

МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Бектемирова С.Н.

Дагестанская государственная медицинская академия. Кафедра немедикаментозной терапии и усовершенствования врачей, г. Махачкала, S.Nukhadievna@mail.ru

В странах мира, в том числе и в России, постоянно увеличивается количество лиц, переживших кризисные состояния. Переживание кризисных ситуаций нередко является причиной возникновения посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). Исследование показало, что соматовегетативные нарушения у обследованных больных посттравматическими стрессовыми расстройствами (100 человек) формируются поэтапно и имеют стадийный тип течения - от астенических реакций к психовегетативным нарушениям с постепенным присоединением соматовегетативных синдромов. Комплекс медицинской реабилитации включал: лечебную гимнастику, массаж, рефлексотерапию, физиотерапию, аутотренинг. На начальном этапе реабилитация больных ПТСР ведущее значение придавалось формированию мотивации к активным занятиям лечебной физкультурой. Через полтора месяца после начала реабилитационных мероприятий у 76 % больных отмечалось улучшение состояния, показателей физической тренированности, самочувствия, повышение работоспособности. Выводы: проведенное обследование показало, что соматовегетативные нарушения у обследованных больных формировались поэтапно и имели прогрессивный тип течения – от астенических реакций к соматовегетативным нарушениям с постепенным присоединением миофасциального болевого синдрома. Применение методов реабилитации: активных, мотивированных занятий лечебной физкультурой, массажа, рефлексотерапии, физиотерапии, аутотренинга обеспечивает адекватную психологическую коррекцию, повышает функциональные резервы организма, устраняет проявления вегетативной дисфункции (P<0,05).

Ключевые слова: реабилитация, посттравматические стрессовые расстройства, психовегетативные нарушения, вегетативные дисфункции, кризисные ситуации, вегетативная нервная система.

METHODS OF MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE POST-TRAUMATIC STRESSFUL FRUSTRATION

Bektemirova S.N.

Dagestan State Medical Academy Chair of non-drug therapy and improvement of doctors, S.Nukhadievna@mail.ru

In the countries of the world including in Russia, the number of the persons who endured crisis states constantly increases. Experience of crisis situations quite often is the reason of emergence of post-traumatic stressful frustration (PTSR). Research showed that vegetative violations at the examined patients with post-traumatic stressful frustration (100 people) are formed step by step and have phasic type of a current - from asthenic reactions to psychovegetative violations with gradual accession the vegetative of syndromes. The complex of medical rehabilitation included: remedial gymnastics, massage, reflexotherapy, physical therapy, auto-training. At the initial stage rehabilitation of sick PTSR the leading significance was attached to formation of motivation to active occupations of physiotherapy exercises. In one and a half months after the beginning of rehabilitation actions at 76% of patients was noted improvement of a state, indicators of physical fitness, health, working capacity increase. Conclusions: The conducted examination showed that vegetative violations at the examined patients were formed step by step and had progressing type of a current – from asthenic reactions to vegetative violations with gradual accession of a myofascial pain syndrome. Application of methods of rehabilitation: active, motivated occupations by physiotherapy exercises, massage, reflexotherapy, physical therapy, auto-training provides adequate psychological correction, raises functional reserves of an organism, eliminates manifestations of vegetative dysfunction (P<0,05).

Keywords: rehabilitation, post-traumatic stressful frustration (PTSF), psychovegetative violations, vegetative dysfunctions, crisis situations, vegetative nervous system.

В странах мира, в том числе и в России, постоянно увеличивается количество лиц, переживших кризисные состояния.

Психоэмоциональное напряжение, сопровождающее переживание кризисных ситуаций, нередко является причиной возникновения различных по тяжести и проявлениям психических нарушений и функциональных расстройств вегетативной нервной системы.

Переживание кризисных ситуаций, нередко является причиной возникновения посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР).

Состояния посттравматических стрессовых расстройств проявляются в форме прогрессирующего, хронического напряжения адаптивных систем организма, существенно ограничивающего компенсаторно-приспособительные возможности человека и лежащего в основе патогенеза ряда распространенных заболеваний, относящихся к психосоматической патологии и имеющих в своей основе нарушения надсегментарного вегетативного аппарата.

Современные методики восстановительного лечения посттравматических стрессовых расстройств, базирующиеся на опыте восточной медицины, включают в комплексную терапию данной патологии. В этой связи актуальным является внедрение в клиническую практику лечебной физкультуры, массажа, рефлексотерапии, физиотерапии и аутотренинга.

Цель исследования. Изучение этапности формирования клинических стадий посттравматических стрессовых расстройств и разработка методов медицинской реабилитации больных с посттравматическими стрессовыми расстройствами.

Материал и методы исследования. Исследование и клинические наблюдения больных проводились на базе Республиканской клинической больницы в отделении немедикаментозной терапии (г. Махачкала).

Для решения поставленных задач обследовано 100 больных. Из них мужчин – 60 человек, женщин – 40 человек. Возраст обследованных 30-45 лет.

В зависимости от характера вовлеченности в кризисные ситуации, больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 40 больных, бывших очевидцами кризисной ситуации. Во вторую группу вошли 30 больных, переживших тревожное ожидание в кризисной ситуации, в третью группу – 30 человек, ставшие жертвами кризисной ситуации.

Уровень личностной и реактивной тревоги оценивали методом Ч.Д. Спилберга в адаптации Ю.А. Ханина (1976). Выделяли три уровня тревожности: низкая тревожность (30 баллов и менее), средняя (от 31 до 45 баллов), высокая (46 баллов и выше). Уровень нервно-психического напряжения при стрессовых состояниях (слабый от 30 до 50 баллов, средний от 51 до 70 баллов, высокий от 71 до 90 баллов) определяли по методике Т.Д. Немчина (1983).

Миофасциальный болевой синдром диагностировали на основании наличия болезненных уплотнений в мышце в виде тяжа; выявления триггерных точек при пальпации тяжа, проявляющихся бурной болевой и вегетативной реакцией при надавливании;

воспроизводимости боли в виде повторяющейся картины болевого синдрома при раздражении триггерной точки. (Иваничев Г.А., 2004; Барташевич В.В., 2005; Круглов В.Н., 2007).

Для исследования устойчивости организма к смешанной гиперкапнии и гипоксии применяли физиометрические пробы на задержку дыхания Штанге и Генчи. Время задержки дыхания измерялось в секундах.

Обследованные пациенты, пережившие стрессовые ситуации в отдаленном периоде, отличались повышенной тревожностью ($47,2 + 3,4$), высоким уровнем нервно-психического напряжения ($72,3 + 4,6$), склонностью обвинять в ухудшении своего здоровья не столько себя, сколько стремящихся вовлечь в сферу своих притязаний других людей.

Для лиц, переживших критические ситуации, характерны астенические черты, что проявлялось в быстрой физической и психической утомляемости, раздражительности, повышенной впечатлительности и чувствительности. Пациентов беспокоили различные виды гиперстезии, провоцируемые громко включенным телевизором, ярким светом, резким звуком и т.д.

При наличии полиморфизма и многообразия проявлений, роль и значение отдельных симптомов были различны. Чаще всего наблюдалось сочетание 5-6 симптомов, которые в наибольшей степени оказывались тягостными для пациента. Эти симптомы группировались в комплексы, отражающие наиболее выраженные расстройства в дыхательной сфере, сердечной деятельности и функции желудочно-кишечного тракта.

Однако нарушения дыхания в той или иной степени присутствовали у всех наблюдавшихся. Часто респираторный синдром проявлялся «дыхательным дискомфортом», чувством «комка» или сдавления горла, «неудовлетворенностью» вдохом, плохой переносимостью душных помещений, потребностью постоянно открывать окна, выходить на улицу. Эти ощущения переживались как «тягостные», «неприятные», «тревожные» и сопровождалась головокружением, сердцебиением, чувством тревоги, боязнью задохнуться, умереть. Выдох у этих пациентов был укорочен, они затруднялись или не могли произвести форсированный выдох.

Таким образом, у лиц, переживших кризисные ситуации в отдаленном периоде (спустя 4-6 лет) формируется сложное хроническое состояние, проявляющееся разнообразными признаками функциональных нарушений в психологической сфере, функциональной активности вегетативной нервной системы, мышечных структурах плечевого пояса, груди, живота и дыхания. Состояние пациентов меняется ежедневно, однако, мышечные боли неопределенной локализации сохраняются постоянно.

На первом этапе психологической реабилитации проводилось комплексное психологическое воздействие с использованием опросников и психологических тестов. На этом этапе изучались особенности личности больного, тип отношения к болезни, степень, выраженность психоэмоционального напряжения.

По результатам психологического тестирования планировали оптимальные для больного методы и средства психологической коррекции, как системы лечебного воздействия на личность, а через неё – на весь организм и поведение больного в целом. Применялись методы рациональной, семейной, реконструктивно-личностной психологической коррекции в сочетании с поведенческой терапией и аутогенная тренировка.

При признаках нормализации или максимально возможного улучшения психологического статуса, улучшения показателей качества жизни, восстановления положительного восприятия жизни, семьи и общества начинали курс реабилитационной терапии методами активных, мотивированных занятий лечебной физкультуры, массажа, рефлексотерапии, физиотерапии.

Результаты исследования. Исследование показало, что соматовегетативные нарушения у обследованных больных посттравматическими стрессовыми расстройствами (100 человек) формируются поэтапно и имеют стадийный тип течения – от астенических реакций к психовегетативным нарушениям, с постепенным присоединением соматовегетативных синдромов.

1 этап. Первичная реакция на воздействие кризисных факторов.

2 этап. Латентный период. В латентный период возможны два варианта преодоления кризиса.

1 вариант – преодоление кризисной ситуации с положительным решением – рассудочно-логический анализ способствовал преодолению эмоционально-вегетативных расстройств и адекватной адаптации личности к изменившимся условиям.

2 вариант – преодоление кризисной ситуации с отрицательным решением. Эмоционально-аффективные переживания подавляли рассудочную деятельность. Начиналось навязчивое, неконтролируемое вторжение в сознание воспоминаний пережитых событий.

3 этап. Насильственные, неконтролируемые вторжения воспоминаний пережитой кризисной ситуации – формирование синдрома посттравматических стрессовых расстройств.

4 этап. Период развернутой клинической картины посттравматических стрессовых расстройств с поэтапным формированием клинических стадий на основе накопления, усложнения и прогрессивности соматовегетативных нарушений.

Комплекс медицинской реабилитации включал: лечебную гимнастику, массаж, рефлексотерапию, физиотерапию, аутотренинг.

Лечение больных посттравматическими стрессовыми расстройствами, переживших кризисные ситуации, проводилось с учетом основных патогенетических факторов и ведущих клинических синдромов заболевания.

Восстановительное лечение нарушений дыхания, у больных посттравматическими стрессовыми расстройствами, проводилось методами дыхательной гимнастики в сочетании с подвижными играми на свежем воздухе.

Проявления миофасциального болевого синдрома устраняли методами мануальной терапии.

На начальном этапе реабилитация больных посттравматическими стрессовыми расстройствами ведущее значение придавалось формированию мотивации к активным занятиям лечебной физкультурой.

В комплекс физических упражнений входили общеукрепляющие, дыхательные (динамические и статические), специальные, на расслабление.

Физические упражнения восстанавливают физическую и умственную работоспособность, устраняют проявление депрессии. Больным посттравматическими стрессовыми расстройствами проводили массаж воротниковой зоны и головы. Массаж улучшает кровообращение и трофические процессы в коже, стимулирует функцию кожных желез, оказывает общеукрепляющее действие на мышечную систему. Массаж расслабляет напряженные мышцы, снимает состояние стресса. Больные получали физиопроцедуры – электрофорез с бромистым натрием и эуфиллином; сеансы рефлексотерапии 10-12 дней ежедневно (РС3 инь-тан, VG24 шэнь-тин, VG20 бай-хуэй, E1 чень-ци, VB20 фэн-чи, С7 шэнь-мэнь, G14 хэ-гу, V23 шэнь-шу, MC6 нэй-гуань, E36 цзу-сань-ли); II вариант тормозного метода – экспозиция игл 15-20 минут. Аутотренинг – вызывание ощущения тяжести, вызывание ощущения тепла, овладение ритмом сердечной деятельности, овладения ритмом дыхания, вызывание ощущения тепла в надчревной области, вызывание ощущения прохлады в области лба.

Через полтора месяца после начала реабилитационных мероприятий у 76 % больных отмечалось улучшение состояния улучшения показателей физической тренированности, самочувствия, повышение работоспособности.

У больных посттравматическими стрессовыми расстройствами снизилась тревожность ($P < 0,05$), нервно-психическое напряжение ($P < 0,05$), повысился жизненный тонус. Показатель HF после проведенного лечения у больных первой, второй и третьей групп

(19,6+2,4мс; 20,4 + 2,3мс; 29,3+2,1 мс соответственно) стал приближаться к показателю НФ здоровых лиц. Пробы Штанге и Генче показали хорошие результаты.

Жизненная емкость легких достигла оптимальных значений. После лечения индекс массы тела кг/м² составили 32,1 + 1,3 до лечения 35,4 + 2,7(P<0.05).

Выводы

1. У лиц, переживших кризисные ситуации, на основе накопления и усложнения посттравматических стрессовых расстройств личности, инициируется стадийный патологический процесс, завершающийся последовательным формированием трех стадий посттравматических стрессовых расстройств:

1 стадия – посттравматические стрессовые расстройства;

2 стадия – прогрессирование дисфункции надсегментарных аппаратов вегетативной нервной системы;

3 стадия – миофасциальный синдром грудной локализации.

2. Применение методов реабилитации: активных, мотивированных занятий лечебной физкультурой, массажа, рефлексотерапии, физиотерапии, аутотренинга обеспечивает адекватную психологическую коррекцию, повышает функциональные резервы организма, устраняет проявления вегетативной дисфункции (P<0,05).

Список литературы

1. Зинченко, Е.В. Психология личности в критических ситуациях.// Е.В. Зинченко. Ростов-на-Дону, 2006. – 32 с.
- 2.Иваничев, Г.А. Болезненные мышечные уплотнения. - Казань: Изд-во Казанского университета, 1990. - 157с.
3. Иваничев, Г.А. Миофасциальная боль. - Казань, 2007. - 392 с.
4. Капустина, А.В. Физиологическая оценка устойчивости к стрессу при отдельных видах умственной работы: автореф. дис. канд. биол. Наук//А.В. Капустина – Москва, 2003. – 24 с.
- 5.Лувсан, Г. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. - М.: Наука, 1990. - 576 с.
6. Немчин, Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. //Т.А. Немчин. –Л: Изд-во Лен. Ун-та, 1983, - 16
7. Попелянский, Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: Руководство для врачей. – М.:, 1989. – 464 с.
8. Табеева, Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. - М.: Медицина,1980.- 560 с.
- 9.Частная физиотерапия: учебное пособие /под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.:Медицина, 2005.

10. Яхно, Н.Н., Штульмана, Д.Р. Болезни нервной системы: руководство для врачей в 2-х т. 3-е изд., перераб. и доп., Т. 1 - М.: Медицина, 2003. - 744 с.
11. Zung, W. A self rating depression scale / W. Zung //Arch. Gen/ Psychiar/ - 1965. – V. – P. 63 – 70 с.

Рецензенты:

Мугутдинов Т.М., д.м.н., профессор кафедры неврологии и ФПК ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», г. Махачкала;

Хасаев А.Ш., д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии №1 ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», г. Махачкала.