

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ И САМОРЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПАСТИЧНОСТЬЮ

В статье раскрываются причины и факторы риска данных осложнений инсульта. Освещены психотерапевтические методы и возможности самореабилитации этой категории пациентов. Поднимаются вопросы работы мультидисциплинарной команды с болевых синдромов у пациентов, перенесших инсульт. Адекватное ведение пациентов после инсульта с повышенным мышечным тонусом и болевыми синдромами занимает важное место в комплексном лечении данной категории больных и требует соблюдения определенных принципов и правил. Купирование боли и спастичности после инсульта — одно из важнейших условий повышения эффективности реабилитации, степени восстановления функций пациентов, уровня их социально-бытовой адаптации и улучшения качества жизни. Поднимаются вопросы о повышении образовательного уровня пациентов, адекватное объяснение специалистами о длительности и стратегии реабилитации, значительно улучшает эффективность терапии и качество жизни больных.

Ключевые слова: Психотерапия, самореабилитация, спастичность, мультидисциплинарная команда, лечебная физкультура

Актуальность

Медицинская реабилитация пациентов со спастичностью, в настоящее время является актуальной проблемой как в Республике Казахстан, так во всем мире. Это связано со значительным ростом заболеваемости, а также высокой стоимостью реабилитации. Остается актуальным оптимизация реабилитационных мероприятий. ОНМК является ведущей причиной инвалидизации, по данным Всемирной организации здравоохранения на 100 тысяч населения в год, регистрируется 100-300 случаев инсультов. Смертность от ОНМК в мире составляет до 6 млн человек. Более чем у трети пациентов перенесших ОНМК, отмечаются спастические нарушения, затрудняющие повседневную жизнь

Обсуждение

Значительную помощь в реабилитации и лечении пациентов с двигательными нарушениями оказывает психотерапия. Задачами психологической реабилитации являются - в первую очередь психологическая адаптация пациентов, во-вторых профилактика и лечение изменений в психологическом состоянии. В литературе описаны основные методики, используемые профессиональными специалистами: А. Психокоррекция, Б. Психопрофилактика, В. Психотерапия[1].

Существуют этапы изменений в психологическом статусе, в остром периоде повреждении нервной системы. В первую неделю у пациентов преобладают тревожные состояния, могут наблюдаться нарушения сна, пациенты в этом периоде беспокойны и растеряны. После двух или трех месяцев, развиваются два вида реакции. Пациент может быть адекватен или развиться невроз. При невротической реакции, встречаются виды (ипохондрическая, истерическая, депрессивная, фобическая). Через 6 месяцев у большинства больных наблюдается реадaptация, возможно также формирование патологического развития личности, которая в дальнейшем затрудняет реабилитацию.

Широко используются в лечении, различные психотерапевтические методики: самовнушение, гипноз, активная регуляция мышечного тонуса, аутогенная тренировка. Аутогенная тренировка включает выработку навыков представления, медитация, погружение и т.д. При данном методе лечения пациенты учатся максимально расслаблять группы мышц, на фоне общего расслабления. Использование представления о сокращении мышц, с целью улучшения самообслуживания, ходьбы[2,3].

Существуют несколько форм психотерапии, которые могут оказать помощь в реабилитации пациентов с повреждением нервной системы. 1. Музыкаотерапия (для положительного эмоционального настроя), способствующая быстрому расслаблению. 2. Психогимнастика - способ вовлечения пациента в интересную содержательную беседу. 3. Игровая терапия – применение настольных игр, с целью развития памяти, внимания и т.д.

Также немаловажна работа психолога с пациентом в комнате психофизиологической разгрузки. Следует учесть ряд моментов, комната должна быть комфортной, пациент должен иметь возможность принять удобную позу, делать упражнения, получать самомассаж. Необходимо учесть свет, музыку, интерьер, запахи и т.д. Все сеансы проводят под контролем специалиста, с частотой 3-4 раза в неделю. С целью улучшения физического состояния, психолог может включить упражнения. С целью развития координации движения, активно используют ритмику, танцы. Для улучшения эмоционального состояния, развития моторной памяти, применяют пантомима[4,5].

Привлечение пациентов к лечению, повышение их образовательного уровня, адекватное объяснение специалистами о длительности и стратегии реабилитации, значительно улучшает эффективность терапии и качество жизни больных. Во многих ведущих странах (США, Великобритания, Германия), службой здравоохранения введена подобная практика достаточно давно[6,7]. Известно, что при планировании пациентами со спастичностью своего лечения, больные чувствуют себя более уверенными и мотивированными. Необходимо дать понять пациенту, что он играет особую и важную роль в воплощении стратегии реабилитации. Специалисты, осуществляющие реабилитацию, обучают управлять симптомами заболевания, постоянно обмениваются знаниями, консультациями в течение продолжительного времени. Составляется план реабилитации пациентов со спастичностью, с возможной корректировкой. Партнерские отношения между пациентом и специалистом, обеспечивают успешное лечение спастичности.

Перед самореабилитацией, должно быть четкое понимание у мультидисциплинарной команды, влияние спастичности на качество жизни пациента, проведена клиническая оценка состояния здоровья. Специалисты выстраивают стратегию по управлению спастичностью в повседневной жизни пациента. Успех самореабилитации пациентов со спастичностью, будет зависеть от обеспечения больного средствами связи (интернет, телефон, планшет), с членами мультидисциплинарной

команды, социальными службами, для согласования и контроля дальнейшей стратегии. В настоящее время, возможно дополнительно проводить реабилитацию в онлайн-режиме. Существуют разработанные онлайн-программы, для проведения самореабилитации, позволяющие контролировать и программировать план занятий, дополнительно содержащие видео-информацию, полезную для пациента, об анатомии мышц и их функции и их участие в патологическом процессе. Также предусмотрено определение интенсивности, частоты, состава программы, с учетом индивидуальных потребности пациента. Все упражнения, для пациентов со спастичностью, направлены на профилактику развития контрактур, поддержание и сохранение длины мягких тканей.

Дополнительно, для повышения образования пациента и его родных, разрабатываются методические пособия, информационные листы, видеоуроки[8,9].

Успех самореабилитация пациента со спастичностью, зависит насколько он будет мотивирован, выполнять систематически, больной должен осознавать свое активное участие и взаимодействие с мультидисциплинарной командой. Вся стратегия имеет пациент-ориентированный подход, с учетом его потребностей, для повышения эффективности проводимых мероприятий.

Каждый член мультидисциплинарной команды, должен иметь базовый уровень знаний, обеспечивающий образованием пациента о проводимой реабилитации спастичности. Сотрудничество медицинских работников с социальными службами обеспечивают единый подход в стратегии и непрерывность медицинской реабилитации. Следует учесть, что проводимые мероприятия могут пересматриваться и оптимизироваться от изменения спастичности у пациента. Самореабилитация в этих случаях должна иметь гибкий режим, через определенное количество времени. Обучение пациента, согласно рекомендациям ВОЗ, должно иметь непрерывный характер, при этом оказывая психологическую поддержку. Программа реабилитации, включает создание школ для родных и ухаживающих лиц [10,11].

После перенесенного инсульта, реабилитационные мероприятия для пациента начинаются сразу. Способствует выздоровлению, желание пациента констатировать с родными, проявлять даже минимальную активность с первых дней. Специалистам необходимо разъяснить пациенту о возможности самостоятельно управлять некоторыми процессами реабилитации.

Важную роль в восстановлении функции, играет возможность регулярного общения с пациентами, перенёвшими такое же заболевание. Школы значительно улучшают качество жизни пациента, дают возможность получить помощь не только от специалиста, но и другого больного[12,13].

Вызывают затруднения в реабилитации и адаптации пациента, имеющиеся нарушения речи, памяти и т.д., который имеет психологический аспект. После заболевания меняется характер пациента, он может быть раздражительным, не сдержанным, обидчивым, что также мешает восстановлению функции. Играет роль длительность этих психологических изменений у пациента, что отражается на отношении к больному внутри семьи. Родные могут либо игнорировать имеющиеся изменения или быть не столь требовательным в реабилитации.

Пациент должен понять, что даже минимальные ежедневные простые упражнения, могут служить профилактикой повторных инсультов.

Современные специалисты должны давать полную информацию пациенту, относительно спастичности, которая сопровождает его основное заболевание. Больному необходимо владеть информацией относительно таких явлений как клонус, судороги, контрактуры. С целью управления спастичностью, пациент может научиться физическим упражнениям, и выполнять самостоятельно. Регулярные физические упражнения сохраняют суставы, мышцы гибкими и мягкими. При построении программы реабилитации, следует подходить к каждому пациенту индивидуально. Особое место среди упражнений при спастичности, занимает растяжка, с целью профилактики контрактур, судорог. Рекомендовано делать упражнения, через 20 минут после приема медикаментов, с целью снижения спазмов. Специалисту следует соблюдать осторожность, если у пациента баклофеновая помпа, что бы снизить вероятность повреждения насоса. Количество подходов подбираются индивидуально, в зависимости от состояния пациента[14,15].

Ниже мы представили комплекс упражнений для самостоятельного выполнения пациентами, позволяющие управлять спастичностью. Длительность подбирается индивидуально.

Упражнение 1: Растяжка спины. Делается лежа на спине, пациент сгибает обе ноги в коленном суставе, после чего руками подтягивает их к грудной клетке, с целью почувствовать растяжение нижней части спины (Рисунок 1).



Рисунок 1

Упражнение 2: Растяжка четырехглавой мышцы бедра. Пациент ложится на живот, после сгибая одну ногу в коленном суставе, пытается прижать и удерживать голень ближе к голядке (Рисунок 2).



Рисунок 2

Упражнение 3: Растяжение сгибателя бедра. Упражнение выполняется лежа на животе. После чего пациент пытается поднять плечи и опереться на локти. Пациент должен почувствовать растяжение по передней поверхности бедра (Рисунок 3).



Рисунок 3

Упражнение 4: Растяжка сгибателя бедра. Предварительно пациент присаживается на край кровати, после чего откидывается назад. В случае высокой кровати, можно подложить книги под стопы. Пациент должен почувствовать растяжение передней части бедра (Рисунок 4).



Рисунок 4

Упражнение 5: Растяжение приводящей мышцы бедра. В положении сидя, пациент сгибает ноги в коленном суставе, можно скрестить их. После чего локтями оказывает давление сверху. Пациент должен почувствовать растяжку внутренней поверхности бедра (Рисунок 5).



Рисунок 5

Упражнение 6: Растяжка задней части бедра. Необходимо пациенту сесть на край кушетки. Одна нога расположена на кровати, вторая нога спущена на пол, и при этом стопа прижата полностью. После чего, не сгибая колена, пациент пытается достать до лодыжки, почувствовав растяжение по задней поверхности бедра (Рисунок 6).



Рисунок 6

Упражнение 7: Растяжение икроножной мышцы. Выполняется стоя. Пациент становится у стены или стола, выставив одну ногу вперед и немного согнув её. Вторая нога (задняя) прямая. Пациент при этом немного подается вперед, почувствовав натяжение в икроножной мышце (в задней ноге) (Рисунок 7).



Рисунок 7

Упражнение 8: Растяжка камбаловидной мышцы. Положение стоя, у стены. Выдвигает одну ногу вперед немного сгибая её в колене, после чего следует немного наклониться вперед на опорную ногу (переднюю), пациент должен почувствовать натяжение нижней части икроножной мышцы задней ноги (Рисунок 8).



Рисунок 8

Заключение

Следует отметить, что мотивация пациента и слаженная работа мультидисциплинарной команды при реабилитации больных со спастичностью предоставляет большие возможности к восстановлению двигательных нарушений, улучшению навыков самообслуживания и независимости самого пациента от ухаживающих лиц. Специалистам следует мотивировать пациента внимательнее относиться к своему здоровью и позитивно смотреть на свое состояние, что только развивает самореабилитацию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н., Нарушения кровообращения в головном мозге и спинном мозге // Болезни нервной системы: руководство для врачей/ под ред. Н.Н. Яхно. М. : Медицина., 2005. Т. 9, №2
- 2 Гусев Е.И., Скворцова В.И., Крылов В.В., Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга в Российской Федерации // Неврол.вестник им В.М. Бехтерева. 2007. Т. XXXIX, №1. С. 128-133.
- 3 Гравиес Ж.-М. Программа направленной самореабилитации. Практическое руководство для пациентов со спастическим парезом. Springer International Publishing AG, Switzerland, Adis, 2016 Т. 117.
- 4 Витензон А.С. Миронов Е.М., Петрушанская К.А, Скоблин А.А., Искусственная коррекция движений при патологической ходьбе. М. 1999. 504 с.
- 5 Хатькова С.Е. Орлова О.Р., Боцина А.Ю., Шихкеримов Р.К., Основные принципы введения пациентов с нарушением мышечного тонуса после очагового повреждения головного мозга // Consilium Medicum. 2016. Т. 18, №2.1. С 25-33.
- 6 Хатькова С.Е., Конева Е.С., Сидякина И.В., Комплексная реабилитация больных с постинсультной спастичностью: практическое руководство для врачей. М. 2011, 72с.
- 7 Улащик В.С. Лукомский И.В., Общая физиотерапия. Минск: Книжный Дом, 2005. 512с.
- 8 Скворцова В.И., Поляев Б.А., Иванова Г.Е., Чекнева Н.С. Основы ранней реабилитации. М. : Литтерра, 2006, 104с.
- 9 Одинак М.М., Искра Д.Л., Герасименко Ю.П., Анатомо-физиологические аспекты центральных нарушений двигательных функций // Журн.неврол.и психиатр. 2003. №6. С. 68-71.
- 10 Невроныйос. Повышение эффективности реабилитации пациентов со спастическим парезом. Выпуск №12 (50),декабрь 2018:9
- 11 Медведев С.А., Груздева Е.В., Современные технологии восстановления двигательных нарушений. Н.Новгород: Типография ООО «Издательство «Пламя», 2010. 43с.
- 12 Мальцева М.Н. Шмонин А.А., Эрготерапия в социальной и медицинской реабилитации. Непрерывное образование взрослых : материалы международного форума / под.ред. В.В. Величенко, С.В. Кривых. СПб. : ИННОВА, 2015. С. 331-339.
- 13 Малахов В.А., Мышечная спастичность при органических заболеваниях нервной системы и ее коррекция // Междунар.неврол.журнал 2010, №5 (35). С.15-27.
- 14 Кревер К. Оценка методов исследования при инсульте // Леч.физкультура и спорт. Медицина. 2010. №6 С. 44-48.
- 15 Костенко Е.В., Бойко А.Н., Коррекция спастического повышения мышечного тонуса при рассеянном склерозе с использованием ботулинотерапии // Журн.неврол. и психиатр. 2018, №7. С. 73-76.

Ж.Т. Тәкенов, А.Ж. Тұрмашев
«Ұлттық нейрохирургия орталығы» АҚ, Нұр-Сұлтан қ.

ПСИХОТЕРАПИЯНЫҢ ЖӘНЕ ӨЗІН-ӨЗІҢ ҚАЛПЫНДАҒЫ НАУРЫЛЫҚТАҒЫ НАУҚАСТАРДАҒЫ РӨЛІ

Түйін: Мақалада инсульттің осы асқынуларының себептері мен қауіп факторлары көрсетілген. Осы санаттағы науқастардың өзін-өзі қалпына келтірудің психотерапиялық әдістері мен мүмкіндіктері көрсетілген. Инсультпен ауыратын науқастарда ауырсыну синдромы бар көпсалалы топтың жұмысының сұрақтары көтеріледі. Бұлшықет тонусы және ауырсыну синдромы жоғарылаған инсультпен ауыратын науқастарды адекватты басқару науқастардың осы санатын кешенді емдеуде маңызды орын алады және белгілі бір принциптер мен ережелерді сақтауды талап етеді. Инсульттан кейінгі ауырсыну мен спастиканы жеңілдету оңалту тиімділігін, пациенттердің функцияларының қалпына келу дәрежесін, олардың әлеуметтік бейімделу деңгейін және өмір сүру сапасын арттырудың маңызды шарттарының бірі болып табылады. Пациенттердің білім деңгейін арттыру, сауықтырудың ұзақтығы мен стратегиясы туралы мамандардың жеткілікті түсініктемесі туралы сұрақтар қойылады, терапияның тиімділігі мен науқастардың өмір сапасы едәуір жақсарды

Түйінді сөздер: Психотерапия, өзін-өзі қалпына келтіру, спастикалық, көпсалалы команда, физиотерапиялық жаттығулар

Zh.T. Takenov, A.Zh. Turmashev
JSC "National center of neurosurgery"

ROLE OF PSYCHOTHERAPY AND SELF-REHABILITATION IN PATIENTS WITH SPASTICITY

Resume: The article reveals the causes and risk factors for these complications of stroke. Psychotherapeutic methods and possibilities of self-rehabilitation of this category of patients are highlighted. The questions of the work of a multidisciplinary team with pain syndromes in stroke patients are raised. Adequate management of stroke patients with increased muscle tone and pain syndromes takes an important place in the complex treatment of this category of patients and requires adherence to certain principles and rules. Relief of pain and spasticity after a stroke is one of the most important conditions for increasing the effectiveness of rehabilitation, the degree of recovery of patients' functions, the level of their social adaptation and improving the quality of life. Questions are raised about increasing the educational level of patients, an adequate explanation by specialists about the duration and strategy of rehabilitation, significantly improves the effectiveness of therapy and the quality of life of patients

Keywords: Psychotherapy, self-rehabilitation, spasticity, multidisciplinary team, physiotherapy exercises