

граммы двигательной терапии у больных с локомоторными нарушениями с учетом характера распределения локальной и общей кинезотерапевтической нагрузки.

3. Использование предложенных методик позволяет уточнить степень адаптации к физической нагрузке больных с патологией тазобедренных суставов в процессе реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белицкая Р.А., Житарь В.А., Бабенко В.С. Василенко А.М. //Теория и практика рефлексотерапии. — Л., 1984. — С. 4–6.
2. Буйлова Т.В., Щенетова О.Н., Дорофеева Г.И., Кочетова Н.В. Кинезотерапия больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава: Пособие для врачей. — Н. Новгород, 1997.
3. Героева И.Б. Функциональные методы профилактики развития и компенсации статодинамических нарушений при лечении коксартроза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1995.
4. Гринштейн А.М. //Невропатол. и психиатр. — 1938. — Т. 7, вып. 5. — С. 36–38.
5. Гринштейн Е.Я., Эпштейн Г.Г., Некачалова А.З. и др. Комплексная оценка нарушений статико-динамической функции и ее компенсации при дегенеративно-дистрофических поражениях тазобедренного сустава: Метод. рекомендации. — Л., 1985.
6. Ивойнов А.В. Волейбол. Очерки по биомеханике и методике тренировки. — М., 1981.
7. Насонова В.А., Астапенко М.Г. //Клиническая ревматология: Руководство для врачей. — М., 1989.
8. Нечушкин А.И. Биокоррекция функциональных патологических состояний опорно-двигательного аппарата воздействием на активные зоны кожи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1981.
9. Нечушкин А.И., Гайдамакина А.М. //Журн. эксперим. и клин. мед. — 1981. — Т. 21, N 2. — С. 164–172.
10. Нечушкин А.И., Полякова А.Г. //Сов. мед. — 1988. — N 5. — С. 115–118.
11. Чувильская Л.М., Батуева Н.Н. //Актуальные вопросы аурикулярной рефлексотерапии: теория и практика. — Краснодар, 1982. — С. 11–13.
12. Шестаков Б.П. //Теор. и практ. физ. культуры. — 1985. — N 9. — С. 39–40.
13. Antonets V.A., Sheinfeld I.V., Smirnov G.V. et al. //J. Traffic Med. — 1993. — Vol. 20, N 2. — P. 478–481.
14. Bohannon R.W. //Phys. Therapy. — 1986. — Vol. 66, N 2. — P. 229–230.
15. Findley L.J., Capildeo R. Movement disorders: tremor. — New York, 1989.
16. Fisher N.M., Pendergast D.R. //Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1994. — Vol. 75. — P. 792–797.
17. Goodman P., Kelso J.A.S. //Exper. Brain Res. — 1983. — Vol. 49. — P. 419–431.
18. Lollgen H., Ulmer H.-V., Crean P. //Europ. Heart J. — 1988. — N 9, Suppl. K. — P. 3–37.
19. Minor M.A., Hewett J.E., Webel R.R. et al. //Arth. and Rheum. — 1989. — Vol. 32, N 11. — P. 1396–1405.
20. Physical medicine and rehabilitation. /Ed. R.L. Braddom. — Philadelphia, 1996.
21. Pyka G., Lindenberger E., Charette S., Marcus R. //J. Gerontol. — 1994. — Vol. 49, N 1. — P. 22–27.

22. Sashika H., Matsuba Y., Watanabe Y. //Ann Phys. Med. Rehabil. — 1996. — Vol. 77. — P. 273–277.

POSSIBILITIES OF CONDITION CHANGING ASSESSMENT FOR THE PATIENTS WITH HIP JOINT PATHOLOGY DURING KINESITHERAPY LOADS

T.V. Builova, A.G. Polyakova, G.V. Smirnov, G.I. Dorofeeva, N.N. Rukina, L.P. Maximova

Twenty seven patients with hip joint pathology and 10 healthy were examined before and after kinesitherapy loads. Correlation between changes in subjective (pain degree) and objective data (acupuncture testing, dynamometrical and spectrotremor-metry) was analysed. In patients with hip joint pathology the limits of kinesitherapy loads adequacy were determined.

© Коллектив авторов, 1999

И.Д. Булюбаш, Т.В. Буйлова, А.А. Газаров, Н.Н. Костюнина

К ВОПРОСУ О ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Нижегородский институт травматологии и ортопедии

Проведено клинико-психологическое обследование 44 женщин с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава. Для оценки психологического состояния больных использовались методики многостороннего исследования личности и проективный тест «Рука». Выявлены психологически наиболее дезадаптированные группы больных, требующие пристального внимания лечащего врача и психотерапевта: пациенты с выраженным нарушением статодинамической функции, двусторонним поражением тазобедренных суставов, с сопутствующим остеохондрозом позвоночника, больные со сравнительно небольшой давностью заболевания и с субъективно высоким уровнем болевых ощущений. Полученные данные могут быть использованы при построении комплексной программы реабилитации больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренных суставов.

Коксартроз, относящийся к наиболее распространенным болезням суставов, вносит существенные изменения в жизненный уклад человека, включая потерю мобильности, функций и независимости. Вместе с тем, в литературе встречаются лишь единичные попытки описать психологические особенности страдающих данным заболеванием.

Установлено, что для многих из этих больных характерен повышенный уровень эмоцио-

нальной реактивности, в частности эмоциональная лабильность, склонность к дисфорическому настроению, повышенная чувствительность [6]. Кроме того, они отличаются большей тревожностью и агрессивностью. В ряде исследований [3, 4, 6, 7, 9] отмечается высокий уровень депрессии у больных коксартрозом. Некоторые авторы связывают уровень депрессии с выраженностью болевых ощущений [4], жизненными ограничениями, накладываемыми болезнью [7, 10], с уровнем образования больного [3]. Степень депрессивных расстройств в значительной мере определяет исход данного заболевания [3].

В исследовании М. Gross [6] вопросы психологической адаптации больных к хроническому заболеванию были рассмотрены с точки зрения поэтапной смены механизмов психологической защиты. Эмоциональный ответ при остеоартритах, по мнению автора, идентичен таковому при любых хронических заболеваниях и включает этап отказа от осознания болезни, этапы гнева, депрессии, «сделки» и принятия болезни. В других работах [3, 5, 8] диагностируемое авторами эмоциональное состояние больных остеоартритами не привязывалось ни к стадии болезни, ни к типу ее течения, ни к функциональному состоянию поврежденного органа.

Наш опыт работы с больными коксартрозом показал, что их психическое состояние и психологические особенности не определяются только депрессивными расстройствами — имеется достаточно широкий спектр психологических факторов, влияющих на процесс восстановления функций и исход в плане трудоспособности.

Целью настоящего исследования было выявление тех клинических групп больных коксартрозом, которые в силу психологических особенностей нуждаются в повышенном внимании лечащего врача, психолога и врача-психотерапевта.

Материал и методы. Обследованы 44 женщины с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава в возрасте от 18 до 67 лет (средний возраст $43 \pm 10,75$ года). Из них у 30 был деформирующий коксартроз II–III стадии, у 7 — кистовидная перестройка сочленяющихся костей тазобедренного сустава II–III стадии, у 4 — асептический некроз головки бедренной кости II–IV стадии, у 3 пациенток заболевание тазобедренного сустава протекало на фоне ревматоидного полиартрита. Двустороннее поражение

тазобедренных суставов отмечалось у 37 больных, одностороннее — у 7. Причиной заболевания в 28 случаях была врожденная патология (дисплазия тазобедренного сустава, врожденный вывих бедра), в 4 — травма тазобедренного сустава, в остальных случаях заболевание развилось без видимой причины. Боли в тазобедренных суставах у 63,6% больных отмечались свыше 10 лет, примерно у половины из них — с детства. У 18,2% больных давность заболевания была сравнительно небольшой (менее 3 лет). Все пациентки с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава на момент обследования лечились консервативно. Ранее 15 больным проводилось оперативное вмешательство на тазобедренном суставе, в том числе открытое вправление вывиха бедра и реконструкция крыши вертлужной впадины (5), межвертельная корригирующая остеотомия (4), одноплюсное эндопротезирование (6).

Клиническое состояние больных оценивали по выраженности болевого синдрома (субъективная оценка боли по 3-балльной шкале: слабая, умеренно выраженная, сильная) и по степени нарушения статодинамической функции в целом. У подавляющего большинства больных отмечались умеренные и сильные боли в тазобедренных суставах (95,5%), а также умеренные и выраженные нарушения статодинамической функции (77,3%). На момент обследования у каждой третьей больной (31,8%) имелись клинические проявления остеохондроза позвоночника в виде люмбалгии, люмбаго и др. Сопутствующие соматические заболевания (сердечно-сосудистые, гинекологические и т.д.) наблюдались у 20,5% больных.

Основными методами обследования были:

— клинический — стандартное интервью для исследования особенностей психического состояния;

— психодиагностический:

а) методика многостороннего исследования личности (ММИЛ) [1], позволяющая дополнить и уточнить выявленные особенности психического состояния и количественно выразить полученные результаты;

б) проективный тест «Рука», предназначенный для предсказания открытой агрессивности и оценки скрытой агрессивности, а также некоторых форм активности субъекта [2].

Результаты. Усредненный профиль ММИЛ для всей группы больных коксартрозом (рис. 1) характеризовался относительными повышениями на 1-й (HS), 3-й (HY) и 7-й (PS) шка-

лах. Это отражало такие характерные особенности данной группы больных, как высокая тревожность, формирующая сравнительно легко возникающее беспокойство о состоянии своего соматического здоровья (не обязательно относящееся к основному заболеванию). Достаточно частыми в этой группе были неприятные физиологические ощущения, на которые больные реагировали тревожными опасениями или страхами по поводу развития в будущем тяжелых соматических заболеваний.

Дальнейший анализ был построен нетрадиционным образом — от результатов психодиагностического обследования к клиническим группам. Это позволило более подробно рассмотреть те клинические группы, в которых имелись достоверные различия в особенностях психического состояния больных.

Достоверное повышение усредненного профиля ММИЛ на 1-й шкале, отражающее подтвержденное клиническим исследованием беспокойство за состояние своего физического здоровья, фиксацию внимания на соматическом функционировании (не связанную однозначно с патологией локомоторной системы), отличало группу больных с двусторонним поражением тазобедренных суставов от группы больных с односторонним поражением (соответственно $65,1 \pm 0,6$ и $56,6 \pm 1,6$ Т-балла, $p < 0,01$). Больные с двусторонним поражением были более склонны к жалобам на здоровье, тщательному самонаблюдению, пессимизму в оценках и скептицизму в отношении медицинской помощи, что значительно затрудняло лечение и психотерапевтическую помощь.

Преобладание тревоги, депрессии, внутренней напряженности, сниженной самооценки, ощущение неблагополучия и неясной угрозы, постоянная потребность в поддержке — симбиотическая тенденция — отличали группу больных с выраженными нарушениями функции тазобедренного сустава, а также группу с максимальным коэффициентом нарушения функции от пациентов с легкими нарушениями функции: уровень усредненного профиля ММИЛ по 2-й шкале (D) — $61,5 \pm 1,0$ против $50,7 \pm 1,3$ Т-балла ($p < 0,01$) и $59,0 \pm 1,1$ против $50,0 \pm 1,5$ Т-балла ($p < 0,01$). Для этих групп больных были характерны реакции, сопровождающиеся чувством вины по поводу своей болезни и аутоагрессией.

Неудовлетворенность жизнью, ощущение собственной неприспособленности, переживание несправедливости и непонимания со стороны окружающих, склонность к реакции раз-

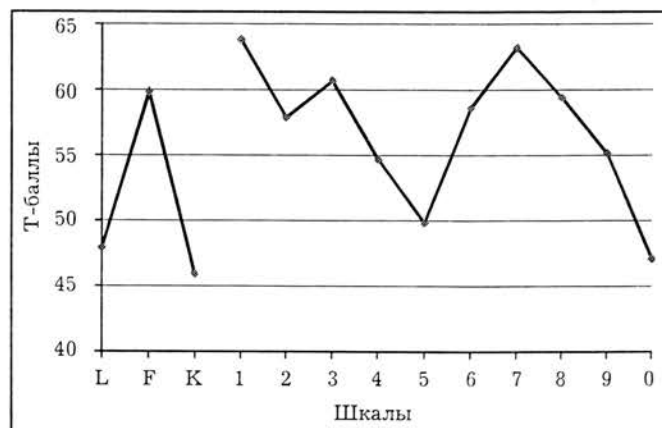


Рис. 1. Усредненный профиль ММИЛ больных коксартрозом (вся группа).

дражения, сниженная способность к планированию своего поведения, затруднения в формировании терапевтического альянса (как отражение низкой способности к установлению близких отношений) характеризовали группы больных с двусторонним коксартрозом и с давностью болезни свыше 10 лет (рис. 2).

Уровень усредненного профиля ММИЛ на 4-й шкале (Pd) имел достоверное различие у больных с односторонним и двусторонним поражением тазобедренных суставов (соответственно $46,1 \pm 1,1$ и $56,3 \pm 0,5$ Т-балла, $p < 0,01$) и у пациентов с давностью заболевания менее 3 и более 10 лет ($57,5 \pm 1,2$ и $50,4 \pm 1,4$ Т-балла, $p < 0,01$).

Склонность к возникновению тревожных реакций, ранимость, страхи, иррациональные опасения, неуверенность в себе, склонность к навязчивым страхам (в том числе страху смерти) отличали группы пациентов с давностью болезни менее 3 лет, с легким нарушением мобильности, а также группу больных, лечив-

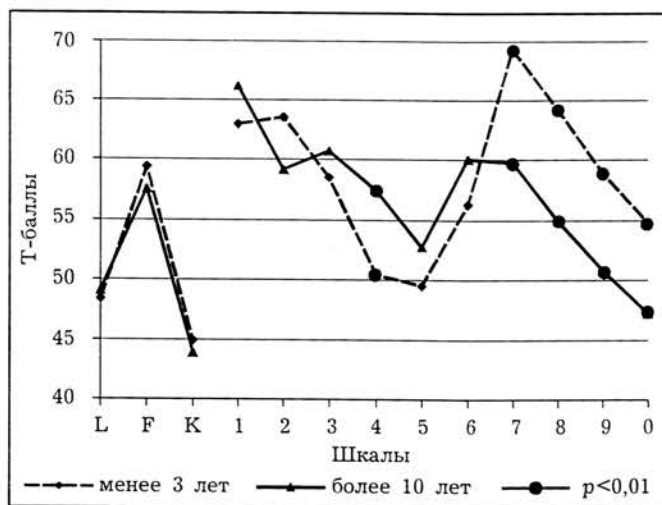


Рис. 2. Усредненный профиль ММИЛ больных коксартрозом с давностью заболевания менее 3 лет и более 10 лет.

шихся только консервативно. По уровню профиля ММИЛ на 7-й шкале (Pt) эти группы достоверно отличались от групп больных с давностью заболевания более 10 лет — см. рис. 2 ($64,7 \pm 1,7$ против $59,6 \pm 1,2$ Т-балла, $p < 0,01$), с тяжелым нарушением мобильности ($63,7 \pm 0,9$ против $55,5 \pm 1,9$ Т-балла, $p < 0,01$) и с перенесенной ранее операцией ($66,3 \pm 0,7$ против $54,8 \pm 1,0$ Т-балла, $p < 0,01$). Указанные особенности были достоверно более выраженными и в группе больных коксартрозом с сопутствующим ему остеохондрозом позвоночника ($66,5 \pm 1,1$ против $61,0 \pm 0,8$ Т-балла в группе без сопутствующих заболеваний, $p < 0,01$).

Реакция дистанцирования, изоляция в результате затруднения повседневных социальных контактов и слабости семейных связей, внутреннего напряжения и неудовлетворенность ситуацией, чувство одиночества также были более характерны для группы пациентов с небольшой давностью заболевания (см. рис. 2) и для больных коксартрозом с сопутствующим остеохондрозом позвоночника. Профиль ММИЛ на 8-й шкале (Sc) в этих группах был достоверно выше ($p < 0,01$), чем соответственно в группе давно болеющих и группе не имеющих сопутствующей патологии.

Уровень усредненного профиля на 9-й шкале (Ma) был достоверно выше в группах больных диспластическим коксартрозом ($58,1 \pm 0,6$ против $49,8 \pm 0,9$ Т-балла у заболевших во взрослом возрасте, $p < 0,001$); с давностью болезни менее 3 лет ($58,9 \pm 0,6$ против $50,8 \pm 0,2$ Т-балла в группе болеющих свыше 10 лет, $p < 0,01$); у больных с легким нарушением функции сустава, не утративших мобильность ($57,6 \pm 1,1$ против $52,5 \pm 1,1$ Т-балла в группе с выраженными нарушениями функции, $p < 0,01$). Эти данные подтверждают относительно большую активность, открытость, более высокий уровень настроения и оптимизма в указанных группах больных.

Достоверные отличия в уровне открытой агрессивности (Ag) по тесту «Рука» выявлены в группе больных старше 40 лет ($1,2 \pm 0,2$ против $0,6 \pm 0,2$ балла у более молодых пациентов, $p < 0,05$), в группе больных с большой скоростью прогрессирования заболевания ($1,3 \pm 0,3$ против $0,7 \pm 0,1$ балла у больных с относительно медленным прогрессированием процесса, $p < 0,05$) и в группе больных с выраженными нарушениями функции тазобедренного сустава ($1,1 \pm 0,2$ против $0,3 \pm 0,02$ балла при легких нарушениях функции, $p < 0,05$). Сопоставление субъективной оценки степени болевых ощу-

щений с показателями теста выявило у пациентов с сильной болью достоверно больший уровень страха (F) как тенденции, обратной предъявлению агрессии (уровень страха у них был в 8 раз выше), и зависимости (Dep), при которой тенденция к проявлению агрессии незначительна ($1,3 \pm 0,3$ против $0,3 \pm 0,1$ балла при умеренной боли, $p < 0,05$).

Обсуждение. Полученные данные были рассмотрены нами с точки зрения степени психологического приспособления больных коксартрозом к своему заболеванию. С этой целью проанализированы психологические особенности больных в разных клинических группах — по возрасту, давности заболевания, функциональному состоянию поврежденного органа, субъективной оценке боли, наличию сопутствующих заболеваний и др. В результате были выделены группы больных, имеющие тенденцию к нарушению психологической адаптации и нуждающиеся в консультации психолога или психотерапевта.

Клиническое обследование выявило, а психодиагностическое исследование подтвердило, что среди больных коксартрозом есть отдельные клинические группы, в которых степень психологической дезадаптации достоверно выше, чем в других. Прежде всего такой группой оказались пациенты с небольшой давностью заболевания (до 3 лет). Пункты стандартного клинического интервью, касающиеся отношения к своему заболеванию и представлений о нем, выявили во всех случаях либо отсутствие определенного мнения о своем заболевании, его механизмах, прогнозе и возможностях лечения, либо катастрофические представления о нем. Тревожные реакции, опасения и страхи (часто иррациональные), резкое сужение круга общения и чувство одиночества, высокая степень неудовлетворенности своей жизнью, имевшиеся у этих больных, возможно, были результатом несформированной «внутренней картины болезни» и обычно предъявлялись психотерапевту. Психотерапевтическая помощь данной группе пациентов должна включать как работу с опасениями и страхами, так и формирование адекватного представления о своем заболевании и отношения к нему.

Вторая группа больных, требующая внимания такого специалиста, — пациенты с выраженным нарушением функции и сильной болью. У них выявлялись низкая самооценка, чувство вины по поводу своего заболевания перед близкими, высокая степень страха и зависимости от окружения, а также некоторые

депрессивные тенденции в виде хронически сниженных настроения и активности. Такие больные нуждались в поддержке лечащего врача, а также в нахождении способов самоподдержки и развитии максимально возможной степени автономности в процессе работы с врачом-психотерапевтом или психологом.

Третьей группой, находящейся в фокусе внимания врача-психотерапевта, должны быть больные коксартрозом с сопутствующими жалобами на боли в спине (подтвержденный клинически или рентгенологически остеохондроз позвоночника). Многочисленными работами [2, 5, 7 и др.] показано, что боль в спине нередко бывает соматическим проявлением эмоциональных нарушений (конверсионные расстройства, скрытая депрессия). Данные клинического и психодиагностического обследования больных коксартрозом подтверждают это, поскольку степень выраженности психологической дезадаптации у пациентов рассматриваемой группы достоверно выше, чем в группе больных без сопутствующей патологии. Стандартное клиническое интервью в этих случаях выявляло депрессивные тенденции с уменьшением числа контактов, чувством одиночества, безнадёжности и беспомощности, неудовлетворенностью жизненной ситуацией. Соответственно психотерапевтическая работа в данном случае может быть сфокусирована на депрессивных тенденциях больного.

Наконец, в группе пациентов с двусторонним поражением тазобедренных суставов полезным может оказаться воспитание навыка справляться с беспокойством по поводу своего соматического здоровья. Ценным добавлением к психотерапевтической помощи может стать в этом случае разъяснительная работа с больным лечащего врача-ортопеда.

Заключение

Полученные данные позволяют фиксировать внимание лечащего врача и врача-психолога или психотерапевта на наиболее психологически дезадаптированных группах больных коксартрозом. Такого внимания к себе требуют пациенты с двусторонним поражением тазобедренных суставов, выраженным нарушением статодинамической функции, а также больные с сопутствующим остеохондрозом позвоночника и с субъективно высоким уровнем болевых ощущений. Кроме того, особое внимание должно быть уделено пациентам с небольшой давностью заболевания. Выявленные психологические особенности этих групп

больных коксартрозом могут быть использованы для определения тактики психологической работы с ними как лечащего врача, так и специалиста-психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. — М., 1976.
2. Словарь-справочник по психологической диагностике /Под ред. Л.Ф. Бурлачука, С.М. Морозова. — Киев, 1989.
3. Dexter P., Brandt K. //Rheumatology. — 1994. — Vol. 21, N 2. — P. 279–286.
4. Faucett I.A. //J. Pain Symptom Manage. — 1994. — Vol. 9, N 8. — P. 11–19.
5. Felton B.J., Revenson T.A. //J. Consult. Clin. Psychol. — 1984. — Vol. 52. — P. 343–353.
6. Gross M. //Br. Soc. Work. — 1981. — Vol. 6, N 3. — P. 40–46.
7. Hays R.D. et al. //Arch. Gen. Psychiatry. — 1995. — Vol. 52, N 1. — P. 11–19.
8. Lunghy M.E. et al. //J. Psychosom. Res. — 1978. — Vol. 22, N 1. — P. 57–63.
9. Pancheri P. et al. //Scand. J. Rheumatol. — 1978. — Vol. 7, N 1. — P. 57–63.
10. Physical medicine and rehabilitation /Ed. R.L. Braddom. — Philadelphia, 1996.

PSYCHOLOGIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH COXARTHROSIS

I.D. Bulyubash, T.V. Builova, A.A. Gazarov, N.N. Kostyunina

Forty four female patients with degenerative-dystrophic hip diseases were subjected to clinical and psychological examination. Psychological method included Minnesota Multiphasic Personal Inventory test and «Hand» test. It was shown that patients with marked disorders of static-dynamic function, bilateral hip joint pathology accompanied spine osteochondrosis as well as the patients with relatively early stage of the disease and with high level of pain sense were the most disadapted. These data may be used for the elaboration of the complex rehabilitation program.

© В.А. Филиппенко, А.Г. Истомин, 1999

В.А. Филиппенко, А.Г. Истомин

СОХРАНЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЯСА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА

Институт ортопедии и травматологии им. М.И. Ситенко, Харьков (Украина)

Проанализированы функциональные результаты оперативного лечения 192 пациентов с опухолями и опухолеподобными заболеваниями таза. У 162 боль-