

психотические формы поведения, антисоциальные установочные виды поведения — больничное слабоумие, установочная нетрудоспособность.

Из приведенной характеристики состояния ПА ясно, что ее нарушения любой степени могут быть обусловлены патологией различных отделов нервной системы и при этом выраженность болезни может быть оценена на основании единого подхода — обобщенного определения нарушения социальной и биологической адаптации пациента в связи с болезнью.

В зависимости от состояния ПА можно выделить пять степеней выраженности любого заболевания нервной системы.

1-я степень (легчайшая) — без нарушений ПА. Она констатируется при выявлении легких проявлений болезни, которые могут кратковременно усиливаться при повышенных нагрузках, уменьшаться или исчезая в оптимальных условиях. Легчайшая степень может быть приравнена к состоянию клинического здоровья, но ее выделение оказалось весьма эффективным при проведении эпидемиологических исследований, осуществлении пятигрупповой диспансеризации, профилактических и реабилитационных мероприятий. 2-я степень (легкая) характеризуется незначительными нарушениями ПА, 3-я (средняя) — умеренными, 4-я (тяжелая) — значительными, 5-я (крайне тяжелая) — почти полной утратой ПА. Поскольку нарушения ПА при различных заболеваниях нервной системы обусловлены преимущественным расстройством той или иной системы, коллективом кафедры неврологии разработаны конкретизированные характеристики для комплексной оценки каждой степени выраженности при основных заболеваниях нервной системы. Эти критерии, успешно используемые нами, нашими учениками и коллегами в течение 15 лет, позволили получить сопоставимые данные о клиническом полиморфизме и выраженности существенно различающихся заболеваний, определить столь важные для процесса реабилитации режим и этап, ее уровень, эффективность различных средств и методов, применяемых в системе реабилитации. Пятистепенная оценка выраженности болезни на основании учета нарушений ПА легла в основу распределения диспансеризуемых по группам учета и перевода их из группы в группу в процессе диспансеризации.

Выделение легчайшей степени выраженности болезни дало возможность при эпидемиологических исследованиях остеохондроза позвоночника выявить в популяции качественно отличающийся вариант неврологических проявлений и после генетико-эпидемиологических исследований обосновать двухпороговую модель подверженности к остеохондрозу позвоночника [7]. По-

казатели нарушения ПА имеют особое значение для врачебно-трудовой экспертизы, ибо с учетом социального критерия (наличия профессии, характера выполняемого труда) с их помощью можно определить характер экспертного заключения [8].

Таким образом, объективная и унифицированная оценка степени выраженности болезни с использованием интегративного критерия — состояния ПА — позволяет решить основные задачи, возникающие перед врачом в процессе лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий при различных неврологических заболеваниях. Среди этих задач — характеристика индивидуальных особенностей заболевания; эпидемиологическая характеристика распределения различных заболеваний по тяжести в различных регионах или в одном регионе, но в разные годы, в разных выборках населения; стандартизированная сравнительная оценка эффективности лечения; прогнозирование дальнейшего течения болезни, полноты и стойкости ремиссии, уровня реабилитации; обоснованное изменение комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в зависимости от режима и этапа реабилитации; адекватное и максимально объективное решение вопросов ВТЭ; проведение пятигрупповой диспансеризации на основании единого для заболеваний нервной системы критерия. Реализация указанных мероприятий имеет важное значение для объединения и дифференциации усилий по оказанию лечебно-реабилитационной и профилактической помощи различным группам неврологических больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коган О. Г., Шмидт И. Р., Толстоколов А. А. и др. Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника. — Новосибирск, 1983.
2. Коган О. Г., Гурков Я. В., Иванов В. В. и др. Клинико-морфофункциональная классификация миастении и принципы диагностики. — Методические рекомендации. — Новокузнецк, 1982.
3. Коган О. Г., Найдин В. Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. — М., 1988.
4. Коган О. Г. Реабилитация больных при травмах позвоночника и спинного мозга. — М., 1975.
5. Парфенова Л. В. Медицинские и социальные аспекты реабилитации неврологических больных. — Л., 1984.
6. Шмидт И. Р. Принципы диспансеризации при наследственных заболеваниях нервной системы. / Диспансеризация больных с заболеваниями нервной системы. — Ставрополь, 1990.
7. Шмидт И. Р. Остеохондроз позвоночника. Этиология и профилактика. — Новосибирск, 1992.
8. Заславский Е. С., Ильина Э. Р. Врачебно-трудовая экспертиза при неврологических синдромах остеохондроза позвоночника. — Методические рекомендации. — Новокузнецк, 1981.

Поступила 25.01.94.

УДК 616.133.33—085.86

ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А. А. Скоромец, З. Ф. Буракова, Т. А. Скоромец

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав. — проф. А. А. Скоромец)
Санкт-Петербургского медицинского института имени акад. И. П. Павлова

Реферат. Проведены психореабилитационные мероприятия у больных с сосудистой патологией головного мозга. Показана возможность формирования у больных активной установки на психогигиеническую нейрососуди-

стую саморегуляцию, применения ими навыков ауторелаксации в психотравмирующих ситуациях, что повышает эффективность реабилитационных мероприятий и продлевает трудоспособность данного контингента.

БАШ МИЕ КАН ЭЙЛӘНЭШЕ БЕЛӘН БЭЙЛЕ
АВЫРУЛАРНЫҢ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОН
АСПЕКТЛАРЫ

А. А. Скоромец, З. Ф. Буракова, Т. А. Скоромец

Баш миенен кан тамырлары патологияле авыруларда психореабилитацион чаралар үткөрелгән. Андый авыруларда психогигиена ысулларыннан берсе булып ауторелаксация тора.

PSYCHOREHABILITATION ASPECTS IN VASCULAR
DISEASES OF THE BRAIN

A. A. Skoromets, Z. F. Burakova, T. A. Skoromets

The psychorehabilitation measures are performed in patients with vascular pathology of the brain. The possibility to form the active aim at psychohygienic neurovascular self-regulation, to use the autorelaxation habits in psycho-traumatizing situations in patients is shown, resulting in an increase of the efficacy of rehabilitation measures and prolongation of the ability to work of the contingent.

Психосоматический подход к профилактике и реабилитации при сосудистых заболеваниях мозга предусматривает изучение личности, поведенческих, социально-психологических факторов, нейро- и психосоматических соотношений.

Выделено несколько степеней психоэмоционального напряжения в ответ на действие травмирующей ситуации [2]: 1) усиление внимания, функций сердечно-сосудистой системы, повышение активности коры головного мозга и мышечного тонуса; 2) стенические отрицательные эмоции (гнев, ярость, негодование) с чрезмерными вегетативными сдвигами; 3) астенические отрицательные эмоции (страх, тоска) с вегетативными расстройствами; 4) невроз с нарушением регуляции внутренних органов и гомеостаза, поражение «места наименьшего сопротивления» и развитие психосоматических заболеваний. Каждая степень состояния напряжения определяется особенностями личности в ответ на конкретную обстановку. При невозможности удовлетворить свои потребности возникает длительное отрицательное эмоциональное возбуждение, что создает угрозу суммации и генерализации этого возбуждения через вегетативные структуры головного мозга с воздействием на висцеральные функции, в частности на сердечно-сосудистую систему. К ведущим, достоверно доказанным факторам риска сосудистых заболеваний головного мозга относят психоэмоциональное напряжение, артериальную гипертензию, со стороны сердца ишемическую болезнь и нарушение ритма, ожирение, гиподинамию, гиперлипидемию, повышенную агрегацию тромбоцитов, изменение гематокрита, возраст, наследственную предрасположенность, курение, алкоголизм. Важное значение имеют их полифакторность и зависимость от реактивности и адаптивности организма [4].

В психотравмирующей ситуации возможны различные пути развития эмоционального стресса. При надежных механизмах адаптации стресс не приводит к изменениям функций организма. В других случаях могут возникать церебральные и соматические нарушения. Расстройства церебровисцеральных взаимоотношений способствуют развитию артериальных дистоний, гипертензий и атеросклероза [1, 5].

Варианты психосоматического реагирования зависят от особенностей личности, темперамента, характера, направленности интересов, ведущих

установок, мотивации деятельности и др. Развитие артериальной гипертензии в нередких случаях может быть спровоцировано психастеническим и эпилептоидным складом личности. Преморбидное состояние таких больных отличается аффективной неустойчивостью, тревожностью, мнительностью, повышенной впечатлительностью и возбудимостью, ригидностью установок и т. п. [3]. Характерологические черты страдающих гипертонической болезнью проявляются скрытностью, упрямством, неудовлетворенностью собой и окружением, враждебной настроенностью в сочетании с чрезмерным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения.

Нами обследованы 50 здоровых лиц, 70 больных вегетососудистой дистонией с субклиническими проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга и 210 пациентов с начальной дисциркуляторной энцефалопатией. Установлено, что при эмоциональном стрессе у лиц с повышенной тревожностью и нейротизмом, интровертированностью имеют место гипокинетическая перестройка центральной гемодинамики, повышение периферического сопротивления сосудов, формирование миокардиальных дисфункций, изменение регионального кровораспределения, уменьшение просвета артериолярного и венозного колена капилляров. Эти реакции принципиально отличаются от таковых у обследованных с гармоничными личностными чертами.

По нашим данным, психосоматическая патология вначале формируется как психогенная реакция на конфликтную ситуацию у акцентуированных по тревожно-депрессивному типу личностей. Затем вследствие процесса «соматизации аффекта» (статистически значимое снижение показателей тревоги, депрессии) ведущая патология смещается с невротического на соматический уровень. В клинической картине заболевания начинает доминировать соматическая патология, которая не только маскирует истинную причину заболевания, но и становится своеобразной защитой личности, ее особой анозогнозией психотравмирующей ситуации. При развитии сосудистой патологии головного мозга психологическая переработка этой ситуации, основанная на уверенности больных в тяжести или неизлечимости своего заболевания, приводит к появлению вторичной невротизации. Иными словами, выраженность соматического у таких больных со временем вызывает снижение порога реагирования на стресс, а также уменьшение его толерантности, в результате этого формируется высокая готовность к психогенному реагированию.

Нарушения гемодинамики вследствие повышения тонуса мозговых сосудов с их спазмированием, затруднением венозного оттока, дистрофией миокарда из-за его перегрузки вызывают неприятные ощущения: головную боль, шум в голове, головокружение, боли в левой половине грудной клетки. Пациентами с тревожно-мнительными чертами характера это интерпретируется как угрожающие жизни нарушения. Ипохондрические мысли, с одной стороны, увеличивают остроту восприятия этих ощущений, а с другой — вызывают патологические реакции личности на болезнь.

В группе здоровых выделены различные уровни психического здоровья: «здоровые» (29,8%), у которых отсутствовали психопатологические

симптомы и наследственная отягощенность психогенными и сердечно-сосудистыми заболеваниями и «практически здоровые» (70,2%). Акцентуация характера определялась у 23% здоровых лиц, которых рассматривали как контингент риска в отношении возможности возникновения сосудистой патологии мозга.

При клинко-психопатологическом обследовании больных с вегетососудистой дистонией акцентуация характера выявлена у 79% из них, причем чаще психоастенического, сенситивного и астеноневротического типов. При психологическом тестировании по методу СМИЛ у большинства здоровых лиц выявлен усредненный гармоничный профиль, у лиц с вегетососудистой дистонией — акцентуированный с подъемом по шкалам сверхконтроля и тревожности.

У больных с начальной дисциркуляторной энцефалопатией в психическом статусе преобладали патологические реакции личности на болезнь: тревожно-депрессивные, дисфорические, ипохондрические. Отмечались трансформации типа акцентуаций характера с истероидными и эксплозивными компонентами, более частыми декомпенсациями, тесно связанными с фазами течения васкулярно-церебрального заболевания (обострение, ремиссии).

Психологическое тестирование по методу СМИЛ больных дисциркуляторной энцефалопатией выявило усредненный профиль с признаками затрудненной адаптации.

Психореабилитационные мероприятия у больных с начальными проявлениями сосудисто-мозговой недостаточности были направлены на достижение осознания психологических механизмов болезни, реконструкцию нарушенных отношений личности, коррекцию неадекватных реакций и форм поведения. Наряду с индивидуальной и групповой патогенетической психотерапией больных обучали методам ауторелаксации и саморегуляции под контролем биологической обратной связи. После овладения навыками релаксации пациенты пользовались ими для устранения психоэмоционального напряжения, вегетососудистых и метеопатических реакций.

У больных с начальными проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии преобладали нарушения поведения и личностные расстройства. Поэтому психокоррекционная система включала в себя ряд таких факторов, как когнитивный, физиологический, поведенческий с элементами творческой системы К. С. Станиславского. Специальные формулы регуляции поведения у таких больных были направлены как на коррекцию нарушений поведения, так и на регуляцию ритма и частоты сердечной деятельности, дыхания в психотравмирующих ситуациях.

Занятия когнитивно-поведенческим тренингом у таких больных сочетались с методом самовоспитания и социально-психологическим тренингом.

В целом система психореабилитации больных начальной дисциркуляторной энцефалопатией включала следующие этапы.

1. Личностно-реконструктивную психотерапию и адаптивное биоуправление: а) индивидуальную и групповую патогенетическую психотерапию; б) метод групповой релаксации с биологически обратной связью, ориентированной на

лидера; в) адаптивное сосудистое биоуправление.

2. Активное социально-психологическое обучение: а) нейрососудистый вариант когнитивно-поведенческого тренинга (по типам акцентуаций характера); б) метод самовоспитания.

3. Социально-психологический тренинг.

Весь курс системной психопрофилактики и психореабилитации при начальных явлениях сосудисто-мозговой недостаточности составлял 1,5 — 2 месяца с частотой занятий от 2 до 3 раз в неделю. В результате курса психопрофилактики у 92% здоровых лиц с факторами риска сформировалась активная установка на психогигиеническую нейрососудистую саморегуляцию и ауторелаксацию. Повторное тестирование у здоровых показало достоверное снижение средних значений теста СМОЛ по шкалам сверхконтроля (ипохондрии), эмоциональной лабильности, увеличение по шкале оптимизма и активности ($P < 0,01$), что свидетельствовало о повышении устойчивости к стрессу. Улучшались настроение и социальная адаптация.

Использование системной и дифференцированной психореабилитации при начальных проявлениях сосудисто-мозговой недостаточности и дисциркуляторной энцефалопатии приводило к осознанию психологических механизмов болезни у 95% больных и к регрессу невротических симптомов у 97%. Астенические расстройства пограничного уровня исчезли у 98,6% лиц. Уменьшение депрессивных нарушений наблюдали с такой же частотой. Более длительно в психическом статусе сохранялись ипохондрические и истерические расстройства. В результате системной психотерапии ипохондрические симптомы исчезли у 78% больных, ослаблялись истерические нарушения — у 68,5%. При повторном тестировании установлено статистически достоверное снижение значений теста по шкалам невротической триады (ипохондрии, депрессии, эмоциональной лабильности) и тревожности ($P < 0,01$).

Наряду с улучшением психического состояния больных с начальными проявлениями сосудисто-мозговой недостаточности и дисциркуляторной энцефалопатии отмечена положительная динамика и неврологических знаков. В частности, устранялась анизорефлексия на конечностях у 81% больных, уменьшался тремор пальцев рук у 82%. Вегетососудистые нарушения компенсированы у 97% больных.

Положительная динамика получена и при контрольной реоэнцефалографии: снижение повышенного тонуса, уменьшение дистонии и асимметрии пульсового притока, улучшение реакции на нитроглицерин. Психотерапевтический эффект удерживается более 4 — 5 лет; повторные курсы психотерапии целесообразны каждые 2 — 3 года.

Итак, данные проспективного динамического наблюдения за состоянием психоэмоциональной сферы у больных с начальными проявлениями цереброваскулярной недостаточности указывают на возможность формирования активной установки на психогигиеническую нейрососудистую саморегуляцию у большинства пациентов, применения ими навыков ауторелаксации в психотравмирующих ситуациях. Более эффективным в зависимости от этого становится весь комплекс реабилитационных мероприятий и соответственно более длительной трудоспособность пациентов.

1. Гусев Е. И., Боголепов Н. К., Бурд Г. С. Сосудистые заболевания головного мозга.— М., 1979.

2. Профилактическая кардиология. /Под ред. Г. И. Косицкого.— 2-е изд.— М., 1987.

3. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства.— М., 1986.

4. Трошин В. Д., Семенова Е. П. // Сов. мед.—1982.— № 11.— С. 3—7.

5. Biondi M., Guerant G. // Med. Psicosom.—1983.— Vol. — P. 187—210.

Поступила 25.01.94.

УДК 616.8—08

КОНЦЕПЦИЯ АДАПТИВНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДОМИНАНТЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

А. А. Старченко, А. Н. Хлуновский

Кафедра нейрохирургии (начальник — проф. Б. В. Гайдар) Военно-медицинской академии, г. Санкт-Петербург

Реферат. Предложена концепция адаптивной функциональной доминанты ЦНС для описания общих закономерностей течения патологического и саногенеза у нейрохирургических больных. Показано, что от формирующейся адаптивной доминанты зависят исход заболевания и преимущественное направление нейрореабилитации.

ҮЗӘК НЕРВ СИСТЕМАСЫНЫҢ ЯРАҚЛАШУ
ФУНКЦИОНАЛЬ ДОМИНАНТАСЫНЫҢ НЕРВ
СИСТЕМАСЫН ҮЗ ХӘЛЕНӘ ҚАЙТАРУНЫ АЛДАН
КҮРҮДӘГЕ КОНЦЕПЦИЯСЕ

А. А. Старченко, А. Н. Хлуновский

Нейрохирургик авыруларның патологического и саногенеза үзгәчлекләрен билгеләү өчен үзгәк нерв системасының ярақлашу функциональ доминантасы концепциясе тәкъдим ителгән һәм анарга сәламәтләну белән нейрореабилитациянең бәйләнеше күрсәтелгән.

CONCEPTION OF THE ADAPTIVE FUNCTIONAL
DOMINANT OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN THE
PREDICTION OF NEUROREHABILITATION RESULTS

А. А. Starchenko, А. Н. Khlunovsky

Summary. The conception of the adaptive functional dominant of central nervous system for the description of general regularities of the patho- and sanogenesis course in neurosurgical patients is proposed. It is shown that the disease result and primary trend of rehabilitation depend on the developing adaptive dominant.

В последние годы в физиологической литературе появились указания на то, что в центральной нервной системе существует системообразующий механизм, который обеспечивает субординацию, синхронизацию, согласование и сопряженность биологических структур и их функций [2, 3]. Сопоставление теорий доминанты А. А. Ухтомского, функциональных систем П. К. Анохина и детерминанты К. Г. Крыжановского приобретает весомое значение [1, 4, 5], особенно в клинике нервных и нейрохирургических болезней. Адаптирование этих физиологических воззрений имеет принципиальное значение для развития клинической нейрохирургии. Актуальность поиска общебиологических закономерностей в нейрохирургии обусловлена значительной долей неблагоприятных исходов оперативного лечения травм, опухолей центральной нервной системы, сосудистых аномалий. Особое значение в этом плане имеют современные представления о психонейроиммуноэндокринологии, которая изучает наиболее важные системы организма, проводящие прием, обработку и выдачу информации.

Работа основана на оценке результатов нейрореабилитации 130 больных с опухолями головного мозга (ОГМ) различного происхождения и

степени злокачественности, 107 пострадавших с закрытой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) различной тяжести, 108 пострадавших с огнестрельными, минно-взрывными ранениями черепа и головного мозга (ОРЧ) и 20 больных с сосудистыми аномалиями (аневризмы и мальформации).

При изучении послеоперационного периода у пострадавших с травмами, больных с опухолями ЦНС, сосудистыми аномалиями и различными исходами оперативного вмешательства определены место и роль функциональных систем (ФС) в процессах саногенеза и патогенеза. Особую системообразующую роль во взаимоотношениях саногенеза и патогенетических реакций играет функциональная доминанта саногенеза (ФДС) как мера агрессивности совокупных раздражений внешней и внутренней сред [6]. Функциональная доминанта саногенеза, взаимодействуя с организмом, согласно принципу Ле Шателье, порождает интегральную ответную реакцию приспособительного плана. Организация и функционирование последней осуществляются по принципу доминанты А. А. Ухтомского [4], возникающей на различных структурно-функциональных уровнях ЦНС. Эта адаптивная функциональная доминанта ЦНС (АФД ЦНС) может быть определена как генерализующая совокупность психонейроиммуноэндокринных связей, формирующая различные ФС приспособительного назначения. При этом следует выделить адекватные и неадекватные варианты АФД ЦНС. Еще одной очень важной составляющей саногенеза является его адаптивный потенциал (АПС), представляющий собой совокупность разнообразных ресурсов организма и составляющий базу для развертывания приспособительных реакций.

Взаимодействие АФД ЦНС и АПС приводит к формированию различных типов нейрогуморальной регуляции и, следовательно, различных типов ФС. Адекватная АФД ЦНС соответствует характеру патологического процесса и формирует в организме строго синхронизированные во времени и между собой ФС. При этом адекватная АФД ЦНС может быть оптимальной, тогда она приводит к созданию ФС с оптимальной организацией и реактивностью. При сочетании оптимальной реактивности и высокого АПС патогенез трансформируется в саногенез с благоприятным течением и исходом болезни в выздоровление. Примерами могут служить группа больных с доброкачественными ОГМ и благоприятным исходом операции, группа пострадавших с закрытой ЧМТ легкой и средней степени тяжести