

Медико-биологические проблемы жизнедеятельности

Научно-практический журнал

№2

2009 г.

Учредитель

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

Главный редактор

В. П. Сытый (д.м.н., профессор)

Редакционная коллегия

В. С. Аверин (д.б.н., зам. гл. редактора), В. В. Аничкин (д.м.н., профессор), В. Н. Беляковский (д.м.н., профессор), Ю. В. Висенберг (отв. секретарь), Н. Г. Власова (к.б.н., доцент), Т. В. Гугешавили (к.м.н., доцент), В. В. Евсеенко (к.пс.н.), Н. Б. Кривелевич (к.м.н.), А. Н. Лызигов (д.м.н., профессор), А. В. Макарович (к.м.н., доцент), С. Б. Мельнов (д.б.н., профессор), Э. А. Надыров (к.м.н., доцент), А. В. Рожко (к.м.н., доцент), А. М. Скрябин (к.м.н.), А. Е. Силин (к.б.н.), Т. А. Стакан (к.м.н.), А. Н. Стожаров (д.б.н., профессор), О. В. Черныш (к.м.н.), Н. И. Шевченко (к.б.н.), А. Н. Цуканов (к.м.н.)

Редакционный совет

С. С. Алексанин (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), И. И. Дедов (д.м.н., академик РАМН, Москва), М. П. Захарченко (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), Я. Э. Кенигсберг (д.б.н., профессор, Минск), В. Ю. Кравцов (д.б.н., профессор, Санкт-Петербург), Е. Ф. Конопля (д.м.н., акад. НАН Беларуси, Гомель), Т. В. Мохорт (д.м.н., профессор, Минск), И. А. Новикова (д.м.н., профессор, Гомель), В. П. Ситников (д.м.н., профессор, Гомель), Н. Д. Тронько (д.м.н., профессор, Киев), А. Ф. Цыб (д.м.н., академик РАМН, Обнинск), Р. А. Часнойть (к.э.н., Минск), В. Е. Шевчук (к.м.н., Минск)

Технический редактор

С. Н. Никонович

Адрес редакции

246040 г. Гомель, ул. Ильича, д. 290,
ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ»,
редакция журнала, тел (0232) 38-95-00,
факс (0232) 37-80-97, <http://www.rcrm.by/>,
e-mail: mbr@rcrm.by

Подписано в печать 00.00.09.
Формат 60×90/ 8. Бумага офсетная.
Гарнитура «Times New Roman».
Печать цифровая. Тираж 000 экз.
Усл. печ. 14,2 л. Уч.-изд. л. 8,33.
Зак. 000

Издатель РНИУП «Институт радиологии».
ЛИ № 02330\ 0494047 от 03.02.09
246050, г. Гомель, ул. Федюнинского, 16

Отпечатано в Филиале БОРБИЦ
РНИУП «Института радиологии».
220112, г. Минск, ул. Шпилевского, 59

© Государственное учреждение
«Республиканский научно-
практический центр
радиационной медицины
и экологии человека» 2009

СОДЕРЖАНИЕ

Обзоры и проблемные статьи

<i>Вахтин Ю. Б.</i> Диссимбиотическая концепция старения (внутриклеточная эволюция – причина старения и смерти)	5
<i>Дравица Л. В., Конопляник Е. В.</i> Современные методы визуализации диска зрительного нерва в диагностике глаукомы	17

Медико-биологические проблемы

<i>Волчкова А. Ю., Чувакова Д. А., Шишкина Е. А.</i> Усовершенствование внутренней дозиметрии зубной эмали с помощью набора воксельных фантомов ..	25
<i>Жаворонок С. В., Яблонская И. В., Сычик С. И., Бортновский В. Н., Филонюк В. А.</i> Йодная обеспеченность населения юго-востока белорусского Полесья в современных условиях	33
<i>Жученко Ю. М., Чунихин Л. А., Власова Н. Г.</i> Сравнительный анализ оценок текущей дозы внутреннего облучения населения, проживающего на загрязненных радионуклидами территориях	43
<i>Миронов В. П., Маленченко А. Ф., Кудина О. П.</i> Кинетика накопления радиойода в щитовидной железе при йодном дефиците	53
<i>Тронько Н. Д., Олейник В. А., Пастер И. П., Терещенко В. П., Деревянко А. А., Чайковская Л. В., Шпак В. М., Замотаева Г. А., Терехова Г. Н., Однолько Т. А., Hatch M., Masnyk I. J., Howe G. R., Zablotska L. V.</i> Клинико-эпидемиологические результаты первого скринингового обследования участников совместного научного Украинско-Американского тиреоидного Проекта	59
<i>Шевченко Н. И., Прокопович А. С., Логинова О. П.</i> Микробный пейзаж бактериемии у онкогематологических больных Гомельской области	68

Клиническая медицина

<i>Бобр Т. В., Рожко Ю. И.</i> Осцилляторные потенциалы у больных сахарным диабетом	74
<i>Григорьева И. В.</i> Применение интегративной психотерапии методом десенсибилизации и переработки движениями глаз у пациентов с раком щитовидной железы	79
<i>Копыток А. В., Андрианова Т. Д.</i> Повторная инвалидность вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС взрослого населения при ишемической болезни сердца в Республике Беларусь	89
<i>Мицура В. М., Воропаев Е. В., Воропаева А. В.</i> Значение определения генотипов вируса гепатита С и вирусной нагрузки у больных хроническим гепатитом С	94
<i>Мохорт Т. В., Коломиец Н. Д., Холодова Е. А., Мохорт Е. Г.</i> Оценка обеспеченности селеном детей по результатам выборочного исследования 2008 года	99
<i>Рожко Ю. И., Марченко Л. Н., Бобр Т. В., Ленкова Ж. И.</i> Толщина перипапиллярного ретинального слоя нервных волокон по часовым секторам при первичной открытоугольной глаукоме	104
<i>Савва Н. Н., Ромашевская И. П.</i> Эпидемиологические характеристики вторых опухолей у больных, получавших лечение по поводу злокачественного новообразования в детском возрасте	113

<i>Стакан Т. А., Саливончик А. П., Шевченко Н. И.</i> Характеристика факторов местного иммунитета у детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, проживающих на территориях, пострадавших от последствий аварии на Чернобыльской АЭС	121
<i>Суворова Л. А., Галстян И. А., Надежина Н. М., Козлова М. Г., Нугис В. Ю.</i> Состояние периферической крови в периоде отдаленных последствий острой лучевой болезни от внешнего γ - β -облучения	126
Официальная информация	
План конференций	136

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ МЕТОДОМ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ПЕРЕРАБОТКИ ДВИЖЕНИЯМИ ГЛАЗ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

Пациенты, оперированные по поводу рака щитовидной железы, относятся к группе риска из-за широкого спектра психопатологических расстройств. Они нуждаются в комплексной психологической и реабилитационной помощи в раннем и позднем послеоперационном периоде. Модифицированный метод десенсибилизации и переработки движениями глаз является краткосрочным и высокоэффективным методом в психотерапевтической коррекции пациентов с раком щитовидной железы.

Ключевые слова: психотерапия, рак щитовидной железы, методика десенсибилизации и переработки (травм) движениями глаз

Введение

Самым серьезным и признанным на сегодняшний день мировой общественностью медицинским последствием аварии на ЧАЭС является драматический рост заболеваемости раком щитовидной железы (РЩЖ) [2, 4, 5, 15]. В постчернобыльский период она повысилась более чем в 6 раз [4, 9]. Рост заболеваемости раком щитовидной железы потребовал разработки инновационных подходов в диагностике и лечении данной патологии. В настоящее время онкопатологией щитовидной железы занимаются преимущественно морфологи, эндокринологи, хирурги, онкологи, радиологи, генетики и другие специалисты. Однако единых подходов в преимственности взаимодействия от диагностики к лечению и реабилитации на всех этапах нет. [2, 5, 11, 12, 13].

Лица, которым проведена тотальная тиреоидэктомия, признаются инвалидами. Только за 2002 г. в Республике Беларусь первично были признаны инвалидами по поводу РЩЖ 762 человека (из них 58 человек – дети до 18 лет); еще 796 человек были переосвидетельствованы МРЭК с этим же диагнозом. Разработанный комбинированный метод лечения

рака щитовидной железы без отдаленных метастазов обеспечивает пятилетнюю выживаемость в 98% случаев и снижает летальность до 0,9% (мировые показатели летальности составляют около 10%). Тем не менее, у больных с РЩЖ в различные периоды развития патологического процесса развиваются нарушения со стороны определенных органов и систем, ведущие к дезадаптации организма, ухудшению качества жизни [4]. Наличие и выраженность таких нарушений могут быть обусловлены: самим заболеванием (тяжесть и распространенность: ближние или отдаленные метастазы); терапией РЩЖ (хирургическое лечение, лучевая терапия); послеоперационными и постлучевыми осложнениями; побочными эффектами супрессивной терапии L-тироксинном; медикаментозной компенсацией нарушения фосфорно-кальциевого обмена (кальциноз почек); наличием психологической травмы как реакции на онкологический диагноз.

Рак щитовидной железы как эндокринное заболевание, имеет свои особенности, оказывающие на каждой фазе своего развития своеобразное влияние на личность больного и его отношение

к своему заболеванию. Степень изменения личности под влиянием болезни различна, в высшей степени индивидуальна, и связана как с особенностями патологического процесса, так и с преморбидными особенностями, возрастом, социальным окружением. Клиническая практика свидетельствует, что онкопатология щитовидной железы сопровождается рядом соматических, вегетативных и психологических синдромов, которые еще недостаточно изучены в научном плане [4, 5]. Научные исследования также показали, что основными типами нарушения психологического статуса больных с РЩЖ являются астенические, тревожные и депрессивные состояния, относящиеся к расстройствам адаптации, тревожным и депрессивным расстройствам [2, 4, 9, 11].

Важным аспектом комплексной реабилитации данной категории пациентов является социально-психологический. Тем не менее, в практике при реабилитации больных с раком щитовидной железы основное внимание уделяется супрессивной терапии L-тироксинотерапией. Отмечающиеся признаки психологической дезадаптации у пациентов с РЩЖ часто с трудом распознаются как онкологами, так и эндокринологами в связи с отсутствием специального навыка и возможности психологической коррекции на разных этапах реабилитационного процесса, оценки состояния пациентов с помощью психологического тестирования.

Определенным представляется наличие такого состояния, когда лечебное учреждение затрачивает огромные материальные средства и усилия специалистов на лечение данных больных, но при этом не учитывается их эмоциональное состояние, в то время как душевные переживания и страдания, сопровождающие лечение, служат препятствием выздоровлению.

Психотравмирующее воздействие на разных этапах заболевания становится причиной расстройств адаптации, а также следствием посттравматического стрессового расстройства. Обнаружение болезни

резко меняет жизнь пациента и его семьи. Кризисное состояние чаще всего характеризуется интенсивными отрицательными эмоциями: чувством неопределенности, беспокойством, тревогой, фиксацией на психотравмирующих ситуациях, неустойчивой оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего. Происходят изменения познавательных процессов мышления. Наблюдается уменьшение объема внимания, снижение и искажение усвоения информации, происходит «сужение» когнитивной сферы, в результате чего нарушается способность к принятию конструктивных решений. На соматическом уровне кризисное состояние проявляется как ощущение «физической слабости, разбитости», физического истощения. Часто развивается психологическая защитная реакция отрицания злокачественного характера заболевания и на определенном этапе это может быть барьером, мешающим пациенту использовать свой личностный ресурс для преодоления последствий болезни и социально-психологической адаптации. Основной причиной данных расстройств являются вышеперечисленные факторы и психологические составляющие (представления о предстоящем фатальном исходе заболевания), представления о собственном «уродстве» (вследствие послеоперационного рубца на шее), а также состояние утраты важного органа и изменение социального статуса, частично-социальной дезадаптации (группа инвалидности) [2, 4, 5]. Диагноз онкологического заболевания почти всегда является большим эмоциональным потрясением для больных, так как он сопряжен с угрозой жизни, серьезным физическим ущербом, резким изменением привычного жизненного уклада. Эти события, изменяющие все настоящее и будущее человека, приводят к изменению всей мотивационной сферы личности, изменению ценностных ориентаций и установок.

Обстоятельства этой психологической травмы многократно и навязчиво переживаются больными. При этом они

часто стремятся избежать мыслей и разговоров о ситуации получения этой психологической травмы, преимущественно амнезируют ее частично или полностью. Такие больные страдают расстройствами сна, испытывают трудности концентрации внимания. Вышеперечисленные симптомы представляют собой признаки острой реакции на стресс: тревога, отчаяние, отгороженность [1, 4, 7, 8], (F-43.0 по МКБ-10) [6]. Существенно применять к пациентам, даже в отдаленный период методики десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ), разработанной Ф. Шапиро [3, 10, 14] в сочетании с эриксоновскими технологиями, которые реализуют основные стратегические шаги с целью перевода имеющих переживаний в плоскость их конструктивного решения.

Цель исследования: оценка эффективности применения курса психотерапии при помощи показателей качества жизни с применением различных подходов: рациональной и интегративной психотерапии с использованием метода ДПДГ у пациентов, прооперированных по поводу рака щитовидной железы в отдаленном послеоперационный период.

Материал и методы исследования

Нами было обследовано 90 пациентов, оперированных по поводу рака щитовидной железы (давность операции от 4 до 10 лет), прошедших курс радиойодтерапии, получающих пожизненную супрессивную терапию L-тироксином вследствие послеоперационного гипотиреоза (F43.2+ E89.0, F06.6+E89.0, F06.3+E89.0) и имеющих 3 группу инвалидности – основная группа. Эта группа была разделена в процессе психотерапии на 2 подгруппы численностью по 45 пациентов относительно проведенного психотерапевтического курса:

А – основная подгруппа из 45 пациентов, в том числе 37 женщин и 8 мужчин, с которыми проводилась программа психотерапевтической коррекции с использова-

нием интегративной психотерапии (ИПТ) методом ДПДГ;

Б – основная подгруппа из 45 пациентов, в том числе 32 женщины и 13 мужчин, с которыми проводилась программа психотерапевтической коррекции с использованием метода рациональной психотерапии (РПТ).

Возраст обследованных нами пациентов в обеих группах варьировал в пределах 19-40 лет (средний возраст – 31 ± 1 год). Социально-демографические характеристики (уровень образования и профессиональной занятости, материальное положение и т. п.) лиц обеих групп были сходными.

Диагностика психических и поведенческих расстройств осуществлялась в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10 (5 класс болезней) [9].

Для оценки состояния тревожности у пациентов с РЩЖ нами использовалась методика Ч. Д. Спилбергерера, адаптированная Ю. Л. Ханиным [2, 9]. Этот тест представляет собой надежный информативный способ самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности – РТ) и тревожности, которая дает представление об индивидуальных различиях в подверженности действию различных стрессоров (личностной тревожности – ЛТ), которые интерпретировались следующим образом: до 30 баллов – низкая тревожность, 31-45 – умеренная тревожность, 46 и более – высокая тревожность.

Качество жизни (КЖ) пациентов определялось с помощью адаптированной русскоязычная версия краткой формы – Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), которая является наиболее распространенным в клинических исследованиях и при индивидуальном мониторинге КЖ. Методика SF-36 разработана J. E. Ware с соавторами в 1988 г. [1]. 36 пунктов данного опросника сгруппированы в восемь шкал, отражающих следующие аспекты субъективного функционального статуса:

физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Ответы на вопросы выражаются в баллах от 0 до 100 по каждой из восьми шкал. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому уровню КЖ.

Результаты исследований обработаны с применением пакета прикладных программ Statistica, версия 6.0 (StatSoft, USA), с использованием критериев непараметрической статистики. Сравнительный анализ групп проводили с применением критерия Манн-Уитни, сравнительный динамический анализ внутри I группы до и после курса психотерапии проводили с использованием критерия Вилкоксона. Различия между величинами считали значимыми при $p < 0,05$. Результаты исследования представлены в виде: $M \pm m$, где M – среднее, m – ошибка среднего; Me (25-75%), где Me – медиана, 25-75% – процентиля; p – достигнутый уровень значимости; n – объем анализируемой выборки.

Результаты исследования

В процессе клинико-психологического исследования пациентов с РЦЖ как в 2005, так и 2008 годах, был отмечен высокий уровень РТ и ЛТ (РТ – 40 (33; 55), так и ЛТ – 51 (46; 55) (по Ч. Д. Спилбергеру). Это характеризовалось стойким и длительным повышением уровня беспокойства и внутреннего напряжения, а также наличием постоянного повышенного уровня астенизации, проявлений вегетативной дисфункции, повышением уровня депрессивных расстройств со стойким снижением настроения по мере длительности течения заболевания. Наличие данных проявлений определило необходимость подбора и проведения индивидуальных психокоррекционных программ.

Для сравнительной оценки эффективности терапии с помощью РПТ и метода

ДПДГ было проведено клинико-психологическое исследование состояния испытуемых до и после курса психотерапии.

На основании жалоб и данных клинического обследования, дополненного психологическим тестированием, до начала курса психотерапии в А группе отмечались астенические расстройства у 19 (41%) человек, депрессивные – у 15 (33%), тревожные – у 9 (22%), тревожно-депрессивные у 2 (4%) человек. После завершения курса психотерапии тревожная и депрессивная симптоматика была практически нивелирована. Проявления симптоматики спустя два месяца после проведения метода ДПДГ сместились в астенический регистр и имели место у 42 (93%) человек, тревожные – у 2 (4%), депрессивные – у 1 (2%) человека. Существенным явилось снижение в 4,5 раза тревожных, и в 15 раз – депрессивных расстройств.

В Б группе были диагностированы астенические – у 9 (20%) человек, депрессивные – у 18 (40%), тревожные – у 13 (29%), тревожно-депрессивные – 5 (11%) человек. После завершения курса психотерапии проявления симптоматики также сместились в астенический регистр и отмечались – у 21 (74%) человек, проявления тревожной и депрессивной симптоматики снизились: тревожные в 1,18 раз – у 11 (24%), депрессивные в 1,8 раз – у 10 (22%), тревожно-депрессивные в 1,77 раз – у 3 (7%) человек. Таким образом, наиболее значимые изменения произошли в А группе.

В ходе анкетирования нами выяснялась потребность пациентов в психологической помощи до и после операции, уточнялась необходимая продолжительность психотерапии. Исследование показало, что до оперативного вмешательства консультацию психолога, психотерапевта получили только 4 человека (4,4%), после операции – 10 человек (11,1%). Однако на вопрос о потребности психологической помощи как до, так и после операции положительный ответ дали 72 пациента (80%). Только 4 (4,4%) пациента (мужчины) высказались относительно отсутствия

необходимости психологической помощи, мотивируя это отношением к произошедшему, как незначительному событию в их жизни.

В процессе клинического интервью в А группе удалось установить, что наиболее значимыми, на их взгляд, психотравмирующими ситуациями, связанными с заболеванием, за прошедший период явились: сообщения о диагнозе «рак щитовидной железы» – у 34 (76%), состояние после операции – у 2 (4,5%) пациентов, проведение радиойодтерапии – у 4 (9%), негативное восприятие шрама после операции – у 2 (4,5%), сообщение о необходимости постоянного приема тироксина – у 2 (4%), временная потеря голоса после операции (афония вследствие травмы возвратного нерва) – у 1 пациента (2%).

В Б группе соответственно: сообщения о диагнозе «рак щитовидной железы» – 30 пациентов (67%), состояние после операции – 4 (9%) пациента, проведение радиойодтерапии – 4 (9%) пациента, потеря голоса после операции – 4 (9%) пациента, определение группы инвалидности – 3 (6%).

Свое восприятие психотравмирующей ситуации, согласно протоколу проведения ДПДГ, пациенты А группы охарактеризовали как состояние: шока – 18 (40%); растерянности – 8 (18%); обреченности – 7 (15,5%); паники – 4 (9%); беспомощности – 2 (4,5%); потери – 2 (4,5%); неуправляемости – 2 (4,5%), ужаса – 1 (2%); прострации – 1 (2%).

На момент разбора пациенты имели различную давность от момента установления диагноза и проведенной операции: 23 человека – 10 лет (51%), 17 человек – от 5 до 9 лет (38%), 5 – от 4 до 5 лет (11%).

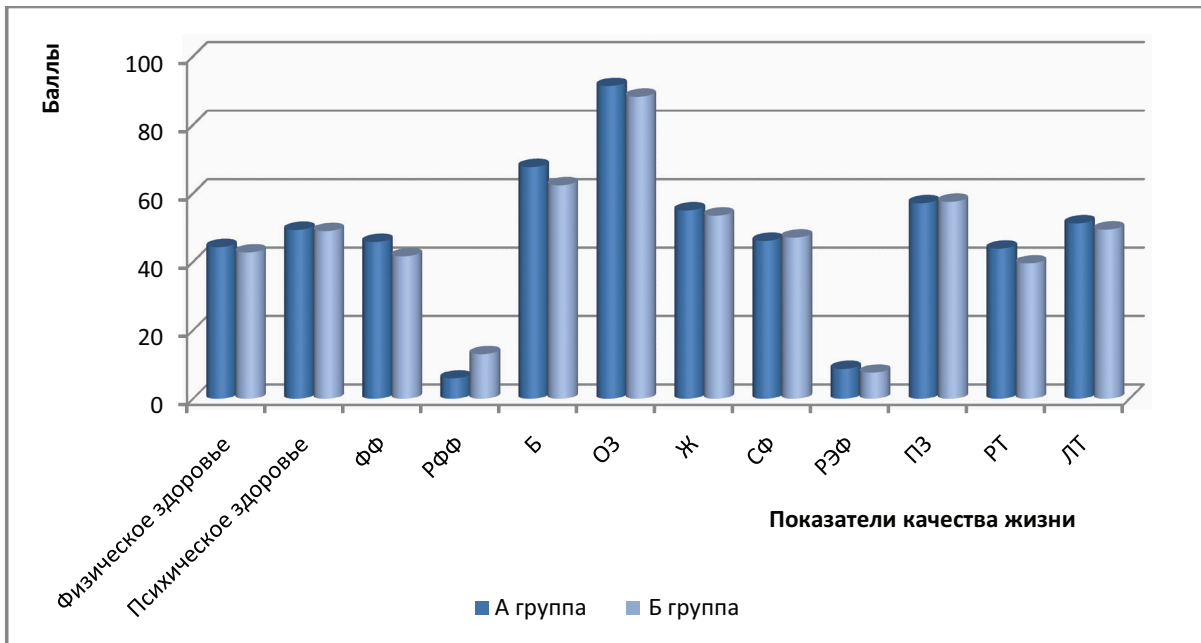
В описании своего состояния на тот момент они в большинстве случаев характеризовали это наличием нескольких чрезвычайно интенсивных по силе и длительности чувств: страха за здоровье; страха смерти; тревоги за жизнь; растерянности «как жить дальше»; страха относительно последствий; неуверенности в своих

действиях; апатии; растерянности; испуга – не выдержу операции; страха потерять голос; страха за своих близких; противостояния; нежелание верить в полученную информацию; гнева; брезгливости к больничной жизни; скованности; страха перед будущим; бессилия перед происходящим; безысходности; жалости к себе и к родным; боязни «рассказать об этом матери»; неуверенности в завтрашнем дне; страха «что это тяжелая болезнь и не смогу вылечиться»; обиды; неожиданности относительно изменения лимфатического узла; опасения за возможные страдания и «остановки жизни».

Данные состояния ретроспективно можно охарактеризовать, как симптомы характеризующие признаки острой реакции на стресс (F43.0): тревога, отчаяние, отгороженность.

Всем пациентам А группы была проведена индивидуальная психотерапия с применением метода ДПДГ. Выявленные в процессе разбора основные психотравмирующие ситуации, связанные с заболеванием, позволили получить доступ к ранее проявляемым в течение длительного времени сильным негативным чувствам в виде тревоги, депрессии, гнева, обиды. Все испытываемые пациентами вышеперечисленные чувства воспринимались ими, как сами собой разумеющиеся. Разбор и психологическая коррекция этих психотравмирующих ситуаций ранее, в процессе наблюдения, в течение длительного периода не проводились.

Работа с этими сильными чувствами, даже спустя длительный период времени после произошедшего, позволила обнаружить неосознаваемые пациентами конфликты и «болевые точки», вывести их на уровень осознания целостно, максимально отреагировать и понять, какие чувства и почему у них при этом возникли, научиться отделять перенесенное от собственной личности, а также трансформировать травматический опыт и овладеть ситуацией.



ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое физическое функционирование; Б – интенсивность боли; ОЗ – общее состояние здоровья ; Ж – жизненная активность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье; РТ – реактивная тревожность; ЛТ – личностная тревожность

Рисунок 1 – Показатели качества жизни и уровня тревожности в А и Б группах на момент до проведения курса психотерапии

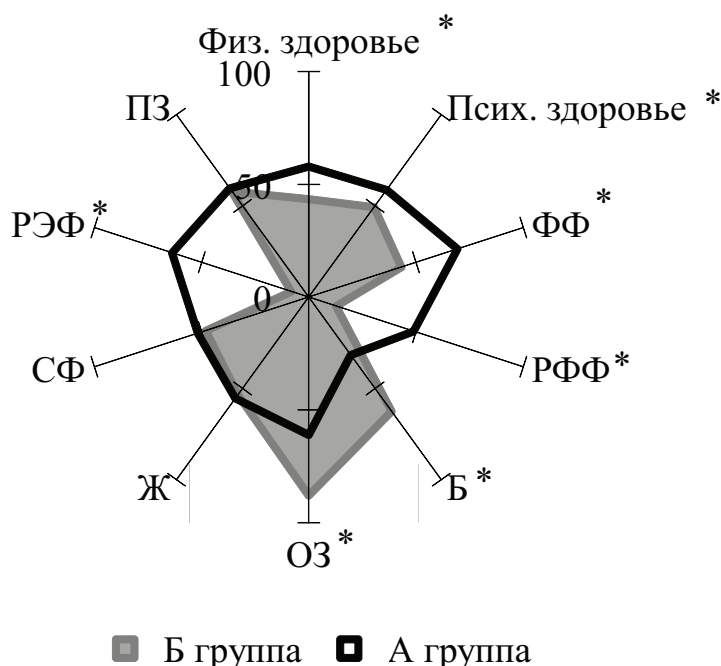
В процессе перестроения они смогли интегрировать состояние понимания, собранности, стабильности, здравого смысла, информированности и поддержки, наполненности чувствами доверия, прощения, смелости и преодоления, уверенности и предусмотрительности. Их появившееся умение справляться с эмоциональным стрессом можно рассматривать в некотором роде как профилактику расстройств адаптации в дальнейшем. Была проведена модификация ДПДГ, которая заключалась в том, что при проработке психотравмирующего материала вместо ресурса «безопасное место» сразу использовался мощный перестраивающий подход, включающий вопрос: «у какого человека в данном случае были бы другие чувства и состояние?» а также использование терапевтической метафоры: одновременное присоединение к группе людей, обладающих мощными копинг стратегиями, – «группа-альфа» с инкорпорацией многоуровневого построения ресурсных состояний и использова-

нием метода тройной спирали в процессе терапевтического сеанса.

Проведение метода ДПДГ позволило в наиболее короткий срок (1-3 терапевтические сессии) дать возможность осознать смысл приобретенного опыта, объяснить его и определить ему новую интегральную оценку. Общая продолжительность встреч – от 3 до 5.

Пациентам Б группы был проведен курс рациональной психотерапии, в процессе, которой выяснялись имеющаяся концепция внутренней картины болезни и их представления о собственной способности влиять на ее проявления, а также, с их точки зрения, имеющиеся проблемы, связанные с заболеванием и процессом лечения. Общая продолжительность встреч – от 10 до 15.

Как видно из предоставленных данных (рисунок 1), до проведения сеансов психотерапии существенной разницы в показателях как качества жизни, так и в состоянии тревожности не отмечалось.



* – $p < 0,001$
 ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое физическое функционирование;
 Б – интенсивность боли;
 ОЗ – общее состояние здоровья;
 Ж – жизненная активность;
 СФ – социальное функционирование;
 РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование;

Рисунок 2 – Показатели качества жизни по опроснику SF-36 в А и Б группах на момент завершения курса психотерапии

Анализируя данные, следует отметить, что изменения, отмеченные в А группе до и после проведения ДПДГ, отличались снижением уровня тревожности почти в 2 раза относительно первоначального по уровню РТ и ЛТ. Снижение уровня РТ до уровня нормальных показателей – 40 (33; 55), 27 (22; 30) со статистически значимым различием ($p < 0,001$) свидетельствует о полученном хорошем терапевтическом эффекте относительно изменившегося восприятия ими окружающей действительности и переоценки прошлого опыта. После проведения сеансов с применением метода ДПДГ – снижение уровня РТ и ЛТ ($p < 0,001$).

Изменения, произошедшие после курса РПТ, в Б. группе имели статистически значимое различие только по уровню РТ ($p = 0,012$). Существенным является

факт, что после снижения уровня РТ и ЛТ не достигали состояния целевых.

В процессе дальнейшего анализа между ИПТ методом ДПДГ и РПТ выявлено статистически значимое различие по большинству показателей ($p < 0,001$), за исключением показателей жизнеспособности и социального функционирования ($p > 0,05$) (рисунок 2).

Полученные более высокие показатели ИПТ методом ДПДГ по отношению к РПТ по шкалам: психическое здоровье – 60 (43; 73), 44 (31; 56), психическое здоровье – 58 (54; 63), 50 (47; 52) ($p < 0,001$); РФ – 70 (55; 90), 45 (20; 65) ($p < 0,001$); РФФ – 25 (0; 100), Ме 0 (0; 25) ($p < 0,001$); Б – 33 (20; 45), 55 (45; 78); ОЗ – 63 (50; 75), 100 (75; 100); РЭФ – 67 (33; 100), 0 (0; 0) ($p < 0,001$) свидетельствуют об улучшении физической активности,

работоспособности, эмоционального состояния, настроения, степени проявления положительных эмоций.

В связи с тем, что более существенные изменения показателей качества жизни были отмечены после проведения курса ИПТ методом ДПДГ, проанализирована динамика произошедших изменений.

Значительные изменения после проведения курса ИПТ методом ДПДГ, выявленные по большинству из шкал: психическое здоровье – 50 (35; 56), 60 (43; 73) ($p = 0,005$), психическое здоровье – 49 (47; 51), 58 (54; 63), ФФ – 50 (25; 75), 70 (55; 90), РФФ – повысилось в 5,5 раз – 0 (0; 0), 25 (0; 100); РЭФ – повысилось в 5,7 раза – 0 (0; 0), 67 (33; 100) со статистически значимым различием ($p < 0,001$), убедительно свидетельствуют о высоком терапевтическом эффекте данного метода.

Проведенный анализ эффективности лечения с помощью РПТ показал, что улучшения произошли только по следующим шкалам: психическое здоровье – 46, (0;

51) 50 (47; 52); Б – 45 (23; 55), 55 (45; 78); ОЗ – 75 (63; 88), 100 (75; 100) ($p < 0,001$); и ухудшение показателей: физическое здоровье – 57 (44; 68), 44 (31; 56), ФФ – 70 (45; 90), 45 (20; 65); РФФ – 25 (0; 50), 0 (0; 25); РЭФ – 0 (0; 33), 0 (0; 0) со статистически значимым различием ($p < 0,001$). Это свидетельствует о том, что после применения данного метода произошли незначительные изменения, касающиеся только психологического состояния. Показатели, характеризующие изменение физического здоровья, положительной динамики не выявили.

В таблице 1 наглядно видна динамика изменений, произошедшая после проведения психокоррекционной программы с использованием ИПТ методом ДПДГ. Эта краткосрочная терапия позволила изменить состояние не только физического, но и психического здоровья. Все это нашло отражение на подъеме шкал интегрального показателя физического здоровья, психиче-

Таблица 1 – Сравнительный анализ показателей качества жизни по опроснику SF-36 в группе А до и после завершения курса психотерапии (критерий Вилкоксона)

Показатели субъективного статуса	Показатели после проведения курса психотерапии						Z	Уровень p
	Me		25-й процентиль		75-й процентиль			
	до ДПДГ	после ДПДГ	до ДПДГ	после ДПДГ	до ДПДГ	после ДПДГ		
	n = 45	n = 45	n = 45	n = 45	n = 45	n = 45		
Физическое здоровье	50,0	60,0	35,0	43,0	56,0	73,0	2,83	0,005
Психическое здоровье	49,0	58,0	47,0	54,0	51,0	63,0	4,93	0,001
ФФ	50,0	70,0	25,0	55,0	75,0	90,0	3,39	0,001
РФФ	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	100,0	4,01	0,001
Б	68,0	33,0	55,0	20,0	78,0	45,0	5,23	0,001
ОЗ	100,0	63,0	75,0	50,0	100,0	75,0	5,58	0,001
Ж	56,0	56,0	50,0	50,0	63,0	63,0	0,09	0,932
СФ	50,0	50,0	38,0	38,0	50,0	63,0	1,96	0,050
РЭФ	0,0	67,0	0,0	33,0	0,0	100,0	4,83	0,001
ПЗ	55,0	60,0	53,0	55,0	63,0	65,0	1,54	0,125
Реактивная тревожность	40,0	27,0	33,0	22,0	55,0	30,0	5,4	0,001
Личностная тревожность	51,0	37,0	46,0	34,0	55,0	42,0	5,5	0,001

ского здоровья, ФФ, РФФ, РЭФ, а также существенного снижения уровня тревожности.

Выводы

1. Пациенты, которым установлен диагноз «рак щитовидной железы», нуждаются в адекватной психологической подготовке перед оперативным вмешательством и комплексной психотерапии на этапах последующей реабилитации, основанной на активном партнерстве «врач-пациент», с целью коррекции физического, психологического и социального функционирования, нарушенного вследствие болезни.

2. Применение психокоррекционной программы актуально на всех этапах оказания реабилитационной помощи, особенно на этапе постановки диагноза, когда в наибольшей степени проявляются признаки психологической и социальной дезадаптации.

3. Методы краткосрочной психотерапии, такие, как метод ДПДГ, приводят к стойким состояниям психологической адаптации и формированию новых навыков поведения, возвращают пациента в режим активного работоспособного состояния за более короткий промежуток времени, в сравнении с традиционно используемыми приемами рациональной психотерапии.

Библиографический список

1. Бримкулов, Н. Н. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни / Н. Н. Бримкулов, Н. Ю. Сенкевич, А. Д. Калиева // Центральноазиат. мед. журн. – 1998. – № 4-5. – С. 236-241.

2. Рак щитовидной железы у детей (после щитовидной железы (последствия аварии на Чернобыльской АЭС) / Е. П. Демидчик [и др.] – М.: Медицина, 1996. – 208 с.

3. Доморацкий, В. А. Краткосрочные методы психотерапии / В. А. Доморацкий. – М.: Психотерапия, 2008. – 304 с.

4. Медицинская реабилитация детей с карциномой щитовидной железы: ме-

тодические рекомендации / В. М. Дрозд [и др.] – Минск, 1999. – 323 с.

5. Игумнов, С. А. Антенатальное облечение: нейропсихиатрические аспекты / С. А. Игумнов, В. В. Дроздович – Москва: РАДЭКОН, 2002. – 208 с.

6. Классификация психических и поведенческих расстройств: клинич. описания и указания по диагностике: 10-й пересмотр / Пер. на рус. яз. под ред Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина; ВОЗ. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.

7. Лушин, П. В. О психологии человека в переходный период (Как выживать, когда все рушится) / П. В. Лушин. – Кировоград: Код, 1999. – 208 с.

8. Методика десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) и ее модификация в психотерапии больных с ожоговой травмой / Д. А. Полянина [и др.]. // Материалы VII Междисциплинарной конф. по биол. психиатрии «Стресс и поведение», Москва, 23 февраля 2003 г. НИИ СП им. Н. В. Склифосовского. – Москва, 2003. – С. 15-18.

9. Психологическая реабилитация больных с карциномой щитовидной железы / Е. В. Толстая [и др.] // Экологическая антропология: ежегодник. – Минск: Белорусский комитет «Дзеці Чарнобыля», 2005. – С. 263-267.

10. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры / Ф. Шапиро; пер. с англ. А. С. Ригина. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 121 с.

11. Шлюмберже, М. Опухоли щитовидной железы / М. Шлюмберже, Ф. Пачини. – Paris: Nucleon, 1999. – 345 с.

12. Edinger, E. F. Ego and Archetype: Individuation and the Function of the Psyche / E. F. Edinger. – Boston: Shambala, 1992. – 304 p.

13. Gazzaniga, M. The Social Brain / M. Gazzaniga. – New York: Basic Books, 1985. – 576 p.

14. Shapiro, F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures / F. Shapiro. – New York: The Guilford Press, 1995. – 398 p.

15. Winnecott, D. W. The maturation Process and the Facilitating Environment / D. W. Winnecott. – London: Hogarth. Press, – 1965. – 432 p.

Patients, who withstood surgical treatment on thyroid cancer, are in risk group due to wide spectrum of mental adaptation disorders. They need adequate and complex psychological aid during the rehabilitation measures within the early and distant periods after surgical treatment. A modified version of EMDR method is short – term effective psychotherapeutic procedure in the treatment of patients with thyroid cancer.

Keywords: *psychotherapy, thyroid cancer, eye movement desensitization and reprocessing*

Поступила 30.07.09