

КРИЗИСНЫЕ СИТУАЦИИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Б.М. ПИРЖАНОВА

Областная психоневрологическая больница, г. Кызылорда

Реалиями современной жизни стали кризисные ситуации, связанные со стихийными бедствиями, техногенными катастрофами, межнациональными конфликтами и другими экстремальными происшествиями, к которым человек, как правило, не является готовым. Одни люди становятся жертвами психического, физиологического или сексуального насилия, другие переживают горе в связи с утратой близкого человека в катастрофе. Несмотря на разницу в характере чрезвычайных ситуаций, травмирующие события порождают схожие реакции. Эти события выходят за рамки нормального человеческого опыта и ведут к сильнейшим переживаниям. В результате того, что человек стал жертвой или очевидцем чрезвычайного происшествия, у него возникает психологическая травма, которая приводит к самым различным изменениям:

- На уровне организма (постоянные головные боли, нарушение деятельности сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной систем и другое);
- На эмоциональном уровне (появляются раздражительность, агрессивность);
- На личностном уровне (утрата интереса к жизни, учебе, работе);
- На уровне поведения (неадекватность, алкоголизм, замкнутость) [1].

Причем эти изменения касаются не только людей, непосредственно переживших травматическую ситуацию, но и тех, кто их окружает: родителей, детей, друзей, родственников, которые видят боль близкого человека, но оказываются не в состоянии ему помочь.

Психологическая травма определяется специалистами как необычное событие, способное вызвать тяжелый психологический стресс и сопровождающееся чувством ужаса, страха и беспомощности.

От последствий психологической травмы страдает как сам потерпевший, так и члены его семьи, соседи, свидетели, спасатели, персонал больниц и даже морга. Нарушения, которые развиваются у человека после пережитой травмы, затрагивают все уровни человеческой жизнедеятельности: физиологические, личностные, межличностные, социального взаимодействия, приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно переживших события, но и у очевидцев и членов их семей. Нарушения, которые возникают в результате перенесенного стресса, могут способствовать формированию специфических семейных отношений, особых жизненных сценариев и влияют на всю дальнейшую человеческую жизнь. Особенно остро ситуации переживаются детьми. Наиболее часто причинами травмирующих обстоятельств оказываются массовые бедствия [4]:

Природные:

- Климатические – ураганы, смерчи, наводнения;
- Сейсмические – извержения вулканов, цунами, землетрясения, особенно с большой разрушительной силой вследствие внезапности возникновения.

Вызванные человеком несчастные случаи и бедствия:

- несчастные случаи – катастрофы на транспорте, железнодорожные, автомобильные, водные, на авиатранспорте;
- катастрофы в промышленности – взрывы химических веществ, газа, в шахтах, на военных складах, пожары;

- биологические аварийные ситуации, ядерные аварии;
- умышленные бедствия – терроризм, бунты, мятежи, социальные волнения, пытки, военные действия.

Война объединяет психотравмирующие факторы, присущие почти всем стихийным бедствиям и катастрофам.

Психологическая помощь в ЧС

За рубежом описаны различные методы и способы предотвращения нервного напряжения. Одними из эффективных средств профилактики напряженности является использование способов саморегуляции и восстановления себя.

Саморегуляция, самовнушение. На основе сложившихся ранее психологически установок и чувства уверенности в своих силах (подкрепленного позитивным опытом саморегуляции) применяются самоприказы, самоубеждения: Я могу! Я добьюсь! Я выдержу! Я доведу дело до конца! Я преодолею состояние апатии, напряженности, чрезмерного возбуждения! И т.д. Реализуя опыт аутотренинга, проводимого с помощью психолога, врача, человек осуществляет мышечную релаксацию, внушает себе чувство спокойствия, укрепляет уверенность в успехе, преодолевает эмоциональную напряженность, стимулирует себя к успешному продолжению трудовой деятельности. Также методами предотвращения нервного напряжения являются:

1. Психологическое просвещение.
2. Психотерапия.
3. Аутотренинг.
4. Рефлексотерапия.
5. Термовосстановительные процедуры [2].

Многие эксперименты обнаружили, что существует лишь один фактор, который реально препятствует успешному самоуспокоению, и этот фактор – непонимание того, что самоуспокоение может быть достигнуто произвольно.

Большинство людей не осознают, что сами создают собственное настроение и, следовательно, сами могут изменить его, и что такие изменения вполне естественны и нормальны [3].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии в двух томах. - М., Медицина, 1999;
2. Каменецкий Д.А. Неврология и психотерапия. Учебное пособие. М. Гелиос АРВ, 2001;
3. Аллен Д. Как привести дела в порядок: искусство продуктивности без стресса;
4. Информационно-методический сборник материалов по чрезвычайным ситуациям и гражданской обороне /Выпуски №3, 2005, №5, 2011, №8, 2011.

ТҰЖЫРЫМ

ТӨТЕНШЕ ЖАҒДАЙЛАР БАРЫСЫНДАҒЫ ДАҒДАРЫСТЫ ЖАҒДАЙЛАР

Б.М. Пиржанова

Облыстық психоневрологиялық аурухана, Кызылорда қ.

Осы мақала адамдар кездестіретін ТЖ барысындағы дағдарысты жағдайлар туралы баяндайды. Дегенмен де, адамдар өз көңіл-күйін өздері жасайтынын және, сәйкесінше, өздері оны өзгерте алатынын және осындай өзгерістер табиғи және қалыпты құбылыс екенін түсінбейді.

SUMMARY
CRISIS SITUATIONS IN EMERGENCY CONDITION

B.M. Pirzhanova
*District psychoneurological hospital,
Kyzylorda c.*

This article covers the crisis situations under emergency conditions that may arise. However people often do not realize that they create their own mood by themselves, therefore they can change it also by themselves, and these changes are perfectly normal.

УРОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

УДК 616-61-008.64:616-08-039.57

ПРИНЦИПЫ РАННЕЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ САНИТАРНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Г.И. КАДЕЕВА, И.Т. СУЛЕЙМАНОВА, Е.В. КВАК

*Областная клиническая больница,
Областной клиничко-диагностический медицинский центр,
г. Шымкент*

Современный подход к лечению хронической почечной недостаточности (ХПН) предполагает раннее начало консервативной терапии. Важнейшим условием профилактики и лечения хронической нефропатии являются раннее выявление поражения почек, адекватная нефропротективная консервативная терапия, своевременность направления больных на лечение программным гемодиализом, особенно в условиях первичной санитарно-медицинской помощи (ПСМП).

Разработка принципов оптимальной стратегии торможения ХПН и профилактики ее осложнений, реализация программы своевременной терапии почечных заболеваний позволяют значительно снизить экономические затраты и расходы на заместительную почечную терапию.

Принципы ранней терапии больных хронической болезнью почек в условиях ПСМП:

1) *Лечение основного заболевания, приведшего к развитию ХПН.* Энергичное этиотропное лечение на ранней стадии почечной недостаточности в ряде случаев дает очень хороший эффект: уменьшает выраженность явлений почечной недостаточности, позволяет замедлить ее прогрессирование. Например, антибактериальная терапия при хроническом пиелонефрите, иммуносупрессивная терапия при первичном и вторичном нефрите, максимально полная компенсация углеводного обмена при сахарном диабете.

2) *Режим.* Больному следует избегать переохлаждений, больших физических и эмоциональных нагрузок. Больной нуждается в оптимальных условиях работы и быта.

3) *Диета.* При терапии хронических болезней почек назначается стол №7. Диета при ХПН основывается на следующих принципах:

- ограничение поступления с пищей белка до 60-40-20 г в сутки в зависимости от выраженности почечной недостаточности. Имеется большое количество доказательств, что малобелковая диета замедляет развитие протеинурии и фиброза почек, а также улучшает выживаемость.

- обеспечение достаточной калорийности рациона, соответствующей энергетическим потребностям организма, за счет жиров, углеводов, полное обеспечение организма микроэлементами и витаминами;

- ограничение поступления фосфатов с пищей;
- контроль за поступлением натрия хлорида, воды и калия.

4) *Коррекция артериальной гипертензии.* Артериальная гипертензия – один из основных факторов прогрессирования нефросклероза. Целевой уровень антигипертензивной терапии – артериальное давление, не превышающее 130/85 мм рт.ст., а при протеинурии более 1 г/сут – не более 125/75 мм рт.ст. Препаратами выбора являются ингибиторы АПФ. Следует помнить о необходимости осторожного применения этих препаратов при выраженной стадии ХПН (при уровне креатинина в сыворотке крови более 300 мкмоль/л) вследствие возможного транзиторного ухудшения фильтрационной функции почек и развития гиперкалиемии. В этом случае предпочтительно назначение иАПФ с печеночным компонентом экскреции (фозиноприл). На стадии ХПН, как правило, монотерапия не приводит к стабилизации уровня гипертензии, поэтому рекомендуется комбинированная терапия антигипертензивными препаратами, относящимися к различным группам: ингибиторы АПФ + БРА (валсартан) + петлевые диуретики + антагонисты кальция + селективные β-блокаторы + препараты центрального действия. Нередко только четырехкомпонентная схема лечения артериальной гипертензии при ХПН способствует достижению желаемого уровня АД.

5) *Улучшение почечной гемомикроциркуляции.* Для улучшения реологических свойств крови активно используются антиагреганты и антикоагулянты. Рекомендуется прием пентоксифиллина 400-600 мг в сутки или дипиридамола 75 мг в сутки. Курсы антиагрегантов рекомендуется проводить в течение 1-3 месяцев 2-3 раза в год.

6) *Лечение ренальной анемии.* Основной причиной анемии при ХПН является снижение синтеза почечного эритропоэтина – гормона, обеспечивающего эритропоэз. Патогенетически обоснованным лечением почечной анемии является заместительная терапия рекомбинантным эритропоэтином человека. Лечение начинают в гемодиализном периоде при Hb < 110-120 г/л, Ht < 33-37%. На фоне лечения эритропоэтином усиливается дефицит железа сыворотки крови, поэтому для большего эффекта терапию эритропоэтином целесообразно сочетать с применением железосодержащих препаратов.