз», 35% ответили «два раза», 42,5% ответили, что питаются «три раза» и 17,5% ответили «четыре и более раз». В течение дня 80% опрошенных питаются в столовой, 12,5% в ближайшей к университету точке питания, 7,5% студентов приносят еду с собой. На вопрос «Если вы питаетесь в КГМУ, то какую продукцию приобретаете чаще всего?» 82,1% опрошенных ответили, что второе, 7,7% - первое, 7,7% - салаты, 36,7% - чай или кофе, 30% - сок, газированную воду, 7,7% - выпечку и 8,3% - шоколад, батончики. Анализ частоты перекусов в промежутках между завтраком, обедом и ужином показал, что 65% респондентов перекусывают один-два раза и 35% не перекусывают. На вопрос «Как часто вы едите свежие фрукты и овощи» 60% студентов ответили, что «меньше, чем 3-4 раза в неделю», 40 % «1-2 раза в день», и ни одного ответа « три раза в день». По результатам анализа анкет 40% респондентов употребляют жареную пищу один раз в неделю, 37,5% 3-4 раза в неделю и 22,5% едят жареную пищу почти каждый день. Из числа опрошенных, наибольшее количество занимается спортом 1-2 раза в неделю (75%), 1 раз в месяц – 12,5%, а реже 1 раза в месяц – 12,5%. На вопрос «Как поздно вы ложитесь спать?» из числа всех опрошенных, были получены следующие результаты: больше половины респондентов ложится спать в промежутке между 23:00 и 00:00, а именно 60%, наименьшее же количество ложится спать с 21:00 до 22:00, что составляет 10%. По результатам анкетирования было выявлено, что спят 8-9 часов 2,5% опрошенных, 6-8 часов – 60%, 4-6 часов – 32,5%, менее 4 часов – 5%. При ответе респондентов на вопрос «Сколько сигарет в день вы курите?» было выявлено, что наибольше количество опрошенных не курит, а именно 80%, пару раз в неделю курят 2,5%, 1-2 сигареты в день курят 7,5% опрошенных, до 1 пачки в день – 10%, 2-3 пачки в день –нет таких опрошенных. Чаще всего опрошенные студенты не употребляют алкоголь- 30%, 1-3 раза в месяц 25%, употребляют по праздникам-22,5, и 1-3 раза в неделю- 22,5 %. Из результатов анкетирования было выявлено, что большая часть респондентов проживают дома с родителями, снимают квартиру 42,5% опрошенных, проживают в общежитии 12,5%. Наибольшее количество опрошенных связывают нарушение питания с недостатком времени 40%, 30% с нежеланием готовить, и 30% опрошенных считают, что режим не нарушен.

Выше были представлены диаграммы по всем вопросам анкеты, которые были предложены студентам. Далее мы решили сравнить влияет ли образ жизни студентов на развитие патологии ЖКТ, использовав непараметрический критерий Манна-Уитни. U-критерий Манна-Уитни — статистический критерий, используемый для оценки различий между двумя независимыми выборками. В данной работе мы сравнивали студентов, которые придерживаются здорового образа жизни и рационального питания, со студентами, которые имеют вредные привычки и не придерживаются правильного питания. Полученное эмпирическое значение Uэмп (98) находится в зоне незначимости, что свидетельствует о том, что несоблюдение здорового образа жизни и несоблюдение рационального питания приводит к патологии ЖКТ.

Вывод: Таким образом, в ходе работы выяснилось, что в процессе обучения в медицинском университете показатели здоровья студентов снижаются. Причиной этому служит систематическое нарушение принципов рационального питания, режима дня, а также наличие вредных привычек. Не смотря на обучение этим принципам, у студентов имеется тенденция к росту патологии желудочно-кишечного тракта. Это подтверждает необходимость провести ряд мероприятий, направленных на формирование мотивации к ведению здорового образа жизни.

Выявлено, что неправильный образ жизни студентов, нарушение их правильного питания из-за студенческого образа жизни влияет на развитие различных патологий ЖКТ.

Библиографический список:

1.Давиденко Д.Н. Здоровый образ жизни: Учебное пособие. СПб.: СПбГУ, 1996.

2. Особенности питания, элементного статуса организма учащихся и их успеваемость / С. В. Нотова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. — 2007. — № 5. — С.70–73.

Санникова Наталья Романовна
Sannikova Natalia Romanovna
Студентка Кировского государственного медицинского университета, лечебный факультет.

Соловьева Кристина Сергеевна
Solovieva Kristina Sergeevna
Студентка Кировского государственного медицинского университета, лечебный факультет.

Ушакова Анастасия Вячеславовна
Ushakova Anastasia Vyacheslavovna
Студентка Кировского государственного медицинского университета, лечебный факультет.

Утенкова Е.О.
Utenkova E.O.
Научный руководитель, профессор, д.м.н.

УДК 616.036-12

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

POSTCOVOID SYNDROME AND CHRONIC DISEASES

Аннтотация: В исследовании оцениваются клинические проявления постковидного синдрома у людей, переболевших COVID-19, и имеющих в анамнезе хронические заболевания. Анкетирование и анализ полученных данных проводилось среди 85 человек от 18 до 74 лет. В результате было выявлено, что постковидный синдром может развиваться независимо от наличия или отсутствия хронических заболеваний. Данная проблема является актуальной, так как последствия коронавирусной инфекции остаются до конца неизученными у лиц с различными хроническими заболеваниями.

Abstract: The study evaluates the clinical manifestations of postcovid syndrome in people who have had COVID-19 and have a history of chronic diseases. The survey and analysis of the data obtained were conducted among 85 people aged 18 to 74 years. As a result, it was revealed that postcovid syndrome can develop regardless of the presence or absence of chronic diseases. This problem is urgent, since the consequences of coronavirus infection remain completely unexplored in people with various chronic diseases.

Ключевые слова: постковидный синдром, хронические заболевания, артериальная гипертензия, заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания ЛОР-органов, слабость, нарушение обоняния.

Keywords: postcovid syndrome, chronic diseases, arterial hypertension, diseases of the gastrointestinal tract, diseases of the ENT organs, weakness, violation of the sense of smell.

Постковидный синдром – признаки и симптомы, которые развиваются во время и/или после инфекции COVID-19, продолжаются свыше 12 недель и не объясняются альтернативным диагнозом. [1,1] Однако он до конца еще не изучен. Одной из причин является отсутствие точного определения постковидного синдрома и критериев его диагностики, так же как четких критериев диагностики острого COVID-19. [2, 3] Наиболее распространенными симптомами постковидного состояния являются: усталость, одышка, боль в суставах, боль в грудной клетке, кашель, нарушение обоняния и вкуса, когнитивные нарушения, депрессия, головные боли. Можно предположить, что в связи с недавно развившейся и еще до конца неизученной инфекцией, что коронавирус поражает органы с хроническими заболеваниями и нередко обостряются скрытые болезни - наиболее подвержены лица с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, аутоиммунными заболеваниями, хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой.

В работе была поставлена цель - выявить взаимосвязь постковидного состояния с хроническими заболеваниями у людей, переболевших COVID-19 и оценить длительность и частоту постковидных симптомов у людей с хроническими заболеваниями.

В исследовании приняли участие 85 человек разных возрастных категорий, которые переболели COVID-19: от 18 до 44 лет – 61 человек, 45-59 лет – 16 человек, 60 – 74 лет – 8 человек. Было проведено анонимное анкетирование в формате Google-формы. Данная анкета состояла из ряда

вопросов, касающихся наличия или отсутствия хронических заболеваний, а также наличия, характера и длительности симптомов после перенесенного COVID-19. Длительность симптоматики постковидного состояния при различных хронических заболеваний оценивалась с помощью интервальных вариационных рядов и расчета среднеквадратического отклонения с помощью формул в программе Exel.

В результате анкетирования было выявлено, что у всех исследуемых обнаружены симптомы постковидного состояния, в том числе у тех, у кого имеются хронические заболевания. Среди анкетируемых хронические заболевания присутствовали у 35 человек, что составило 41%, отсутствовали какие-либо хронические заболевания у 50 человек – это 59% исследуемых.

Наиболее распространенным оказалось артериальная гипертензия, которая присутствовала у 11 человек, что составило 13% анкетируемых; заболевания желудочно-кишечного тракта, в том числе гастрит, панкреатит, холецистит, язва двенадцатиперстной кишки – были выявлены у 8 человек, что составило 9% исследуемых; заболевания эндокринной системы (гипертиреоз, аутоиммунный тиреодит) выявлены у 2 человек – 2% исследуемых; заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит, хронический гайморит, хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких) были выявлены у 9 человек, что составило 10,5%; заболевания нервной системы (ВСД, панические атаки) были выявлены у 1 человека, на их долю пришлось 1% исследуемых. Бронхиальная астма присутствовала у 2 человек, составила 2%. Среди исследуемых были выявлены урологические заболевания - мочекаменная болезнь, выявленная у 2 человек, что составило 2% анкетируемых.

Наиболее распространенными жалобами после перенесенной коронавирусной инфекции среди страдающих артериальной гипертензией были: слабость у 90% опрошенных; выпадение волос у 72%; головная боль у 54,5%, и у 45,5% исследуемых отсутствовало обоняние.

Среди пациентов с заболеваниями ЛОР–органов (в том числе такие болезни как хронический тонзиллит, гайморит, хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких), наиболее частая жалоба - слабость, отмечалась у 88% исследуемых; выпадение волос беспокоило 67% опрошенных; жалобы на нарушение обоняния встречались у 55%; периодическое повышение артериального давления – у 44%, также как и головная боль – наблюдалась у 44% опрошенных.

Заболевания желудочно-кишечного тракта, такие как гастрит, панкреатит, холецистит, язва двенадцатиперстной кишки наблюдались у 8 человек. Основными жалобами в этой группе были: слабость присутствовала у 100% опрошенных, головная боль - у 62,5%, нарушение обоняния, выпадение волос и тахикардия составили по 75%.

Среди пациентов с заболеваниями щитовидной железы (гипертиреоз, аутоиммунный тиреоидит), бронхиальной астмой, мочекаменной болезнью, паническими атаками и вегетосудистой дистонией основными жалобами так же были слабость, нарушение обоняния и выпадение волос.

Методом расчета была проанализирована средняя длительность жалоб при каждом хроническом заболевании исследуемых. При ЛОР-заболеваниях длительность слабости в среднем 11±6 дней, головная боль 15±4 дней, нарушение обоняния 16±11 дней, выпадение волос 30±9 дней, подъем АД 10±7 дней. При артериальной гипертензии: слабость 24±14 дней, головная боль 11±2 дней, нарушение обоняния 21±13 дней, выпадение волос 31±12 дней. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта: слабость - 16±9 дней, головная боль 5±3 дней, нарушение обоняния 25±13 дней, выпадение волос 23±14 дней. При заболеваниях щитовидной железы: слабость длилась 27±10 дней, нарушение обоняния 17 дней, выпадение волос 20±17 дней. При бронхиальной астме: слабость 10±7 дней, нарушение обоняния 7 дней, выпадение волос 17 дней. При мочекаменной болезни слабость 12±5 дней, нарушение обоняния 12±5 дней, выпадение волос 17 дней. При панических атаках слабость -37 дней, нарушение обоняния 17 дней, выпадение волос 37 дней.

После перенесенной коронавирусной инфекции разнообразные остаточные клинические симптомы, функциональные и рентгенологические изменения имеют различную выраженность и динамику и могут сохраняться в течение неопределенно долго времени. [3,4] Анализируя данные и подводя итоги исследования, можно сказать, что постковидный синдром может развиваться независимо от наличия или отсутствия хронических заболеваний. Его проявления также не зависят от хронического поражения различных органов и систем. Основными симптомами являются слабость, головные боли, нарушения обоняния, выпадения волос и повышение артериального давления. У людей, имеющих таких хронические заболевания как артериальная гипертензия, заболевания ЖКТ (гастрит, панкреатит, холецистит, язвы двенадцатиперстной кишки), заболевания ЛОР-органов, эндокринологические заболевания (гипертиреоз, аутоиммунный тиреоидит) клиника постковидного состояния проявляется наиболее ярко и длительно присутствовали симптомы. При таких хронических

заболеваниях как мочекаменная болезнь, бронхиальная астма, клиника постковидного синдрома протекает менее выражено и наиболее частые симптомы отсутствуют или наблюдаются меньший период времени.

Библиографический список:

1. Клинические протоколы МЗ РК – 2021. Министерства здравоохранения Республики Казахстан
от «16» сентября 2021 года. Протокол №147. Состояние после COVID-19 (постковидный синдром) у взрослых – 54 с. https://diseases.medelement.com/disease/состояние-после-covid-19-постковидный-синдром-у-взрослых-кп-рф-2021/16888 - Текст: электронный.

2. Рекомендации по ведению больных с коронавирусной инфекцией COVID-19 в острой фазе и при постковидном синдроме в амбулаторных условиях. Под ред. проф. Воробьева П.А. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2021; 7-8: 3-96. https://doi.org/10.26347/1607-2502202107-08003-096 - Текст: электронный.

3. Временные рекомендации по организации медицинской реабилитации пациентов с постковидным синдромом, в медицинских организациях, подведомственных ФМБА России. Утверждено приказом Федерального медико-биологического агентства от 20.05.2021 г. №91 - 101 с. - Текст: электронный.

Родникова Екатерина Алексеевна
Rodnikova Ekaterina Alekseevna
Студент Тихоокеанского государственного медицинского университета, факультет общественного здоровья.

УДК 159.9

ПСИХОТЕРАПИЯ ГОРЯ И УТРАТЫ: ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ ИСТОЧНИКОВ

PSYCHOTHERAPY OF GRIEF AND LOSS: OVERVIEW OF FOREIGN SOURCES

Аннотация.: Психологическая помощь в ситуации горя является востребованной сферой практической деятельности, однако в России это направление остается мало исследованным. Поэтому был проведен анализ зарубежных источников по теме психотерапии горя и утраты с целью структурирования и создания понятного и удобного в применении подхода. В статье описывается схема психотерапевтической работы с горем и утратой, состоящая из трех этапов: этап кризисной поддержки, кризисное вмешательство, повышение адаптивных способностей. В ходе анализа теоретических исследований приводятся примеры приемов и стратегий при работе с «горюющими» на каждом из этапов.

Abstract: Psychological assistance in a situation of grief is a sought-after field of practical activity, but in Russia this area remains little studied. Therefore, an analysis of foreign sources on the topic of grief and loss psychotherapy was carried out in order to structure and create an understandable and easy-to-use approach. The article describes the scheme of psychotherapeutic work with grief and loss, consisting of three stages: the stage of crisis support, crisis intervention, and improvement of adaptive abilities. During the analysis of theoretical studies, examples of techniques and strategies are given when working with "grieving" at each stage.

Ключевые слова: горе, утрата, этап кризисной поддержки, кризисное вмешательство, повышение адаптивных способностей, самораскрытие, продолжение отношений с умершим, функционально-аналитическая психотерапия, групповые технологии терапевтической помощи.

Key words: grief, loss, the stage of crisis support, crisis intervention, improvement of adaptive abilities, self-disclosure, continuation of relations with the deceased, functional-analytical psychotherapy, group technologies of therapeutic assistance.

Смерть близких, особенно неожиданная, может серьезно отразиться на человеке, повлиять на его эмоциональную, физическую, когнитивную, поведенческую и духовную сферы человека, переживающего горе или утрату [27]. На то, как человек реагирует на утрату, влияет целый набор различных факторов, таких как: ситуация утраты близкого человека; значимость фигуры умершего, место, которое он занимал в жизни горюющего; присутствие или отсутствие человека при ситуации смерти близкого; сама личность переживающего утрату (со всеми ее чертами); опыт подобных переживаний, включая те знания и представления о смерти, которые человек приобрел к моменту ухода из жизни любимого человека; а также поддержка, которая помогает пережить и справиться с ситуацией необратимой утраты [14]. Когда человек переживает смерть близкого, в частности внезапную, он может столкнуться со следующими признаками горя:

1. Онемение, ощущение, что все вокруг является нереальным, а он просто выдумывает или воображает;
2. Ожидание того, что умерший любимый человек вернется, и тогда они смогут вместе продолжать жить, как это было раньше;
3. Ощущение того, что близкий человек «общается» с ним, будучи мертвым, то есть между ними существует какая-то связь;
4. Трудности в удержании внимания и запоминании вещей или событий;
5. Чувства гнева, несправедливости, досады, раздражения, беспомощности и безнадежности по отношению к той ситуации, в которой человек оказался;
6. Ощущения невероятной пустоты/опустошенности, одиночества, самообвинения или отчаяния;
7. Чувство вины – если бы только он бы сделал больше, был бы лучше, не ушел из дома и так далее [5; 16; 26].

Как показывают зарубежные исследования, большинство людей восстанавливаются после утраты без какого-либо вмешательства специалистов и самостоятельно могут вернуться к привычному течению своей жизни [2, 20]. Однако около 15 % переживающих горе или утрату испытывает трудности на протяжении большого отрезка времени, что, в свою очередь, повышает вероятность возникновение симптомов ПТСР [18]. Как показывают исследования, именно таким людям необходима психотерапевтическая помощь [2; 20].

Проблемы актуального горя и утраты занимают видное место в зарубежной психиатрии, психотерапии и психологии, однако отражения в отечественной специальной литературе эти проблемы не получили. На сегодняшний день нет единого взгляда на работу с пациентами, имеющими осложненные реакции горя и утраты [23]. Выбор того или иного метода определяется индивидуально в каждом конкретном случае, основывается на личностных особенностях пациента и его мотивации, на оценке сложившейся ситуации, на определении уровня социальной поддержки, методологической ориентированности и предпочтениях врача [28; 27].

Данная статья отражает одну из возможностей структурирования подхода к психотерапевтическим воздействиям на реакции горя и утраты в зависимости от их стадии прохождения. Такой подход представляется понятным и удобным в применении, так как позволяет последовательно оценить клинические проявления реактивного расстройства, ориентировочно продолжать диагностический поиск, прогностически оценивать состояние пациента, находясь в уже определенной клинико-диагностической категории.

Существует несколько взглядов на описание нормальной, то есть неосложненной реакции горя через стадии. Наиболее удобной в практическом применении представляется стадийность, предложенная J. Bowlby, простая по форме, но достаточно ёмкая по содержанию. Автор предлагает проследить неосложненную реакцию утраты через 4 стадии:

1) эмоциональный шок, оцепенение, «окаменелость» или протест,
2) тоска и желание вернуть потерянного человека,
3) дезорганизация и отчаяние,
4) реорганизация (разрешение).

Схему психотерапевтического ведения можно подразделить на три этапа, каждый из которых имеет свои особенности [30].

Главное правило терапии – принятие того темпа работы и раскрытия пациента, который он сам предлагает. Контроль результатов терапии должен отслеживаться специалистом постоянно [29; 24].

Этап кризисной поддержки (примерно соответствует окончанию I и II стадий по J. Bowlby. Основным приемом на этом этапе является выслушивание. Главным для врача будет нацеливание пациента на проговаривание своих переживаний. Человек должен вербализировать накопленные за период травматизации мысли, передать свое эмоциональное отношение к произошедшему. Таким образом, можно выявить суицидальную наклонности человека. Роль психотерапевта сводится к созданию эмпатической атмосферы беседы, сочувственному выслушиванию сказанного пациентом, исключая перебивание и конфронтационное поведение. Длительность монолога пациента может быть достаточно продолжительной, но необходимо, чтобы пациент сам завершил беседу. Проговаривание человеком случившегося с ним, своих переживаний, своего отношения к произошедшему значительно облегчает его общее моральное состояние, а значит, позволяет двигаться дальше. Уже на I этапе психотерапевту предлагается активно мобилизовать адаптивные варианты копинг поведения пациента и его личностную защиту с целью дезактуализации возможного суицидального поведения и направления собственных ресурсов на выход из сложившейся ситуации. Определение пациентом границ кризисной ситуации и готовность продолжить работу по выходу из нее характеризует завершение I этапа кризисной психотерапии. В среднем на данный этап приходится 2—4 сессии (редко больше), продолжительность может варьировать от 45 минут до часа и более [29; 24].

Кризисное вмешательство (соответствует II и III стадиям по J. Bowlby). На этом этапе совместно с пациентом проводится анализ причин (механизмов), приведших к патологическому состоянию, корректируются дезадаптивные формы поведения и установки пациента, обсуждаются способы разрешения сложившейся психотравмирующей ситуации. Пациенту предлагается оценить и скорректировать представление о себе, производится работа над чувствами вины и долга перед ушедшим, работа над возобновлением функционирования человека в обществе, что является важной составляющей адаптации. Особое внимание в психотерапии на II этапе следует уделить повышению самооценки пациента и снижению уровня общей тревоги. II этап кризисной психотерапии обычно продолжается около месяца, длительность сеанса оговаривается заранее [29; 24].

Стратегией при работе с горем и утратой на данном этапе может являться продолжение отношений, то есть поддержание психологической связи с умершим человек, что считается нормальной частью адаптации к потере [6]. Такие отношения являются естественной частью процесса оплакивания потери и попытки поддерживать постоянную связь с умершим, несмотря на изменившийся контекст отношений с ним. В зависимости от культурального контекста клиента продолжения отношений с умершим может быть либо действующим, либо наоборот, проблематичным. Большинство западных специалистов, как правило, работают в рамках системы культурных ценностей клиентов и стараются быть эмпатичными к их потребностям и традициям. Приведу пример одной технологии, которая называется метод исцеления горя, предложен он был Джоном Джеймсом (J.W. James) и Расселом Фридманом (R. Friedman) [13]. Данный метод основывается на том, что горе состоит из противоречивых эмоций, которые у каждого человека могут возникнуть в ответ на любые потери или изменения привычных моделей поведения. Джеймс и Фридман утверждали, что непроработанное горе почти всегда включает в себя чувства, которые не были выражены [12]. С помощью этого метода люди, переживающие горе или утрату, учатся выражать свои чувства и завершать эмоциональные отношения с объектом горевания. Преимуществом данного метода считается то, что он может быть использован как в индивидуальной, так и в групповой работе. Работа с этим методом состоит из нескольких этапов. На первом этапе клиент строит граф отношений, который наглядно отражает все значимые, то есть и позитивные, и негативные аспекты отношений с умершим человеком. На втором этапе клиенту предлагается заполнить таблицу, которая включает в себя 3 столбца. В первой графе «извинения» клиенту необходимо перечислить то, за что хочется извиниться перед умершим человеком; в графе «прощение» — то, за что клиент готов его простить; все невыраженные эмоциональные высказывания, которые субъективно не попадают в вышеперечисленные категории, находятся в графе «значимые эмоциональные высказывания». На третьем этапе клиенту предлагается написать письмо тому, по ком он скорбит. В письме клиенту предлагается выразить свои эмоции, извиниться и простить человека, которому адресовано письмо. Затем клиенту просят прочитать это письмо вслух, это поможет ему вербализовать свои чувства, а также быть услышанными другим человеком (психологом или группой). Авторы этого метода предполагают, что прочтение письма является важным этапом отпускания боли, вызванной горем, поэтому письмо может завершить процесс исцеления [13].

Этап повышения адаптивных способностей (соответствует III и IV стадиям по J. Bowlby). На этом этапе проводится тренинг еще неопробованных способов разрешения выхода из кризисной ситуации, вырабатываются и закрепляются навыки самоанализа и определяются возможные дезадаптивные когнитивные механизмы. Б. Д. Карвасарский и др. (2002) указывают на то, что в завершении курса кризисной психотерапии необходимо введение новых значимых персон для поддержки и помощи после окончания психотерапевтических сеансов, и тут следует отметить, что введение новых значимых тем лучше, чем раньше это происходит по времени. Практически этап хорошо реализуется различными методами поведенческой психотерапии. С того момента, когда пациенту уже больше не требуется помощь психотерапевта, психотерапию можно считать завершенной [29; 24].

Функционально-Аналитическая Психотерапия (ФАП) считается поведенческой терапией третьей волны [11], и представляет собой комплексный подход к терапии, который сочетает в себе двойственность между сердцем и теорией, душой и интеллектом. ФАП основывается на предположении, что большинство расстройств связаны с межличностным дефицитом в установлении и поддержании интимных отношений и что эмоционально близкие отношения между терапевтом и клиентом могут внести значительный вклад в терапевтический результат. В частности, акцент в ФАП делается на осознании терапевтом клинически релевантного поведения клиента (CRB) и его реагировании на него, то есть на сеансовые экземпляры проблемного поведения клиента (называемые CRB1s), а также на улучшение этих репертуаров (называемых CRB2s). Терапевты ФАП стремятся ослабить проблемное поведение, возникающее во время сеанса. В частности, если функция поведения в терапевтическом контексте соответствует функции проблемного поведения, для которого лечится клиент, то это поведение в сеансе будет идентифицировано как CRB1. Например, клиент с историей неудачных отношений, который определил ‘отталкивание людей’ как проблему, а затем ‘отталкивает терапевта’, игнорируя выражение его заботы, может рассматриваться как вовлеченный в CRB1. Существует пять правил проведения FAP [27]: (1) Следите за CRBS, (2) Вызывайте CRBs, (3) Усиливайте CRB2s естественным образом, (4) Наблюдайте потенциально усиливающие эффекты поведения терапевта по отношению к клиенту. CRBs и (5) Обеспечивайте функциональные

аналитически обоснованные интерпретации и реализуйте стратегии обобщения.

Анализ зарубежных источников [3; 4] и растущий объем исследований [1; 15] показывают важность использования самораскрытия терапевтом на каждом их этапов при работе с горем и утратой, включая эмоциональное раскрытие (информацию об эмоциональных реакциях терапевта на клиента) и раскрытие личной информации (информацию , связанную с личностью или опытом терапевта). Вопреки частоте, с которой эта тема появляется в литературе, исследования показали, что самораскрытие является одной из самых необычных терапевтических стратегий, составляющих 2% терапевтических вмешательств. Обзоры эмпирических исследований показывают, что время [10], тип и частота раскрытия информации, а также ожидания клиентов, являются важными соображениями при принятии решения об использовании этой методики [27].

Классическая психоаналитическая теория, например, препятствует даже минимальному самораскрытию и запрещает раскрытие значимых событий в личной жизни терапевта, считается, что это искажает перенос клиента и тем самым препятствует его окончательному разрешению [9]. Современные психоаналитические мнения о самораскрытии стали более гибкими, признавая полезность самораскрытия терапевта в продвижении терапевтических отношений [21].

Гуманистические терапевты рассматривают самораскрытие как способ продемонстрировать общительность и позитивное отношение к клиентам [22], к ним присоединяются феминистские терапевты, рассматривающие самораскрытие как средство выравнивания власти в терапевтических отношениях [17]. Мультикультурная теория также поддерживает самораскрытие терапевта, чтобы сделать прозрачными предубеждения терапевта и повысить его доверие к клиентам с различными культурными особенностями [25].

Возможно, единственным общим знаменателем этих разнообразных теоретических положений о самораскрытии является требование о том, что самораскрытие должно быть тщательно спланировано. Однако, что остается неясным, так это теоретическое соотношение и фактическая база для точного определения того, как и когда раскрытие информации на самом деле ведет к прогрессу клиента в терапии. Такую основу предлагает функциональная аналитическая психотерапия (ФАП) [27].

Также источником психологической помощи может выступать поддержка, которую клиенты, переживающие ситуацию горя или утраты, получают при посещении терапевтических групп или групп поддержки. По результатам зарубежных исследований, для горюющих значение таких групп является очень высоким и нужным [8]. Участники указывают на важность групп, являющейся местом, где их «реакции могут нормализоваться, и, где болезненные негативные чувства и мысли признаются и поддерживаются» [8]. Например, участники отмечают, что встречи с теми, кто переживает подобный опыт, возвращают им «чувство нормальности», создают возможность говорить о своих мыслях и чувствах, «не бояться удивления и осуждения», позволяют обмениваться идеями о горе, а также дают надежду на то, что после потери можно жить дальше [8]. Существуют методические рекомендации по вопросам организации групповой работы, в том числе, при работе с горем и утратой, которые включают в себя различные упражнения, которые могут быть использованы в тренингах типа «Исцеление от горя» [7]:

Информационный аспект представлен двумя основными задачами: 1) информирование потенциальных участников о наличии групп исцеления от горя; 2) информирование о цели, структуре, организации, а также о возможных последствиях и ограничениях участия в группе [7]. Для участников групп очень важным является знание информацию о том, как найти такую группу. Желательно, чтобы все учреждения, которые вступают в контакт с человеком, переживающим утрату, будь то похоронные агентства, полиция, врачи и др., должны иметь такую информацию и предлагать ее. Людям, переживающим скорбь, не всегда хватает энергии на поиск нужной информации, поэтому информация о таких группах должна быть представлена в СМИ и Интернете. Например, в Норвегии создан веб-сайт «www.sorggrupper. no», на котором представлена информация по всем группам поддержки в ситуации горя, работающим в Норвегии. На сайте описываются 3 типа таких групп: терапевтические, академические и группы самопомощи, реализуемые добровольцами.

Организационный аспект групп горя немного связан с предыдущим - информационным, так как информация о группе должна отражать специфику ее организации. Здесь важно обратить внимание на несколько вопросов, которые имеют принципиальное значение для групповой работы в ситуации горя и утраты: — это понимание возможностей групповой работы и ее ограничений (например, для клиентов, имеющих симптомы ПТСР или осложненное горе, целесообразнее было бы сначала получить индивидуальную психотерапевтическую помощь); — наличие ведущего в группе, который

был бы эмпатичным, демонстрировал гибкость, демократический стиль взаимодействия с участниками, а также имел опыт в управлении групповыми процессами; — «идеальная» группа должна состоять из 5—8 человек и иметь гомогенную структуру по отношению к типу утраты (например, наиболее предпочтительными однородные группы являются для скорбящих из-за самоубийства близкого); — для многих участников закрытая группа с регулярными встречами (в течение 1 года или 10 встреч) представляется более безопасной формой работы (в частности — терапевтической), хотя могут быть и другие формы, например, открытые группы, к которым можно присоединиться в любое время, или даже общественные мероприятия, повышающие осведомленность о смерти и получившие название кафе смерти (Death Cafe) [19]; — время с момента смерти близкого человека до посещения группы связано с типом потери (например, для родителей, потерявших своего ребенка до, во время или после рождения, важно принять участие в групповой работе сразу, а для тех, кто пережил неестественную смерть близкого, чаще нужно 6—12 месяцев, чтобы быть готовыми обсуждать это в группе) [7].

Выводы

Таким образом, обзор зарубежных исследований в контексте психотерапии горя и утраты позволяет сделать вывод, что большинство людей восстанавливаются после утраты самостоятельно, и только около 15 % «горюющим» необходима психотерапевтическая помощь.

При выборе психотерапевтического метода важно основываться на личностных особенностях клиента, его мотивации, на оценке сложившейся ситуации, на определении уровня социальной поддержки, методологической ориентированности. Каждый случай индивидуален, следовательно, и методы должна подбираться индивидуально.

Исходя из стадий реакции на утрату, выделенных Дж. Боулби была предложена структурированная схема психотерапевтического ведения клиентов, переживающих горе или утрату, состоящая из трех этапов, в каждом из них представлены конкретные методы и стратегии работы. На первом этапе (этап кризисной поддержки) клиенту необходимо проговорить все свои переживания, передать свое эмоциональное отношение к произошедшему. Основным же приемом психотерапевта будет являться выслушивание и создание эмпатической атмосферы. На этапе кризисного вмешательства (второй этап) проводится анализ причин, которые могли привести пациента к такому патологическому состоянию. Психотерапевту необходимо оценить и в дальнейшем скорректировать представления клиента о себе, провести работу над чувством вины, если оно есть. Конкретный прием, который можно использовать на данном этапе – это продолжение отношений с умершим, что, по мнению зарубежных специалистов, является нормальной частью адаптации к потере и рассматривается как естественная часть процесса оплакивания. На этапе повышения адаптивных способностей (третий этап) производится тренинг способов выхода из кризисной ситуации, вырабатываются и закрепляются навыки самоанализа. В этом могут помочь различные методы поведенческой психотерапии, например, функционально-аналитическая психотерапия (ФАП), при ее использовании важно помнить о 5 основных правилах: (1) Следите за CRBS, (2) Вызывайте CRBs, (3) Усиливайте CRB2s естественным образом, (4) Наблюдайте потенциально усиливающие эффекты поведения терапевта по отношению к клиенту. CRBs и (5) Обеспечивайте функциональные аналитически обоснованные интерпретации и реализуйте стратегии обобщения. CRB – это осознание терапевтом ролевантного поведение клиента во время сеанса, его реагировании на проблемное поведение клиента (CRB1s), а также на улучшение поведения (CRB2s). Для некоторых людей, переживающих горе или утрату источником психологической помощи может выступать поддержка, которую они получают при посещении терапевтических групп или групп поддержки. На каждом из этапов важно использовать самораскрытия терапевтом, включая эмоциональное раскрытие и раскрытие личной информации.

В завершении необходимо отметить, что вне зависимости от конкретных методов психотерапевтической помощи, используемых при работе с горем и утратой, психотерапевт должен оставаться чувствительным к потребностям своих клиентов, сохранять баланс между признанием страданий клиента и верой в наличие у него ресурсов, помогающих найти верный путь выхода из горя.

Библиографический список:

1. Barrett, M. S., Berman, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2001. 69. P. 597–603.

2. Boerner K., Wortman C. B., Bonnano G. A. Resilient or at risk? A four year study of older adults who initially showed high or low distress following conjugal loss // Journal of Gerontology. 2005. Vol. 60 (2). P. 67—73.

3. Constantine, M. G., Kwan, K. L. K. Cross-cultural considerations of therapist self-disclosure.

Journal of Clinical Psychology/In Session. 2003. 59(5). P. 581–588.

4. Counselman, E. F., Alonso, A. The ill therapist: Therapists' reactions to personal illness and it's impact on psychotherapy. American Journal of Psychotherapy. 1993. 47(4). P. 591–602.

5. Despelder L.A. The last dance: encountering death and dying. Mountain View, CA: Mayfield publishing Co. 2019.

6. Doughty E.A., Hoskins W.J. Death Education — An Internationally Relevant Approach to Grief // Journal for International Counselor Education. 2011. Vol. 3 (1). P. 25—38.

7. Dyregrov K., Dyregrov A., Johnsen I. Participants' recommendations for the ideal grief group: a qualitative study // OMEGA. Journal of Death and Dying. 2013. Vol. 67 (4). P. 363—377.

8. Dyregrov K., Dyregrov A., Johnsen I. Positive and negative experiences from grief group participation: a qualitative study // OMEGA. Journal of Death and Dying. 2013—2014. Vol. 68 (1). P. 45—62. doi:10.2190/OM.68.1.c

9. Edwards, C. E., Murdock, N. L. Characteristics of therapist self-disclosure in the counseling process // Journal of Counseling and Development. 1994. Vol. 72. P. 384–389.

10. Farber, B. A. Self-disclosure in psychotherapy practice and supervision: An introduction. Journal of Clinical Psychology. 2003. 59(5). P. 525–528.

11. Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. 2004. Vol. 35. P. 639–665.

12. James J.W., Friedman R. The grief recovery handbook: 20th anniversary expanded edition. New York: Harper Paperbacks, 2009. 224 p.

13. James J.W., Friedman R. The grief recovery handbook: The action program for moving beyond death, divorce, and other losses. New York: Harper Paperbacks, 1998. 173 p.

14. Kastenbaum R. The psychology of death. New York, NY: Springer. 2020.

15. Knox, S., Hill, C. E. (2003). Therapist self-disclosure: Research based suggestions for practitioners. Journal of Clinical Psychology/In Session. 2003. 59. P. 529–539.

16. Lutovich D.S. Nobody's child: how older women say good-bye to their mothers. Arnityville, NY: Baywood: 2017.

17. Mahalik, J. R., Van Ormer, E. A., & Simi, N. L. (2000). Ethical issues in using self-disclosure in feminist therapy. In M. Brabeck (Ed.), Practicing feminist ethics in psychology. 2000. P. 189–201.

18. Marks N.F., Jun H., Song J. Death of parents and adult psychological and physical well-being: A prospective U.S. National Study // Journal of Family Issues. 2007. Vol. 28 (12). P. 1611—1638

19. Miles L., Corr C.A. Death Cafe: What Is It and What We Can Learn From It // OMEGA. Journal of Death and Dying. 2015. Vol. 75 (2). P. 151—165.

20. Parkes C.M. Bereavement studies of grief in adult life. 3rd ed. London; New York: Routledge, 1996. 271 p.

21. Renik, O. The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure // The Psychoanalytic Quarterly. 1995. Vel. 64. P. 466–495

22. Robitschek, C. G., & McCarthy, P. R. (1991). Prevalence of counselor self-reference in the therapeutic dyad. Journal of Counseling and Development. 1991. 69(3). P. 218–221.

23. Rosner, R., Pfoh, G., Kotoucova, M. Treatment of complicated grief. Eur J Psychotraumatol. 2017. Vol. 2. 95 p.

24. Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., Skritskaya, N. Optimizing treatment of complicated grief: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2016. 73(7). P. 685-694.

25. Sue, D. W., Sue, D. Counseling the culturally different: Theory and practice. 1999. 3rd ed. New York: Wiley

26. Traumatic and nontraumatic loss and bereavement. Clinical theory and practice // Ed. Malkinson R., Rubin S.S., Witztum E. Connecticut: Madison, Psychological Press. 2020.

27. Tsai M., Plummer M.D. Therapist Grief and Functional Analytic Psychotherapy: Strategic Self-Disclosure of Personal Loss // Contemp Psychother. 2010. Vol. 10. P. 1-10.

28. Wagner, B., Knaevelsrud, C., Maercker, A. Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. Death Stud. 2016. Vol. 30. P. 429-453.

29. Wetherell, J. L. Complicated grief therapy as a new treatment approach. Dialogues Clin Neurosci. 2018. 14(2). P.159-166.

30. Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., Van Heeringen, K.. The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2017. 31(1). P. 69-78.

Научное издание

Коллектив авторов

Сборник статей LVIII Международной научной конференции
«Современные медицинские исследования»

ISBN 978-5-9907998-1-3

Научный медицинский журнал «Авиценна»
Кемерово 2021