

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ВТОРИННОЮ ВЕГЕТО-СУДИННОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ПРИ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ

ДУЛО О.А., КАЧАНОВА В.В., МАЛЬЦЕВА О.Б., КРУЧАНИЦЯ М.І.,
РУСИН Л.П.

*ДВНЗ Ужгородський національний університет,
Ужгородська міська поліклініка*

Анотація. Обґрунтовано особливості застосування ЛФК та методу психологічної корекції в реабілітації хворих, що перенесли перелом променевої кістки (ППК) з вираженим больовим синдромом та вегетосудинною дисфункцією.

Ключові слова: перелом, променева кістка, больовий синдром, реабілітація.

Вступ. Травматизм посідає одне з перших місць серед причин втрати тимчасової працездатності і є однією з актуальних не тільки серед медичних, але і соціальних проблем. Перелом променевої кістки (ППК) в типовому місці є найбільш поширеною травмою опорно-рухового апарату. За даними деяких авторів, ці травми складають 40-50 % від усіх переломів верхніх кінцівок. В клінічній практиці сімейним лікарям доводиться часто зустрічатись із синдромом болю та вторинною вегето-судинною дисфункцією (ВСД) організму – системним патологічним процесом, що включає місцеву реакцію на ураження, передачу та сприйняття больового імпульсу, його психоемоційну оцінку і відповідну вегетативну та поведінкову реакцію організму. [1, 2]

Ефективність оздоровлення хворих після ППК з хронічним больовим синдромом залежить від здатності хворих усвідомити важливість використання реабілітаційних прийомів в повному обсязі для недопущення формування “спіралі болю”. Це визначає необхідність комплексу заходів і індивідуальних підходів реабілітації з обов’язковим включенням лікувальної фізкультури (ЛФК) та корекції психоемоційних порушень (ПЕП). Психологічний захист – це спеціальна регуляторна система стабілізації особистості, спрямована на усунення або зведення до мінімуму проявів ВСД та негативних впливів, переживань, пов’язаних із захворюванням, які травмують пацієнта. Психологічний супровід кожного хворого має бути обов’язковим компонентом сучасних лікувально-профілактичних та оздоровчих програм відновлювальної медицини, спрямованих на підвищення якості життя (ЯЖ) [3, 4, 5].

Мета та завдання дослідження: Метою проведеного дослідження було: підвищити ефективність реабілітації хворих після ППК з вираженим больовим синдромом шляхом використання методів зменшення та ліквідації ознак вторинної ВСД.

Завдання дослідження: 1) вивчити та проаналізувати існуючі методики зменшення та ліквідації ознак вторинної ВСД в комплексі фізичної

реабілітації (ФР) для хворих, що перенесли ППК з вираженим больовим синдромом; 2) розробити комплекс ФР для хворих, що перенесли ППК з вираженим больовим синдромом та вторинною ВСД; 3) провести дослідження по вивченню ефективності використання комплексу ФР для хворих, що перенесли ППК з вираженим больовим синдромом та вторинною ВСД, в умовах поліклініки.

Матеріали і методи дослідження: Педагогічний етап дослідження включав аналіз літературних джерел, вивчення амбулаторних карт, лікарсько-педагогічні спостереження. При проведенні обстеження пацієнтів особливу увагу надавали розпитуванню хворого. Це було пов'язано з тим, що саме суб'єктивна оцінка свого стану і можливостей кожного хворого, тобто оцінка обумовлених ППК ознак ВСД розглядалась як найважливіша відправна (мобілізації завершений). точка для подальших заходів корекції. Оглядаючи хворих, звертали увагу на: загальний вигляд ушкодженого передпліччя: колір шкіри, наявність набряку, крововиливів; форму прилеглих до місця перелому суглобів; зміни конфігурації променезап'ясткового суглобу; характер активних рухів (вільні, сковані, обережні); силу рук визначали при допомозі динамометрії (в кг). Дослідження амплітуди рухів у суглобах виконували за допомогою гоніометра.

Дослідження проводились поетапно, протягом кількох місяців. Під наглядом знаходились 13 хворих з проявами ВСД, що перенесли ППК з вираженим больовим синдромом і знаходились у відновному періоді захворювання (3 – 4 тижні після перелому). Були відібрані пацієнти з комплексом порушень з боку вегетативної нервової системи, що не дозволяло повністю використовувати відновлювальний потенціал ЛФК, масажу: при проведенні найменших навантажень (вправи, масаж) больовий синдром спричинював негативні психоемоційні реакції та ознаки вираженої вегетосудинної дисфункції з боку внутрішніх органів. У всіх пацієнтів (100%) були виявлені ознаки ВСД з боку шлунково – кишкового тракту, серцево – судинної системи, органів дихання, сечовидільної та ендокринної систем: різноманітні алгії, диспепсія, безсоння, порушення сну; помірні коливання артеріального тиску та лабільність пульсу.

Хворим був запропонований для використання комплекс ФР. Завданнями комплексу ФР були: усвідомлення хворими умов досягнення позитивних результатів на всіх етапах реабілітації, бажання швидкого виздоровлення: мобілізація вольових зусиль: опанувати біль, зменшити фіксацію уваги на ній; навчитись сприймати біль як дещо належне та неминуче, продовжуючи вести звичний спосіб життя з нормальним повсякденним рівнем діяльності; створення функціональних умов для подальшої успішної регенерації кісткової тканини, стабілізації місця кісткової мозолі та закінчення формування кісткової тканини; посилення крово- і лімфообігу в зоні пошкодження з метою стимуляції регенеративних процесів, ліквідація гіпотрофії та атрофії м'язів, тугорухомості та ригідності в суглобах, що сформувались в період іммобілізації; відновлення функціональної здатності всіх груп м'язів передпліччя та

променезап'ясткового суглоба, ліквідація сформованих в період імобілізації тимчасових компенсацій порушеної функції руху верхньої кінцівки; адаптація всіх систем організму до зростаючого фізичного навантаження, навчання навикам самообслуговування, трудова реабілітація; підвищення життєвого тону хворого.

Результати дослідження. При поступленні на курс реабілітації стан пацієнтів, що перенесли ППК, відповідав загально статистичним даним та даним літератури.

При виконанні фізичних вправ а також у вільний від занять час хворим були дані рекомендації щодо можливості використання затверджених методик відомих психологів-практиків: усвідомлення хворими умов досягнення позитивних результатів на всіх етапах реабілітації: 1) мобілізація вольових зусиль, бажання швидкого ви здоровлення: опанувати біль, намагались зменшити фіксацію уваги на ній; навчитись сприймати біль як дещо належне та неминуче, продовжуючи вести звичний спосіб життя з нормальним повсякденним рівнем діяльності; 2) необхідно досягнути внутрішньої концентрації, зосередженості на почуттях, образах, представленнях і відчуттях без вольового зусилля, і тут провідну роль відіграє вміння розслабитися. Використовувались і методики, засновані на проведенні бесід з хворими з використанням елементів емотивно-раціональної релаксації.

Хворим в популярній формі надавалась інформація про порочне коло "біль – негативні емоції – м'язове напруження", а також відомості про нефізіологічні пози і поведінку негативного спрямування (такі, що збільшують біль) як на роботі, так і в побуті. Давались роз'яснення, яким чином м'язова релаксація може зменшити прояви ВСД, емоціональне напруження і біль. Проводилось роз'яснення прийомів м'язової релаксації з самонавіюванням почуття важкості і тепла в кінцівках (за допомогою уяви певних образів: пляжу, моря тощо).

При виконанні рухів в ушкодженій кінцівці хворими активно використовувалась формула самонавіювання, запронована І. Шульцем: "Я впораюся!". У стані релаксації (розслаблення) повторюється формула намірів або цілей, необхідна концентрація на цій думці, що повторюється при ходьбі, за їжею, перед сном, тобто у всякому зручному і незручному випадку. Ця формула має стати не лише сенсом життя, а й самим життям, змістом особистості, другим "Я". Тоді ідея мети проникне буквально в кожен орган, в кожен клітину, в самі глибинні підкіркові шари мозку. Все в хворому повинно знати: "Я впораюся!". Ця формула автоматично приходить на допомогу в усіх загрозливих ситуаціях.

Важливим кроком на шляху до оздоровлення для хворих стала психологічна установка на успіх, впевненість у тому, що мета буде досягнута – успіх приносить тільки віра в успіх. Пацієнти виконували рухи в плечовому, ліктьовому суглобах і пальцях травмованої руки. Згинали активно і за допомогою здорової руки пальці в кулак до повного їх зіткнення з долонею, проводили ізометричні напруження м'язів передпліччя з одночасними рухами неушкодженою рукою. Повороти (супінація, пронація) променевої кістки,

згинання та розгинання, бічні нахили кисті в променезап'ястковому суглобі. Один із критеріїв відновлення працездатності хворих – задовільна амплітуда і координація рухів у суглобах при позитивній характеристиці м'язів пошкодженої кінцівки. При оцінці її функції враховували і якість виконання побутових і трудових операцій.

В результаті виконання комплексу ФР у хворих, що перенесли ППК, більшість проявів ВСД значно зменшились, а деякі і зникли. Більш ніж в 60% випадків сон нормалізувався. З поверненням самооцінки, впевненості в собі відновились інтерес до побутової та професійної діяльності. З покращенням та значним покращенням курс реабілітації закінчили 10 (77%) пацієнтів.

Висновки.

Проведені дослідження по вивченню ефективності використання комплексу ФР для хворих, що перенесли ППК з вираженим больовим синдромом та вторинною ВСД, в умовах поліклініки, підтвердили ефективність використання затверджених методик відомих психологів-практиків: при виконанні фізичних вправ а також у вільний від занять час хворими були усвідомлені умови досягнення позитивних результатів на всіх етапах реабілітації: 1) мобілізація вольових зусиль, бажання швидкого виздоровлення: опанувати біль, намагатись зменшити фіксацію уваги на ній; навчитись сприймати біль як дещо належне та неминуче, продовжуючи вести звичний спосіб життя з нормальним повсякденним рівнем діяльності; 2) необхідно досягнути внутрішньої концентрації, зосередженості на почуттях, образах, представленнях і відчуттях, вміння розслабитися; 3) психологічна установка на успіх, впевненість у тому, що мета (виздоровлення) буде досягнута – успіх приносить тільки віра в успіх. З покращенням та значним покращенням курс реабілітації закінчили 10 (77%) пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень. Вдосконалення реабілітаційних програм та впровадження їх в закладах охорони здоров'я з метою профілактики виникнення психоемоційних та вегето-судинних порушень.

Література:

1. Ярошевский А.А. Вегетативная дисфункция и мышечно-скелетная боль: взаимосвязь и возможности немедикаментозной терапии / А.А. Ярошевский // Междунар. невролог. журн. – 2010. – № 4. – С. 62-70.
2. Миронов С.П. Состояние специализированной амбулаторной травматолого-ортопедической помощи пострадавшим от травм и больным с патологией костно-мышечной системы / С.П. Миронов, Н.А. Еськин, Т.М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии им. Пирогова. – 2010. – № 1. – С. 3-8.
3. Психофизиологические аспекты формирования хронических болевых синдромов / [Баруллин А.Е., Кукушкина О.В., Рыбак В.А., Саранов А.А.] // Вестник Волгоградского гос. мед. университета. – 2010. – № 2. – С. 52-54.

4. Мирошник Н.М. Методологический и методический аспекты развития универсальных координационных способностей личности и пластичности мозга в условиях санаторно-курортной рекреации. // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2013. – № 2. – С 136.

5. Роль функциональной медицины в комплексном лечении на санаторно-курортном этапе / [Трегубова Н.А. и др.] // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2012. – № 2. – С. 121-123.