

9. Жемайтите Д.И., Янушкевичус З.И. Выводы о результатах анализа синусового ритма и экстрасистолии: Методические рекомендации. – М., 1981. – 48 с.

10. Task Force of the European of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. Heart Rate Variability. Standards of Measurement, Physiological Interpretation, and Clinical Use // Circulation. – 1996. – Vol. 93. – P. 1043–1065.

11. Ушаков И.Б., Сорокин О.Г. Вестник РАМН. – М., 2004. – № 3. – С. 8–13.

12. Удельнов М.Г., Самонина Г.Е. Успехи современной биологии. – 1966. – Т. 61, № 3. – С. 230–15.

13. Флешман А.Н. Медленные колебания гемодинамики. Теория, практическое применение в клинической медицине и профилактике. – Новосибирск: Наука, Сиб. предприятие РАН, 1999. – 264 с.

14. Удельнов М.Г. Физиология сердца. – М.: Наука, 1975. – 342 с.

15. Физиология кровообращения. Физиология сердца. Руководство по физиологии. – Л.: Наука, 1980. – 598 с.

16. Rossberg F, Tiedt N. // Z. ges. inn. Med. – 1974. – Bd. 29, N 2. – S. 52–56.

РЕЗЮМЕ

У пациентов со сколиотической деформацией I–II степени при корригирующей терапии с применением ЭМГ-биологической обратной связи и биорезонансной физиотерапии регистрируются: достоверное увеличение ЧСС, гуморальной и симпатической регуляции ритма сердца, увеличение активности регуляторных систем и адаптивных возможностей организма, достоверное снижение парасимпатической и внутрисердечной регуляции ритма сердца.

ABSTRACT

We registered reliable increase of heart rate, humoral and sympathetic cardiac rate regulation, increase of activity of regulatory systems and adaptive potential of organism and reliable decrease of parasympathetic and endocardial regulation of cardiac rate in patients with I–II degree of scoliotic deformation at correcting therapy with use of electromyogram biological feedback and bioresonance physiotherapy.

ТАКТИКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

ГИЛЬМУТДИНОВА Л.Т., д.м.н., профессор Gilmutdinova23@mail.ru

ХАЙБУЛЛИНА З.Р., к.м.н. med2448@rambler.ru

НИИ восстановительной медицины и курортологии БГМУ, г. Уфа

МБУЗ клиническая больница №1, г. Стерлитамак

АННОТАЦИЯ

Предлагается подход к психофизиологической реабилитации больных с позвоночно-спинно-мозговой травмой (ПСМТ). Целью исследования явилось изучение психофизиологических особенностей пациентов после перенесенной ПСМТ и разработка методики создания психологического и физиологического фона для двигательной самореабилитации.

Ключевые слова: позвоночно-спинно-мозговая травма, психофизиологическая реабилитация.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы реабилитации спинальных больных обусловлена большой распространенностью ПСМТ, высокими показателями летальности и инвалидизации, отсутствием общепринятых подходов к лечению и реабилитации данной категории пострадавших [1, 2, 3, 4, 5]. Если в 50-е годы XX века ПСМТ составляли 0,2–0,3% от общего числа случаев травм опорно-двигательного аппарата, а в 60-е годы их количество достигало 4,1%, то в 80-е годы – уже 6,7%. Стойкая утрата трудоспособности отмечается у 80–98% пациентов с ПСМТ [1, 6, 7].

На сегодняшний день травмы позвоночника и спинного мозга составляют до 17,7% всех травм и характеризуются тяжелыми медицинскими и социальными последствиями [8, 9, 10]. Больные с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) становятся пожизненно инвалидами, нуждающимися в постоянном медицинском контроле, проведении долгосрочной и полномасштабной медицинской, психологической и социальной реабилитации.

В России до 300 тысяч инвалидов этой категории, из которых 75% – лица молодого возраста до 45 лет. В остром периоде травмы спинного мозга, переживаемой личностью как мощнейшая психогения с осознанием катастрофичности произошедшего, у достаточно прежде адаптированных индивидуумов, как правило, развиваются психические нарушения невротического уровня [11, 12, 13, 14].

На начальном этапе реабилитации происходит подсознательное самоотстранение больного от осознания страшной действительности. Однако сознательное, практически полное замалчивание проблем дальнейшего существования больного после тяжелой травмы со стороны специалистов, на наш взгляд, недопустимо. Именно в тот момент, когда больной начинает осознать всю глубину несчастья, он остается в одиночестве и в полной растерянности. Это говорит о том, что в наших клиниках, к сожалению, уделяют недостаточно внимания психологии общения, что негативно сказывается на общем состоянии больного.

При отсутствии адекватной психокоррекции характер патопсихологических нарушений значительно изменяется, что перестраивает степень мотивации и уровень волевой включенности и затрудняет проведение реабилитации, снижая ее эффективность.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить психофизиологические особенности больных после перенесенной ПСМТ и разработать методику создания психологического и физиологического фона для двигательной самореабилитации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В нейрохирургическом отделении проведены клинико-неврологические и клинико-психологические исследования 65 пациентов с ТБСМ в возрасте от 19 до 45 лет. Преобладали лица мужского пола – 49 человек (75,4%). По характеру травматизма чаще всего наблюдались дорожно-транспортные – в 31 случае (47,7%) и бытовые травмы в результате падения с высоты – в 19 (29,2%), реже – «ныряльщики» и производственные травмы. Все больные с различным уровнем повреждения спинного мозга – шейным (22,1%), грудным (42,5%) и поясничным (35,4%) – обследованы в начале стационарного этапа ранней реабилитации. Проведено комплексное клинико-психофизиологическое обследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с уровнем поражения в клинико-неврологической картине преобладали явления спастического тетра- или нижнего парапареза наряду с чувствительными и тазовыми расстройствами – 46 человек (70,8%). В результате клинико-психоневрологического обследования выявлены следующие симптомокомплексы невротического типа: ипохондрический у 34 (52,3%), тревожно-фобический у 31 (47,7%), депрессивный у 56 (86,2%) пациентов. Встречалось преобладание какого-либо и/или сочетание симптомокомплексов. Аффективная окрашенность указанных переживаний варьировала. В ранней фазе осознания болезни, в период формирования невротических проявлений аффективная окрашенность была выражена сильней. В более поздних фазах она ослабевала, уступая место стабилизации невротических переживаний.

В зависимости от психофизиологического состояния больного нами была предложена специальная программа «Обучение пациентов с позвоночно-спинно-мозговой травмой и их родственников». Программа состояла из цикла бесед с лечащим врачом и содержала следующие темы: о строении спинного мозга, о функциях центральной нервной системы; о видах травм, о влиянии травмы на деятельность систем и органов человека; о психологической подготовке больного к многообразным трудностям восстановительного процесса, о стимуляции активного, осознанного отношения к лечению; об имеющихся современных средствах и методах реабилитации, способствующих восстановлению утраченных функций; об уходе за трофическими нарушениями; о бытовых трудностях и способах их преодоления, о правилах личной гигиены и др. Также подробно разбирались вопросы, задаваемые самим пациентом и родственниками.

Разработанная методика позволила создать психологический фон для двигательной самореабилитации у большинства исследуемых больных (58 человек (89,2%)). После курса лекций, бесед, обсуждения личных (порой интимных) вопросов возникало осознание самим больным необходимости восстановления или поддержания функции того или иного органа, что являлось движущей силой восстановления. Пациенты оптимистично настроивались, у них развивались собственное волевое стремление к выздоровлению, инициатива, максимально возможная самостоятельность в быту и ответственность за свои действия. Качесов В.А. [15] утверждает: «Никто не может заставить больного выполнять реабилитационные мероприятия. Окружающие своими действиями и словами могут только формировать у него сознание необходимости восстановления утраченных функций».

ВЫВОДЫ

Психофизиологические симптомокомплексы следует рассматривать как широкий спектр расстройств, связанных с нарушениями адаптации.

Психологический настрой на борьбу, осознание реальных потенциальных возможностей организма и существующих методов восстановления служат хорошей основой для дальнейшей реабилитации пациентов.

Хорошая подготовка близких к реабилитации, их желание, практические навыки и морально-психологическая поддержка становятся поистине неопценимыми после возвращения больного домой.

Создание психофизиологического фона для двигательной самореабилитации позволило повысить качество оздоровительно-реабилитационной помощи.

ТБСМ представляет собой сложное социобиологическое расстройство, требующее многокомпонентного терапевтического воздействия, в структуре которого необходимо использование клинически обоснованных мер психотерапевтического воздействия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амелина О.А. Травматическая болезнь спинного мозга (патогенетические, диагностические и медико-социальные аспекты): Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. – С-Пб., 1992. – 22 с.
2. Гайдар Б.В., Парфенов В.Е., Янкин В.Ф., и др. Практическая нейрохирургия. – 2002. – № 2 С. 172-236.
3. Гришина Л.П., Косичкин М. М. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998. – № 1. – С. 34-37.
4. Зельцев А. К. и др. Фундаментальные и прикладные вопросы реабилитации больных с позвоночно-спинно-мозговой травмой: Сборник науч. трудов. – Симферополь. – 1989. – С. 53-57.
5. Разумов А.Н., Бобровицкий И.П. Новые технологии восстановительной медицины и курортологии (физиотерапия, реабилитация, спортивная медицина) // Материалы 7-го Международного форума. – М. – 2000. – С. 12.
6. Коган О.Г. Реабилитация больных при травмах позвоночника и спинного мозга. – М., 1975. – 240 с.
7. Юмашев Г.С. и др. Ортопедическая травматология. – 1989. – № 1. – С. 71-75.
8. Котельников Г.П., Чеснокова И.Г. Травматическая болезнь. – М. Медицина. – 2002. – 154 с.
9. Луцки А.А. и др. Вопросы нейрохирургии. – 1986. – № 2. – С. 37-41.
10. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы // Руководство для врачей. – М.: Медицина, – 2001. – 743 с.
11. Алмазов В.А., Петрищев Н.Н., Шлехто Е.В. и др. Клиническая патофизиология: учеб. пособие. – М.: Изд-во ВУНМЦ МЗ РФ. – 1999. – 464 с.
12. Ригорьев Г.И., Мизерас С.В. Механизмы психофизиологического воздействия эмоционально-эстетической психотерапии // Вестник психотерапии. 1999. – №7. – С. 59-72.
13. Давыкин Н.Ф. Врач восстановительной медицины – кто он? // Актуальные вопросы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. – С-Пб. – 2004. – С. 101.
14. Потемкин И.М. Уход за больными с позвоночно-спинно-мозговой травмой // Нейротравматология: Под ред. А.Н.Коновалова, Л.Б.Лихтермана, А.А.Потапова. – М.: Вазар-Ферро, 1994. – С. 294-295.
15. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. Травма позвоночника и спинного мозга. Книга 1. – М., 2002. – 126 с.

РЕЗЮМЕ

Предложена тактика психофизиологической реабилитации больных с позвоночно-спинно-мозговой травмой. В зависимости от психофизиологического состояния больного нами была предложена специальная программа «Обучение пациентов с позвоночно-спинно-мозговой травмой и их родственников». Разработанная методика позволила создать психологический фон для двигательной самореабилитации у большинства исследуемых больных. Практическое использование у пациентов с травматической болезнью шейного, грудного и поясничного отделов спинного мозга позволило значительно улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных.

ABSTRACT

Proposed tactics psychophysiological rehabilitation of patients with vertebral-spinal trauma. Depending on the psycho-physiological condition of the patient, we proposed a special program: «Training of patients with vertebral-spinal injury and their relatives». The developed technique has created a psychological background for self-rehabilitation of motor majority of patients studied. Practical use in patients with traumatic disease of the cervical, thoracic and lumbar spinal cord has significantly improved the results of treatment of this severe category of patients.