

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

**Пирогова Л.А., Ярош А.С., Бут-Гусаим В.В., Филилина Н.А.,
Житко Н.Л., Андрасюк И.А., Кветко О.В., Цитко И.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно
УЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской
реабилитации», Гродно*

Введение: Двигательные дисфункции являются наиболее частым последствием нарушений мозгового кровообращения и в значительной мере влияют на способность человека к самообслуживанию что, в свою очередь, снижает качество жизни пациентов. Также, не менее важным и частым последствием у данной категории пациентов является постинсультная депрессия. Данная проблема требует постоянного совершенствования методов медицинской реабилитации [1, 2].

С 1995 года зеркальная визуальная обратная связь (MVF) подтвердила свою высокую эффективность в купировании фантомной боли. Позже возможности MVF были расширены. Успешно себя метод проявил в работе с комплексным регионарным болевым синдромом (рефлекторная симпатическая дистрофия), некоторых патологических состояниях в ортопедии и восстановлении двигательной функции конечностей вследствие инсульта [3].

Психиатрия была первой из медицинских областей впервые успешно применившей арт-терапию. Эффективность данного метода была подтверждена множеством исследований. Перспективность использования арт-терапии в медицинской реабилитации пациентов, перенесших нарушение мозгового кровообращения, обусловлено тем, что одновременно оказывается не только позитивное воздействие на психоэмоциональное состояние пациента, но и восстановление мелкой моторики. Осознанные скоординированные движения отдельных частей кисти взаимодействует с такими формами высшей мозговой деятельности, как внимание, мышление, речь, координация, воображение, зрительная и двигательная память. С

топической точки зрения, около трети всей площади двигательной коры головного мозга занимает проекция кисти руки, расположенной рядом с речевой зоной, в связи, с чем движения пальцев руки влияют на формирование и восстановление речевой функции. Эффективность применения арт-терапии в коррекции психоэмоционального состояния основывается на том, что этот метод позволяет пациенту выражать чувства на символическом уровне, развиваются коммуникативные навыки. Ценность арт-терапии заключается еще и в том, что она может быть эффективно применена у пациентов разного социального статуса, интеллектуального уровня и в разных возрастных группах [4].

Также важную роль в повышение качественного результата реабилитационных мероприятий вносят такие давно известные методы, как магнитотерапия и фототерапия. В своем сочетании такое воздействие позволяет усиливать эффекты присущие отдельным методам и улучшить результаты лечения. Повышенная эффективность сочетанной физиотерапии основана на ряде явлений: синергизм, потенционирование, возникновение новых эффектов, устранение побочных нежелательных эффектов одного фактора другим; влияние на большее число систем организма и звеньев патологического процесса, увеличение продолжительности последействия (В.С. Улащик, 1981, 1984; Г.Н. Пономаренко, 2009). При сочетанном воздействии импульсного магнитного поля и оптического излучения развиваются местные, сегментарно-рефлекторные и общие адаптационные реакции на разных уровнях организации организма [5].

Цель. Повышение эффективности медицинской реабилитации пациентов с двигательной дисфункцией конечностей, имеющих высокий уровень тревоги и проявления депрессивной реакции, перенесших нарушения мозгового кровообращения посредством расширения видов реабилитационных методик.

Материалы и методы. Материалом исследования явились 76 пациентов, разделенные на три группы сопоставимые по полу и возрасту.

Группу I составил 21 пациент, перенесших ЦИ и не

имевших в анамнезе тяжелой кардиологической патологии, а также других сопутствующих заболеваний.

Группа II – 22 пациента, перенесших ЦИ, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда, все пациенты имели ИМ в анамнезе со снижением фракции выброса (<55%).

Группа III – 33 пациента, перенесших ЦИ, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда, все пациенты имели ИМ в анамнезе со снижением фракции выброса (<55%).

Группы I и II получали общепринятые реабилитационные мероприятия, пациенты группы 3 получали реабилитационную программу, в состав которой входили MVF-терапия, методы арт-терапии, терапия поляризованным полихроматическим светом, магнитофототерапия.

Для оценки эффективности использовали методы антропометрии и госпитальную шкалу оценки тревоги и депрессии HADS.

Результаты исследования и их обсуждение: Полученные антропометрические данные применялись для расчёта силового индекса (СИ) паретичной конечности. Динамика показателей данных индексов является значимым показателем эффективности МР. Поскольку норма приводимых показателей у мужчин и женщин отличается, мы приводим данные отдельно по обоим полам.

В процессе МР отмечался статистически достоверный прирост ($p<0,05$) показателя СИ по обоим полам во всех группах. Динамика СИ паретичной конечности представлена рисунке 1.

Дельта прироста СИ составила 8,6 (3,8; 10,5) в подгруппе I, 5,3 (2,4; 5,9) в подгруппе II и 8,4 (5,1; 10,3) у пациентов подгруппы III.

Статистическая однородность показателей индексов пациентов групп II и III позволила нам сравнивать результаты после окончания курса МР. При сравнении результатов, полученных после курса МР двух независимых групп, выявлено статистически достоверное ($p<0,05$) отличие показателей дельты СИ паретичной конечности у пациентов подгруппы III с подгруппой II.

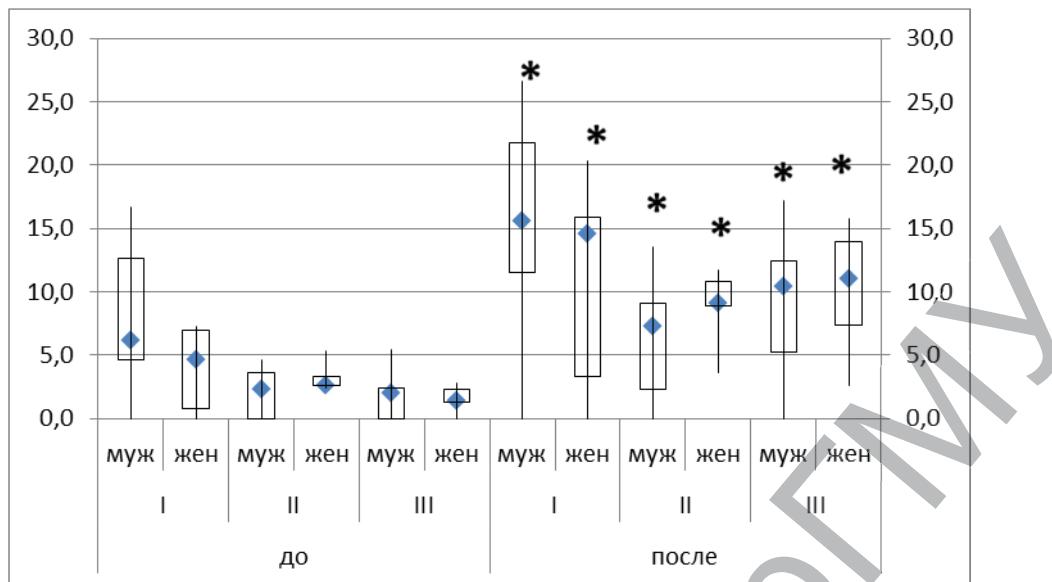


Рисунок 1. – Динамика показателей СИ паретичной конечности в процессе медицинской реабилитации у пациентов, перенесших ЦИ в (ранний восстановительный период)

Прирост СИ паретичной конечности в подгруппе III являлся особенно показательным. Несмотря на то, что этот показатель до начала курса МР являлся самым низким среди всех обследованных пациентов, после окончания курса МР он превышал соответствующие показатели подгруппы II, которые увеличивались так же статистически достоверно.

Так же было отмечено статистически достоверное ($p<0,05$) улучшение психоэмоционального состояния во всех группах. При этом при сравнении результатов независимых групп II и III выявлено статистически значимое отличие дельты снижения и уровня тревоги и депрессивной реакции в группе III.

Выводы: Комплексное использование методов зеркальной визуальной обратной связи, арт-терапии и фотомагнитотерапии существенно улучшает результаты восстановления двигательной функции верхней конечности, а, также, эмоциональное состояние пациентов перенесших нарушение мозгового кровообращения.

Литература:

- Ярош А.С., Пирогова Л.А., Филина Н.А. / Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2014. - №3 (47). - С. 17-20.
- Смычек, В.Б. Медицинская реабилитация и экспертиза в Республике Беларусь / В. Б. Смычек // Здравоохранение. – 2016. – № 12. –

C.14–26.

3. Ramachandran, V. S. The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function / V. S. Ramachandran, E. L. Altschuler // Brain. – 2009. – Vol. 132. – P. 1693–1710.
4. Арт-терапия – новые горизонты / под ред. А. И. Копытина. – М. : Когито-Центр, 2006. – 336 с.
5. Улащик В. С., Плетнев А. С. Магнитофототерапия: применение аппарата «ФотоСПОК»: метод. пособие //ГНУ «Институт физиологии НАН Беларуси». Минск. – 2009.

ГИРУДОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ У ЖЕНЩИН

Подсадчик Л.В., Сиваков А.П., Манкевич С.М., Грекова Т.И.

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Актуальность. Хроническая тазовая боль составляет около 10% патологии, с которой женщины обращаются к гинекологу. Высокая частота, трудности диагностики, отсутствие оптимальных схем патогенетического лечения, а также большое социальное значение этой патологии обусловили введение понятия синдрома хронических тазовых болей (СХТБ). СХТБ определяется как состояние, характеризующееся наличием неспецифической тазовой боли в течение более 6 месяцев с неопределенным началом и отсутствием морфологических изменений органов и тканей, которые могут обусловить болевой синдром той или иной степени выраженности [4].

Отсутствие выявленных локальных патологических изменений гениталий обусловило появление в мировой медицинской литературе таких витиеватых терминов, как «тазовый невроз» (Mengert W. F., 1974), «психосоматический тазовый застой» (Duncan C. H., 1952), «тазовое варикоцеле» (Frangenheim H., 1974) «надрыв широкой связки» (Hartnett L. J. et al., 1970) и даже «универсальный сустав шейки матки» (Allen W. M., Masters W. H., 1955).

Синдром хронических тазовых болей – это полиэтиологическая патология, в патогенезе развития которой