

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ
У РАБОТНИКОВ
ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО
ТРАНСПОРТА С ПРИМЕНЕНИЕМ
ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**

Якупова Я.Г.

*НУЗ Отделенческая больница
ст. Комсомольск ОАО «РЖД»
Комсомольск-на-Амуре, Россия*

Проблема клиники и профилактики пограничных нервно-психических расстройств – одна из важнейших в современной психиатрии, неврологии и других разделах современной медицины.

Возросшие темпы жизни, обилие информации, значительное снижение доли физического труда и увеличение социальной напряженности в современных условиях жизни привели к резкому увеличению нагрузки на нервную систему и значительному росту психовегетативных расстройств. Психическая дезадаптация проявляется нарушением поведения и комплексом соматовегетативных сдвигов (Арьков В.В. 2009, Ушаков Г.К. 1987). Наибольший удельный вес занимают психогенные невротические расстройства с соматовегетативными и тревожными нарушениями) (Вейн А.М. 2003, Дмитриева Т.Б. и др. 2009). В МКБ-10 расстройства невротического круга представлены главным образом в разделе «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40-F48).

Цель. Целью работы является разработка ранней диагностики и лечения пограничных расстройств у лиц связанных с обеспечением безопасности движения поездов на железнодорожном транспорте.

Актуальность изучения данной проблемы у работников железнодорожного транспорта определяется их профессиональной деятельностью, связанной с нервно-эмоциональным перенапряжением, несистематическим режимом труда и отдыха, шумом, вибрацией, неблагоприятным микроклиматом. Своевременность

распознавания психовегетативных расстройств с соответствующей коррекцией способствует профилактике органических заболеваний (Вейн А.М. 2003).

Так как наиболее эффективным является комплексное этиопатогенитическое лечение, то необходима разработка эффективности комплекса факторов, действующих на различные звенья патогенеза пограничных расстройств. Применение только медикаментозной терапии, являющейся основным методом лечения, не является полностью адекватным методом коррекции психовегетативного синдрома, вследствие недостаточно дифференцированного действия вегетотропных фармакологических средств, дозозависимого эффекта, прекращающегося после их приема, нередко с ухудшением клинических проявлений, при наличии противопоказаний и побочных действий в условиях нарастающей аллергизации населения.

Материал и методы. Проведено клинико-инструментальное обследование и катamnестическое наблюдение 15 пациенток с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системой. Пациенты отбирались по результатам клинического обследования среди больных, которые направлялись на стационарное лечение в терапевтическое отделение НУЗ Отделенческой больницы на ст.Комсомольск с диагнозом шейный остеохондроз, вертебробазиллярная недостаточность, вегетативно-сосудистая дистония, невралгия и др. Возраст больных составил от 30 до 50 лет.

Всех больных подвергли клинико-неврологическому, лабораторно-инструментальному и нейропсихологическому исследованиям. Клиническое обследование включало изучение жалоб больных, тщательный неврологический осмотр, измерение АД. Инструментальные методы: УЗДГ сосудов шеи для изучения состояния церебральной гемодинамики; рентгенография шейного отдела позвоночника; метод кардиоинтервалографии для оценки вегетативного гомеостаза. Лабораторно-

биохимические исследования включали: общий анализ крови и мочи, определение липидов крови, выборочно определен уровень кортизола в крови. Нейропсихологические методы. Оценка депрессии и тревоги осуществлялась по шкалам Спилбергера-Ханина, Цунга, Шихана, Холмса-Рея. При оценке состояния ВНС использовался вопросник вегетативных нарушений, тест-индекс Кердо (Вейн А.М. 2003).

Обследования пациентов проводились до лечения и через 6 недель после окончания приема антидепрессантов.

После первичного обследования методом случайного отбора больные были разделены на 3 группы, в каждой группе имела больная у которой определялся уровень кортизола. Все пациентам, входящие в группы исследования, получали основное базовое медикаментозное лечение, включающее применение таких препаратов как мексидол 5,0мл в/в струйно №10, трентал 5,0мл на 200,0 мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно капельно №10, стимулотон (антидепрессант из группы ингибиторов обратного захвата серотонина) в течение 6 недель, при необходимости дополнительно получали гиполипидемические и гипотензивные препараты.

В первую группу вошли пациенты, получавшие базовую терапию. Во второй группе дополнительно проводилась иглорефлексотерапия в течение первых десяти дней. В третьей группе иглорефлексотерапия проводилась двумя курсами: первый курс из 10 сеансов в начале лечения, второй курс через 6 недель во время отмены антидепрессантов.

Результаты. При оценке клинического эффекта примененных методов получены следующие результаты. До лечения средний балл составил по шкале Спилбергера-Ханина реактивная тревожность – 56,8, личностная тревожность – 56,3, по шкале Холмса-Рея – 263, по шкале Цунга для оценки тревоги – 48,4, депрессии – 42,8, по шкале Шихана 61,7. По оценке ВНС: средний балл по вопроснику вегетативных расстройств – 29,2; по результатам

КИГ и оценке индекса Кердо было преобладание парасимпатического влияния. Уровень кортизола в крови в среднем составил 747,6 нмоль/л.

По результатам катamnестического исследования (через 12 недель) у пациентов, прошедших дополнительно 2 курса иглорефлексотерапии (в начале лечения и во время отмены приема антидепрессантов), наблюдался более стойкий результат лечения, чем у больных, не получавших данный вид лечения. После лечения в 1 группе средний балл составил по шкале Спилбергера-Ханина реактивная тревожность – 32,3, личностная тревожность – 33,5, по шкале Цунга для оценки тревоги – 31,8 депрессии – 30,4, по шкале Шихана 34,7. По оценке ВНС: средний балл по вопроснику вегетативных расстройств – 16,1. Во 2 группе средний балл по шкале Спилбергера-Ханина реактивная тревожность – 30,2, личностная тревожность – 31,2, по шкале Цунга для оценки тревоги – 30,2, депрессии – 29,4, по шкале Шихана 33,3. По оценке ВНС: средний балл по вопроснику вегетативных расстройств – 15. В 3 группе средний балл по шкале Спилбергера-Ханина реактивная тревожность – 25,2, личностная тревожность – 26,4, по шкале Цунга для оценки тревоги – 24,8, депрессии – 25, по шкале Шихана 28,4. По оценке ВНС: средний балл по вопроснику вегетативных расстройств – 13,2. Во всех группах уровень кортизола в крови снизился до нормы.

Выводы. Показатели уровня тревоги в 1 и 2 группе снизились к концу терапии на 40,4% и 43,7% соответственно, что меньше, чем в группе комплексной терапии – 52,8%. Аналогичная тенденция проявилась и в отношении уровня депрессии и вегетативных расстройств, что свидетельствует о предпочтительности сочетания рефлексотерапии с психофармакотерапией при наличии клинически выраженной депрессии и тревоги.

Таким образом, опыт исследования показал, что дополнение медикаментозной терапии иглорефлексотерапией в начале лечения и во

время отмены приема антидепрессантов существенно повышает эффективность лечения пациентов с соматоформными расстройствами и приводит к достижению более стойких резуль-

татов, а также показана взаимосвязь расстройств вегетативной нервной системы с эндокринной системой путем определения кортизола в крови.

Педагогические науки

НЕЛИНЕЙНАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ

Аскеров Ш.

*Бакинский государственный университет
Баку, Азербайджан*

В системе образования, проблем связанных с оценкой знаний не так мало. Аттестаты и дипломы, выдаваемые учебными заведениями, во многих случаях не отражают соответствующего уровня знаний. Ошибка преподавателя в один балл по пятибалльной шкале оценки приводит к погрешности в 20% при определении степени усвоения программы и эффективности расходования финансовых средств. Это очень большая погрешность и она, снижая качество образования, сильно задерживает развитие общества. Неточность в оценке знаний обучаемых, делает их несправедливыми в жизни и нарушает систему воспитания. Одни эти факты уже делают актуальным применение более прогрессивной шкалы оценивания знаний.

В предыдущих работах [1-2] были рассмотрены различные вопросы оценки знаний. Предложен линейный модель оценки и введен новый параметр, уточнены некоторые понятия.

Любое учебное заведение может быть представлено как «машина», преобразующая выделяемые государством и (или) гражданами финансовые и материальные средства, (а также время и энергии студентов) в знание обучаемых. Этот механизм условно можно назвать и «**машиной образования**». Если эта машина будет работать идеально, без изъянов, тогда вложенные государством (или обществом) средства полностью превратятся в знания, т.е. коэффициент полезного действия (к.п.д.), такой машины будет 100 процентов. Ни в тоталитарных, ни в демократических обществах, такую машину создать пока не удалось. Очевидно, к.п.д. реальной образовательной машины будет ниже 100 процентов, т.к. интеллектуальные способности и возможности усвоения у обучаемых также будут различаться.

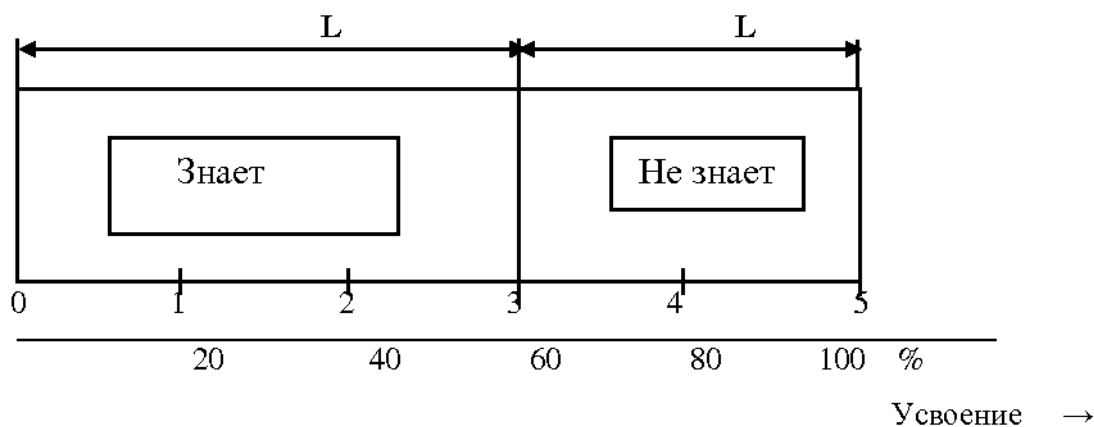


Рис. 1. 5-балльная шкала оценки знаний.

Здесь L_3 – длина отрезка «знает», $L_н$ – длина отрезка «не знает»