

Роль психотерапии в реабилитации больных хроническим остеомиелитом

М.Н. Ключин

The role of psychotherapy in rehabilitation of patients with chronic osteomyelitis

M.N. Klyushin

ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия Росздрава»
(ректор – заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор Э.А. Кашуба)

Иллюстрируется поэтапная психотерапевтическая модель, предложенная больным хроническим остеомиелитом, в рамках комплексной послеоперационной реабилитации, направленная на снятие проявлений психопатологических реакций, вызванных оперативным вмешательством, разрешение глубинных личностных конфликтов. Показана эффективность психотерапии у 241 пациента отделения гнойной ортопедии. Сделаны выводы о целесообразности психотерапевтической работы для всех, длительно лечащихся больных с патологией опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: психотерапия, хронический остеомиелит, реабилитация.

The author illustrates a stage-by-stage psychotherapeutic model, proposed for patients with chronic osteomyelitis, within the framework of complex postoperative rehabilitation; the mentioned model is intended for the elimination of manifested psychopathological reactions caused by surgical intervention, and the solution of internal personal conflicts. The article demonstrates the effectiveness of psychotherapy in 241 patients of the department of purulent orthopaedics. The author comes to the conclusions concerning the expediency of psychotherapeutic courses for all the patients with locomotor system pathology, who are subjected to prolonged treatment.

Keywords: psychotherapy, chronic osteomyelitis, rehabilitation.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы резко возрос уровень приобретенной ортопедической патологии, что объясняется более ускоренным, технократным образом жизни людей, введением в человеческое существование сложных производственных и бытовых механизмов, перманентным протеканием локальных военных конфликтов, в купе способствующих повышению травматизации с развитием впоследствии ортопедических осложнений, из которых одним из самых тяжелых является хронический остеомиелит [18; 19]. Значимость адекватной реабилитации данного контингента, представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему, поскольку около 80 % больных составляют лица молодого трудоспособного возраста, и именно

среди них отмечается высокий процент выхода на инвалидность (более 70 %). Несомненно единственно действенным способом терапии данного недуга на сегодняшний день является хирургическое лечение [3; 18; 19].

Оперативное вмешательство есть ни что иное как травматический стресс, вызывающий нарушения метаболизма и изменения параметров гомеостаза, высшим уровнем регулирования которого является ЦНС [3,4,7,16].

Наша работа посвящена описанию механизма и роли психотерапевтической коррекции психических нарушений у больных хроническим остеомиелитом в процессе их ортопедического лечения в отделении гнойной ортопедии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании участвовали 241 пациент

отделения гнойной ортопедии ФГУ Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова (генеральный директор – заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н.,

М.Н. Ключин – к.м.н., ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия Росздрава»,
e-mail: mkljushin@rambler.ru

профессор В.И. Шевцов), в ходе длительного, многоэтапного, сопряженного с множеством операций, ортопедического лечения методом чрескостного остеосинтеза.

Возраст обследуемых варьировал от 14 до 65 лет; средний возраст – 39±7,5 лет (распределение осуществлялось по классификации Э. Коуэна) [1], (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных с хроническим остеомиелитом по полу и возрасту

Возраст	Пол				Всего	
	Мужской		Женский			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
14-17	9	3,73	3	1,25	12	4,98
18-22	12	4,98	10	4,15	22	9,13
23-30	39	16,18	16	6,64	55	22,82
31-35	18	7,47	4	1,66	22	9,13
36-50	59	24,48	21	8,71	80	33,19
51-65	32	13,28	18	7,47	50	20,75
Всего	169	70,12	72	29,88	241	100,0

Критерии отбора пациентов с хроническим остеомиелитом:

- длительно существующее патологическое состояние, сопровождающееся чередованием рецидивов и ремиссий на основе остеосклероза и отторжения секвестров;

- хронический гнойно-некротический процесс в костной ткани, костном мозге, надкостнице и окружающих мягких тканях, сопровождающийся наличием свищей и ран с гнойным отделяемым;

- нарушение опороспособности и функции пораженной хроническим гнойным процессом конечности, требующие дополнительных средств фиксации и опоры;

- длительный (не менее 180 дней) единовременный срок пребывания в стационаре.

Критерии исключения:

- большие детского возраста (до 14 лет);
- пациенты, страдающие сопутствующей тяжелой соматической патологией внутренних органов;

- обнаружение у исследуемых больных признаков тяжелой психической патологии, патогенетически не связанной с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, а именно: психических и поведенческих нарушений вследствие употребления психоактивных веществ (F10-

F19), эндогенных психозов (F20-F29), аффективных расстройств эндогенного характера (F30-F39), умственной отсталости (F70-F79).

Выявление и квалификация психических расстройств при ортопедических заболеваниях производилась на основании клинико-диагностических критериев, изложенных в МКБ-10, руководствах, глоссариях психопатологических синдромов и состояний [2, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 17].

Психотерапевтические методы были объединены единым подходом поддерживающей психотерапии («supporting psychotherapy») и направлены на проработку психотравмирующей ситуации. Разработанная программа имела ряд особенностей, которые определялись не только поставленными целями терапии, но и условиями проведения лечебных мероприятий в специализированной ортопедотравматологической клинике. К таким особенностям можно отнести: длительность пребывания больных в отделение, вероятность повторных оперативных вмешательств, наличие на конечностях аппаратов внешней фиксации. Исходя из этого, представляется более предпочтительное использование суггестивных и когнитивно-бихевиоральных техник с целью обогащения ресурса пациента и дезактуализации психотравмирующих обстоятельств, как «локального» (общемедицинского) характера, связанного с пораженным сегментом конечности, так и «глобального» (социального) спектра - жизнь после стационара.

Основной целью разработанной психотерапевтической модели в послеоперационном периоде являлось уменьшение частоты и выраженности психопатологических симптомов астенического, аффективного (тревожного, депрессивного), ипохондрического, паранойяльного круга, соматовегетативных проявлений, нарушений сна, снижение болевых ощущений, а также изменение отношения к существующему в настоящий момент у больного страданию, с разрешением глубинных личностных конфликтов, осознанию своей цельности и значимости.

Все используемые методы исследования и терапии проводились после получения добровольного информированного согласия пациента в соответствии с требованиями ст.21 гл.2 Конституции РФ и ст.ст. 32 и 43 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» [9, 11].

ОПИСАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего у наших пациентов было проведено 2344 психотерапевтических сессий. Количество психотерапевтических сеансов, проведенных одному больному, варьировало от 15 до 50, в зависимости от тяжести и распространенности остеомиелитического поражения, психического состояния, динамики симптомов, личностно-

типологических особенностей и сроков пребывания пациента в стационаре. Психотерапию осуществляли у постели больного и в кабинете психологической разгрузки как индивидуально, так и в формате группы.

В психотерапевтической программе выделялись методы «первого и второго порядков». К

первым относятся нейролингвистическая психотерапия (НЛП) и недирективная суггестия, так как проведение психотерапии в условиях ортопедо-травматологического стационара требовало создания обстановки комфорта и психологической безопасности для прооперированного пациента, что достигалось применением именно этих психотерапевтических методов. Методы «второго порядка» обеспечивали реализацию терапевтических запросов и задач в процессе длительного нахождения в клинике: поиск ресурсов личности, работа с психопатологическими симптомами, проработка психотравмирующей ситуации, постройка позитивного будущего.

На начальном этапе программы ставили задачу эффективного взаимодействия психотерапевта и пациента, установление доверия, ощущения безопасности и права получать доступ к травматическому материалу. Длительность I этапа психотерапии варьировала от 5 до 10 сессий. Реализации цели терапии на первом этапе способствовало использование психотерапевтических техник НЛП (присоединение, установление раппорта, определение первичной репрезентативной системы), недирективной суггестивной терапии по М. Эриксону.

На втором, основном этапе психотерапии, реализовывали базовую цель программы, а именно глубокое исследование травматического материала, формирование конструктивных копинг-механизмов, повышение порога восприятия боли, уменьшение чувства страха и снижение фиксации на болезненных переживаниях, помощь пациенту в абстрагировании от мыслей о возможных послеоперационных осложнениях. Немаловажной задачей основного этапа являлась борьба с «соматизацией» стресса, «мифическими» (собственными) трактовками причин расстройства и чрезмерной фиксацией на своем пораженном сегменте. Это достигалось использованием особых состояний сознания (глубокой релаксации, медитативного транса), техник телесно-ориентированной психотерапии. Так, на протяжении основного этапа практиковали прохождение через травматическое событие в технике «терапевтического моста». В недирективной манере проводили индукцию гипнотического транса, в котором больному при сохранении обратной связи и предварительном обеспечении ресурсного состояния предлагали вспомнить и реконструировать психотравматическое событие: чаще всего ситуацию получения травмы (при посттравматическом происхождении остеомиелита) или момент осознания наличия остеомиелитического очага. На II этапе терапии применяли специальные техники, обучающие медленному дыханию и систематическому расслаблению основных групп мышц, с целью овладения навыками саморегуляции, что позволяло пациентам в процессе длительного лечения самостоятельно контролировать страхи и тревогу,

улучшать переносимость болевого синдрома, способствовало нормализации настроения и сна. Этот этап занимал от 15 до 35 психотерапевтических сессий и более, длительностью по 45 минут каждая. Цель психотерапии второго этапа реализовывали при использовании когнитивно-бихевиоральной, кататимно-имагинативной и телесно-ориентированной психотерапии, НЛП.

Заключительный, III этап психотерапии, практиковался на завершающей стадии ортопедического лечения, за 20-30 дней до выписки из стационара и преследовал своей целью помощь пациенту в интеграции с семьей, друзьями и обществом, осознанию своих реальных перспектив и возможностей, преодолении «стресса неопределенности», страха, неуверенности перед настоящим и будущим, «конструирование будущего». Во многих случаях перенесенный психотравматический стресс был сопряжен с изменением привычной жизни пациента не только во время его пребывания в стационаре, но и после выписки. Особенно актуальным являлось проведение этого этапа у пациентов с I-II группой инвалидности. Прицельное внимание уделяли «позитивной постройке будущего» с формированием максимально успешного для пациента «образа достижения» с использованием техник вживания в «образ достижения». Проводили прослеживание образа в будущем с помощью специально подобранных вопросов, направленных на активизацию бессознательного пациента, искали и находили необходимые ресурсы, способности и возможности пациента, позволяющие ему достигнуть цели. К методам, способствовавшим преодолению тревоги перед будущим, относились: обучение навыкам конструктивного и одновременно реального «образа желаемого», стимулирующего мотивацию достижения; рациональная, когнитивная переработка негативного стереотипа, согласно которому решение собственных проблем было невозможно; стимуляция самостоятельности, расширение диапазона выбора жизненных целей в соответствии с изменившейся ситуацией. Особое внимание уделяли приемам сохранения и развития чувства собственного достоинства, значимости, ценности, необходимости родным, друзьям и обществу, укреплению и активации собственных ресурсов. Этот этап включал в среднем 5-10 психотерапевтических сессий, продолжительностью 40-50 минут. На последней сессии подводили итоги психотерапии, пациенты делились своими ближайшими и отдаленными планами, основное место в которых отводили своим насущным потребностям и собственным возможностям их достижения.

Результаты оценки клинической эффективности психотерапевтической программы у пациентов, прошедших все этапы психотерапии, анализировались перед выпиской из ортопедического стационара и были сведены к критериям, предложенные В.Я. Семке (2001) [13]: пол-

ное «выздоровление» («А») – исчезновение психопатологической симптоматики, либо единичные преходящие симптомы, купирующиеся спонтанно; уменьшение выраженности проявлений по соответствующим шкалам более чем на 90 %), практическое «выздоровление» («В») – уменьшение выраженности, частоты и количества определяемых проявлений клинически по соответствующим шкалам более 50 %), неполное «выздоровление» («С») – симптоматика претерпела незначительную динамику), вкпе с динамикой психологических шкал уровня депрессии Цунга и тревоги Шихана [15].

Таблица 2
Оценка эффективности проведенной психотерапии

Клинические формы психических нарушений	Полное «выздоровление»		Практическое «выздоровление»		Неполное «выздоровление»	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Расстройство адаптации	83	84,69	15	15,31	–	–
Неврозы, из них:	44	58,67	31	41,33	–	–
а) неврастения	28	37,33	17	22,67	–	–
б) невроз навязчивых состояний	8	10,67	7	9,33	–	–
в) истерический невроз	8	10,67	7	9,33	–	–
Невротические развития личности	20	48,78	14	34,15	7	17,07
Расстройства личности	11	40,74	8	29,63	8	29,63
Итого	158	65,56	68	28,22	15	6,22

Как видно из таблицы 2, клинический анализ эффективности предложенной психотерапевтической модели выявил достоверное преобладание ($P \leq 0,05$) в группе полного выздоровления («А») лиц с расстройствами адаптации (84,69 %). У пациентов с неврозами, невротическим развитием

личности, расстройством личности полное выздоровление («А») наблюдалось реже, хотя также представлено достаточно высокими цифрами (соответственно 58,67 %; 48,78 %; 40,74 %).

С клиническими данными редукиции психопатологических расстройств, стойко коррелировали результаты психологических методов исследования. Исходно, до начала психотерапии, у исследуемого контингента определялся высокий уровень общей: 45 ± 13 баллов и ситуативной: 55 ± 14 баллов тревожности и выраженные проявления депрессивных расстройств: 55 ± 16 баллов. Предложенная психотерапевтическая модель положительно сказывалась на динамике психопатологических симптомов у больных хроническим остеомиелитом. Так, показатели общей и ситуативной тревожности уменьшились более чем в 2 раза, по сравнению с аналогичным уровнем до начала психотерапии: до 25 ± 12 и 24 ± 10 баллов соответственно ($P \leq 0,05$); показатели депрессии также трансформировались до минимальных проявлений: 20 ± 15 баллов ($P \leq 0,05$) (рис. 1).

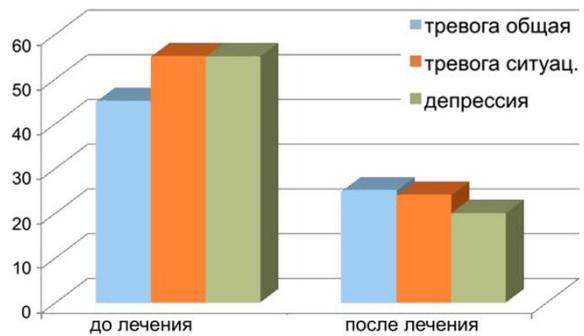


Рис. 1. Динамика ведущих психопатологических феноменов у больных хроническим остеомиелитом

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Итого, впервые предпринята попытка включения лечебной психотерапевтической программы в комплекс реабилитации больных хроническим остеомиелитом.

Вышеизложенное иллюстрирует, что наиболее часто устойчивое «выздоровление» отмечалось у больных с пограничными психическими нарушениями (расстройствами адаптации и неврозами). Это свидетельствует о потребности в психотерапевтической коррекции больных хроническим остеомиелитом, как можно на более ранних этапах послеоперационной реабилитации и инициирует следующие выводы:

1. Пациентам с таким тяжелым последствием поражения опорно-двигательного аппарата, как хронический остеомиелит, необходим осмотр врача-психиатра-психотерапевта, с целью установления показаний для включения психотерапии в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий.

2. При проведении психотерапевтических сеансов следует учитывать личностно-типологические характеристики пациента, тяжесть соматического состояния, особенности длительности (хронитизации) заболевания, пролонгированности стационарирования (с многомесячным отрывом от ближайшего микросоциального окружения, эмоциональной депривацией, профессиональным дрейфом), стойкий болевой синдром и его эквиваленты в послеоперационном периоде, постоянное нахождение в условиях «операционного поля» (многочисленные перевязки, перемонтаж металлических конструкций).

3. Психотерапевтические сессии в ранний послеоперационный период, учитывая локализацию и распространенность пораженного сегмента, невозможность передвигаться с дополнительными средствами опоры, целесообразно проводить в палате у постели больного 3-4 раза в неделю длительностью от 30 до 50 минут.

4. Разработанная программа носит комплексный характер с сочетанием различных психотерапевтических форм и методов в рамках поддерживающей психотерапии и направлена на снятие проявлений психопатологических реакций, вызванных оперативным вмешательством, разрешение глубинных личностных конфликтов способствует, что особенно важно при хроническом течении заболевания, адаптации пациентов в постгоспитальном периоде и служит профилактикой развития посттравматиче-

ского стрессового расстройства. Пациенты, прошедшие все этапы психотерапии, осознают себя скорее как потентную личность, чем как «жертву обстоятельств».

Таким образом, полученные данные отражают эффективность разработанной психотерапевтической программы для больных хроническим остеомиелитом, и позволяют рекомендовать ее для внедрения в лечебно-реабилитационную практику специализированного ортопедотравматологического стационара.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абрамова, Г. С. Возрастная психология / Г. С. Абрамова. – Екатеринбург : Деловая книга, 1999. – 624 с.
2. Александровский, Ю. А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение / Ю. А. Александровский. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 240 с.
3. Амирасланов, Ю. Современные подходы к лечению хронического остеомиелита / Ю. Амирасланов, В. Митиш // Врач. – 1996. – № 4. – С. 8-10.
4. Десятниченко, К. С. Экспериментально-теоретические исследования, подтверждающие концепцию Г. А. Илизарова о единстве генеза костной и кроветворной тканей / К. С. Десятниченко, Ю. П. Балдин // Гений ортопедии. – 1995. – № 1. – С. 32-38.
5. Дмитриева, Т. Б. Клиническая психиатрия / Т. Б. Дмитриева. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 1998. – 505 с.
6. Жмуров, В. А. Психопатология / В. А. Жмуров. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2002. – 668 с.
7. Зубарева, О. В. Диагностика и лечение психических расстройств, связанных со стрессом у больных с травмой опорно-двигательного аппарата / О. В. Зубарева, Н. М. Епифанова, И. Ю. Клюквин // Лечение переломов у больных с психическими расстройствами : материалы город. семинара. – М., 2005. – С. 17-22.
8. Клиническая психология (специальная медицинская психология) : учеб. пособие / под ред. Г. П. Котельникова, Г. Н. Носачева. – Самара, 2005. – С. 260-283.
9. Конституция Российской Федерации : Всенародное голосование от 12.12.1993 // Рос. газ. – 1993. – 25 дек. – С. 2.
10. Морозов, Г. В. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии) / Г. В. Морозов, Н. Г. Шумский. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 1998. – 426 с.
11. О порядке введения в действие Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан : постановление Верховного совета РФ от 22.07.1993 №5487-1 // Рос. вести. – 1993. – 9 сент. – С. 4.
12. Семиотика психических заболеваний (общая психопатология) : учеб. пособие / под ред. Г. Н. Носачева, В. С. Баранова. – Самара, 2006. – 350 с.
13. Семке, В. Я. Основы персонологии / В. Я. Семке. – М. : Академ. проект, 2001. – 476 с.
14. Снежневский, А. В. Общая психопатология (курс лекций) / А. В. Снежневский. – М. : МЕДпрессинформ, 2001. – 208 с.
15. Собчик, Л. Н. Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики / Л. Н. Собчик. – М., 2001. – 512 с.
16. Сухобрус, Е. А. Психологические реакции и их динамика в процессе лечения у больных с механической травмой длинных трубчатых костей нижних конечностей : автореф. дис... канд. психол. наук / Е. А. Сухобрус. – СПб., 2006. – 27 с.
17. Чуркин, А. А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартышов. – М. : Трида-Х, 1999. – 232 с.
18. Шевцов, В. И. Метод чрескостного остеосинтеза при лечении больных с последствиями огнестрельных ранений, осложненных хроническим остеомиелитом / В. И. Шевцов, Н. М. Ключин, А. М. Аранович // Материалы конгресса травматологов-ортопедов России. – Ярославль, 1999. – С. 424-425.
19. Шевцов, В. И. Метод чрескостного остеосинтеза в лечении больных хроническим остеомиелитом / В. И. Шевцов, А. И. Лапынин, Н. М. Ключин. – Курган, 2001. – 221 с.

Рукопись поступила 28.10.08.