

Предложенная в литературе трактовка адаптивного влияния неопределенности для пациента, связанной с информацией о диагнозе онкологической патологии, прогнозе заболевания и прочих сопутствующих событиях, учитывает ситуативное влияние информированности пациента на его психологический статус, в то время как отдаленные психические последствия действия неопределенности до настоящего времени в научной литературе не нашли своего отражения.

Предпринятое изучение влияния антиципационных механизмов на психический статус онкологических больных, перенесших радикальные онкогинекологические операции, позволяет уточнить некоторые пато- и сапогенетические параметры психогенеза и организации психологической реабилитации. Антиципационный тренинг, оказывавший в исследованиях адаптивное влияние на постоперационное психопатологическое симптомообразование, не противопоставляется неопределенности, которую проблематично создать на практике, а раскрывает вероятностный характер параметра «определенность-неопределенность». Ведь в практической деятельности онкологов создать неопределенность практически невозможно, поскольку сообщение больному о злокачественном характере заболевания однозначно, а информирование пациента о доброкачественном характере его болезни по крайней мере двузачно (то есть либо диагност прав, либо ошибается — сознательно или неосознанно). Таким образом, неопределенность переходит в категорию вероятностного прогнозирования. В рамках антиципационного тренинга пациенту предлагается сформировать вероятностный характер

будущего, причем направленность антиципационного тренинга — это сферы будущего, которые осознанно или неосознанно исключаются пациентом из процесса антиципации. Следовательно, формируется не только более четко структурированная неопределенность, которую вернее называть вероятностной определенностью, но и создается адекватная, как показали исследования, платформа, позволяющая проводить профилактику пограничных нервно-психических расстройств. Вследствие этого проблема информированности онкологических больных о диагнозе переходит в иное русло — антиципационного тренинга, причем последний, видимо, должен естественно входить в систему воспитания, в частности психологической устойчивости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасименко В. Н. Реабилитация онкологических больных. — М., 1988.
2. Ломов Б. Ф., Сурков Е. Н. Антиципация в структуре деятельности. — М. 1980.
3. Менделевич В. Д. // Казанский мед. ж. — 1988. — 1. — С. 56 — 59.
4. Менделевич В. Д. Тезисы докладов Всероссийской конференции. — М. — Витебск, 1989. — С. 92 — 94.
5. Менделевич В. Д. // Психол. журн. — 1990. — № 6. — С. 113 — 117.
6. Менделевич В. Д. Материалы научно-практической конференции. — Казань, 1991. — Ц. 302 — 307.
7. Ромасенко В. А., Скворцов К. А. Нервно-психические нарушения при раке. — М., 1961.
8. Сидоренко Л. Н. Мастопатия. — Л., 1991.
9. Тхостов А. Ш. // Невропатол. и психиатр. — 1984. — № 12. — С. 1839 — 1844.
10. Чиссов В. И., Грицмане Ю. Я., Шубин Б. М. Деонтология в медицине. — М., 1988. — Т. 2. — С. 103 — 145.
11. Beck A., Cognitive therapy and emotional disorders. — New-York, 1976.

Поступила 19.03.94.

УДК 616.71—002.27—039.35—08

ДЕЗАВТОМАТИЗАЦИЯ ДВИЖЕНИЙ КАК ПРИНЦИП РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ОСТЕОХОНДРОЗА

Я. Ю. Попелянский

Всероссийский центр вертеброневрологии (руководитель — проф. Я. Ю. Попелянский) при Казанском медицинском университете

Реферат. На основании анализа клинической сущности остеохондроза и конкретной иллюстрации постулируется важный принцип реабилитации в остром периоде остеохондроза — дезавтоматизация моторики, перманентное управление, формирование врачом защитных динамических стереотипов.

ОСТЕОХОНДРОЗ АВЫРУЫН РЕАБИЛИТАЦИЯЛӘУДӘ ХӘРӘКӘТЛӘРНЕ ДЕЗАВТОМАТИЗАЦИЯЛӘУ ПРИНЦИПЫ

Я. Ю. Попелянский

Остеохондрозның клиникасына анализ нигезендә реабилитацияләүнең төрле принциплары каралган.

DEAUTOMATIZATION OF MOTIONS AS A PRINCIPLE OF REHABILITATION IN THE ACUTE PERIOD OF OSTEOCHONDROSIS

Ya. Yu. Popelyansky

Summary. Based on the analysis of the clinical essence of osteochondrosis and concrete illustration, an important principle of rehabilitation in the acute period of osteochondrosis — deautomatization of motility, permanent control, formation of protective dynamic stereotypes by the physician — is postulated.

Остеохондроз как понятие клиническое всегда включает неврологическую симптоматику. Без нее нет той декомпенсации, которая опреде-

ляет клинические проявления. Соответствующая синдромология обусловлена декомпенсацией в состоянии позвоночного двигательного сегмента (ПДС), стрессовой реакцией нервных аппаратов управления этим сегментом и моторикой в целом. Цивилизованное лечение остеохондроза — это в большой степени и есть компенсирующее управление движениями, особенно в пораженном ПДС, это воздействие на поведение уже с первых этапов обострения, а также реабилитация. Управление же моторикой предусматривает учет ее афферентных (отнюдь не одних лишь болевых), эфферентных и интернейрональных компонентов. Сужение круга лечебных задач «борьбой с болью», «устранением суставных блокад» или миофасциального очага может принести временное (по существу, коварное) облегчение. Воздействие на измененную позу (на так называемый двигательный стереотип) — важный шаг вперед, так как оно направлено уже на интегративные механизмы двигательной системы. Однако уже сам термин выявляет недостаточность этого принципа. Термин представляет собою усеченное понятие динамического стереоти-

па И. П. Павлова [5], а он предусматривает несложившиеся стереотипные связи, пусть и различные на разных этапах. Относительно моторики он должен означать не позу, а динамическое организованное поведение (последовательное, сукцессивное). По точному выражению Н. А. Бернштейна [1], оно изменчиво афферентируется извне и из организма, непрерывно строится одновременно на разных функциональных этапах всей нервной системы. Вот почему, с одной стороны, можно согласиться с рядом авторов [9, 10], использующих понятие «двигательный стереотип»: интегративный принцип оправдывает их сенегдоху — лечить там, где болит, значит, ничего не лечить. Оно отражает правильный учет пространства тела. С другой стороны, следует иметь в виду, что оно не учитывает временной (сукцессивный) характер моторики, динамическое созидание движения.

В настоящем сообщении мы попытались обосновать необходимость учета не статического, а динамического стереотипа в коррекции моторики больного остеохондрозом уже в острой стадии. Заметим, что медикаментозное мануальное тракционное лечение и физиотерапия лишь косвенно способствуют реабилитации. Последняя (в узком смысле) обязана реабилитировать, делать способным выполнять бытовые или профессиональные двигательные задачи. На этапе восстановления двигательная активность будет облегчаться и стимулироваться лечебной гимнастикой, физиопроцедурами и пр. На первых же порах, на этапе прогрессирования обострения приходится реабилитировать моторику в условиях упомянутого стресса — это движение осуществляется как бы под огнем противника (мы бы назвали ее беллюмой: *bellum* — война). Активность определяется не только двигательной задачей, но и задачей защиты отечного корешка.

3., 60 лет, в течение 25 лет страдает периодическими обострениями остеохондроза. ЯМР-исследование подтвердило пирамидально-фораминальную грыжу диска L IV—V слева в условиях узкого позвоночного канала. Два года назад больной перенес жесткое обострение с грубыми признаками компрессии корешка L V, однако с наступлением ремиссии он нарушал двигательный режим, выполнял физические работы. За две недели до госпитализации началось обострение с жесткими схваткообразными болями в левой ягодице, а затем со сжимающими болями в глубине левой голени. Они усиливаются или появляются при перемене положения, а попытки вернуться в постели вызывают резкую боль в пояснице. В статусе, кроме резидуальных явлений выпадения в дермо- и миотоме L V, отмечается резкая болезненность наружного края левой камбаловидной и средней ягодичной мышц. При ходьбе последняя контурируется и плотнее больше, чем справа. Вегетативные нарушения в ноге незначительны, состояние ее крупных сосудов, по данным дуплексного сканирования, в норме. Выраженный вертебральный синдром: гомологичный сколиоз II степени, сглажен поясничный лордоз. Невозможны кифозирование и, особенно, вращение влево. Наклоны туловища совершаются лишь за счет тазобедренных суставов. Попытка кифозирования (на 25—30°) вызывает резкую боль в пояснице слева, а вращение влево — боль в пояснице со «знакомой» схваткообразной болью в левой ягодице. Дегидратирующие, сосудорасширяющие средства эффекта не давали, растяжение уменьшало боли лишь на короткое время. Любое положение покоя в постели с самого начала или через 10—30 минут сопровождалось сжимающей, «вибрирующей» болью в голени. Необходимо подниматься для приема пищи и отправления физиологических потребностей требовала нарушения режима абсолютного покоя. Двигательные акты по произвольным стимулам (повороты в постели, усаживание, укладывание), выполнявшиеся по автоматическим формулам, вызывали невыносимые боли.

Мы приступили к постоянному руководству двигательным поведением больного. С учетом тех автоматических движений, которые провоцируют боль, была составлена программа их дезавтоматизации.

1. Исключить вращение поясничного отдела влево, что привычно начинается с поворота таза (флексорного выноса левого бедра при фиксации правого). Поворот тела осуществлять после захвата края ложа левой рукой. Затем, чтобы избежать автоматического первоочередного включения левой половины таза, совершить поворот всего тела быстро, даже толчкообразно. Внутрь больному, что это произойдет безболезненно (со второго-третьего раза опыт убедит в безболезненности таких поворотов). Интересно, что попытка мануального терапевта очень осторожно произвести пассивное вращение поясничного отдела вызвала усиление болей.

Цель: все перечисленные приемы (исключая упомянутое мануальное воздействие) предохраняют от насильственного — несаногенетического — преодоления торсии поясничного отдела позвоночника и от дополнительного уменьшения межпозвонкового отверстия L IV—V слева, то есть от дополнительной компрессии корешка L₅.

2. Чтобы сесть, надо опереться на правый локоть, а ладонью левой руки — на спинку стоящего рядом стула или на другой предмет. Сев, сразу выпрямить руки и очень легким упором ладоней о ложе разгрузить позвоночник в течение 15—20 секунд. Такая предварительная разгрузка требуется и при необходимости встать из положения сидя. Если же больной пожелает сменить положение лежа на вертикальное, минув позу сидя в течение продолжительного времени, он должен сразу выпрямить туловище, повернуться вокруг правой ягодицы, став сразу на обе ноги с большим упором на здоровую. Один из приемов подъема с постели и укладывания — через положение на четвереньках по Минору. При подъеме с положения сидя можно пользоваться приемом «лестницы», как и при миопатиях.

Цель: все это предохраняет мышцы пораженного ПДС от дополнительного произвольного и синкинетического напряжения, от дополнительного «выдавливания» грыжи, давления на корешок и от рефлекторного спазма ягодичных мышц.

3. Ходьба по коридору до туалета и по палате возможна уже со 2—3 дня при следующих условиях:

а) с помощью палки, но без попыток использовать ее как костыль, опираться на нее слегка; лучше две разные по длине палки, причем короткая должна соответствовать стороне вогнутости сколиоза, чтобы не преодолевать его насильно;

б) в положении стоя избегать рывковых движений рук, особенно их резкого поднимания (натяжения широчайшей мышцы и тораколумбальной фасции) и разгибания — оба эти движения провоцируют грубые cervico-люмбальные синкинезии.

Цель: см. пункты 1 и 2.

4. При крайней необходимости подниматься и спускаться по лестнице (например, для дополнительных исследований) выполнять задачу прерывисто, пользоваться палкой. Первый шаг начинать со здоровой ноги, полностью выпрямив левую (как опору механическую с минимальным синкинетическим или произвольным напряжением мышц). Спускаться лучше без помощи палки.

Цель: использование привычных, а не резких синкинезий. Все эти движения и пребывание в положении сидя следует производить в легком поясе-корсете, выполненном из длинной ленты (сшитых полотняных полос).

Эффективность этой программы начинает проявляться со второго дня работы с больным — более редкими становятся схваткообразные боли при перемене положения тела.

Такого рода работа с больным отличается от обычной тактики лечения своим прерывистоперманентным характером и основана на специальном знании вертеброневрологии (биомеханики и физиологии движений). Она включает и необходимые для инструктажа элементы педагогики, психологической настройки. Так, в одни моменты требуется преодоление опасений, страха, в другие — продумывание, дезавтоматизация обычных стереотипных актов. Нужны, таким образом, подходы по принципам кондуктив-

ной педагогики, оправдавшей себя при реабилитации резидуальных проявлений ДЦП [2]. При этом сохраняются принципы медицинской реабилитации, провозглашенные еще в 1946 г. на конгрессе фтизиатров в Вашингтоне [3, 4, 6—8].

В настоящем сообщении мы описали некоторые возможные приемы медицинской реабилитации в острой стадии позвоночного остеохондроза. Они требуют профессиональной индивидуально направленной дезавтоматизации моторики. Отсюда — необходимость новых кадров вертеброневрологов, новых организационных мероприятий по принципу кондуктивной педагогики в соответствующих отделениях больницы или на дому.

УДК 616.833.53—005.1—005.5—08

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ СПИНАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Д. Г. Герман, О. К. Паскал

Кафедра нервных болезней (зав.—проф. Д. Г. Герман) Кишиневского медицинского университета

Реферат. Представлены результаты реабилитационного лечения больных, перенесших ишемический спинальный инсульт пояснично-крестцовой локализации с применением электрофореза сермиона и террилитина с последующим ультразвуковым воздействием на область пораженных сегментов спинного мозга.

Положительный эффект электрофореза сермиона с последующим ультразвуковым воздействием отмечен в основной группе у 80% больных, а при лечении террилитином — у 75%. Данные результаты позволяют рекомендовать предложенные методы для широкого внедрения в практику.

АРКА МИЕНЕН БИЛ ТУРЫСЫНДА УРНАШКАН ИНСУЛЬТ УЗДЫРГАН АВЫРУЛАРНЫ РЕАБИЛИТАЦИОН ДЭВАЛАМ

Д. Г. Герман, О. К. Паскал

Арка миенен бил турысында урнашкан инсульт уздырган авыруларны реабилитацион дэвалау нэтижелэре китеделген. Бу нэтижелэр тэкьдим ителген ысулларны гамэлгэ керту мөмкинлеген раслы.

REHABILITATION TREATMENT OF PATIENTS AFTER ISCHEMIC SPINAL INSULT OF LUMBOSACRAL LOCALIZATION

D. G. German, O. K. Pascal

Summary. The results of rehabilitation treatment of patients after ischemic spinal insult of lumbosacral localization using sermion and terrilitine electrophoresis with subsequent ultrasound effect on the region of affected segments of the spinal cord are presented. The positive effect of sermion electrophoresis with subsequent ultrasound effect is revealed in the basic group in 80% of the patients and in the treatment with terrilitine — in 75%. The results given allow to recommend the methods proposed for the wide introduction in practice.

Неврологические расстройства при сосудистых поражениях спинного мозга характеризуются тяжестью и стабильностью, вызывая инвалидизацию больных. Эти расстройства резистентны к проводимой терапии, что обусловлено комплексом морфологических и функциональных изменений в самом мозге, его оболочках и сосудах [1, 2, 5]. Лекарственные препараты, применяемые внутрь и парентерально, практически не достигают зоны ишемии [5, 6]. В связи с этим разработка методов локального медика-

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернштейн Н. А. О построении движений. — М., 1947.
2. Исанова В. А., Зиганшина Л. В. // Неврол. вестн. — 1993. — № 1.
3. Казначеев В. П. Современные аспекты адаптации. — Новосибирск, 1980.
4. Найдин В. Л. Реабилитация нейрохирургических больных. — М., 1972.
5. Павлов И. П. Полное собр. тр. — М.—Л., 1940—1949. — Т. 1—5.
6. Стецула В. И. Адаптационно-компенсаторные и восстановительные процессы. — Киев, 1990.
7. Юмашев Г. С., Ренкер К. Основы реабилитации. — М., 1973.
8. Цончев В. Т., Деветаков В. Т. Медицинская реабилитация. — София, 1967.
9. Janda V. // Austr. J. Physiother. — 1983. — Vol. 29. — P. 83—89.

Поступила 25.04.94.

ментозного воздействия на пораженный участок спинного мозга, остается злободневной проблемой.

Целью настоящего исследования являлось изучение эффективности электрофореза сермиона и террилитина в комбинации с ультразвуком в реабилитационном лечении больных, перенесших пояснично-крестцовые миелоишемии. Используются сермион (ницерголин) фирмы «Фармиталя» и террилитин. Сермион относится к группе полусинтетических алкалоидов спорыньи, избирательно действует на сосуды нервной ткани, улучшает энергетический обмен, увеличивая потребление кислорода и глюкозы клетками мозга, повышает их устойчивость к гипоксии, а также стимулирует обмен допамина [3]. Террилитин входит в группу протеолитических энзимов и является продуктом жизнедеятельности плесневого гриба. Препарат стимулирует регенерацию поврежденной ткани спинного мозга, способствуя восстановлению его функций.

Оба препарата вводили способом электрофореза. Данный метод обеспечивает накопление препаратов в коже и тканях, близрасположенных к ишемизированным сегментам спинного мозга, с образованием в них депо лекарственного препарата. Кроме того, электрофоретическое введение препаратов обеспечивает их медленное, постепенное поступление в кровь, препятствуя проявлению их побочных действий [4]. Введение сермиона осуществлялось с катода из расчета 4 мг препарата, растворенного в 4 мл растворителя, а затем в 6 мл дистиллированной воды. Гидрофильная прокладка, смоченная данным раствором, помещалась в зону проекции пораженных сегментов спинного мозга, индифферентный электрод (анод) — на живот напротив катода. Электрофорез проводили в течение 30 минут, плотность тока составляла 0,05 мА/см². Сразу по окончании электрофореза воздействовали ультразвуком на соответствующую область в импульсном режиме (длительность импульса — 4 мс, частота — 800 кГц, интенсивность — 0,4 Вт/см², продолжительность —