

© М.Р. Мадатян, А.Э. Мирзоян, 2002

О психологической коррекции в комплексе лечения больных с травмой опорно-двигательного аппарата в условиях массового поступления

М.Р. Мадатян, А.Э. Мирзоян

Psychologic correction in the complex treatment of patients with the locomotor system trauma in case of mass admission

M.R. Madatian, A.E. Mirzoyan

Ереванский центр реконструкции и удлинения конечностей, г. Ереван, Армения

Лечебно-организационные мероприятия в ситуациях массового поступления больных должны проводиться urgently и с учетом взаимосвязанности патофизиологических процессов в организме. Массовый психогенный стресс с последующими нарушениями психосоматического характера у пострадавших является одной из проблем, нуждающейся в дальнейшем осмыслении для совершенствования лечебно-реабилитационного комплекса. Поэтому регуляция психосоматического состояния, проводимая с первых же дней лечения у больных с тяжелой травмой, полученной при массовых катастрофах, является одним из перспективных направлений медицины катастроф. Целью данного исследования явилось изучение эффективности и целесообразности применения методов нейролингвистического программирования (НЛП) на основе анализа ближайших и отдаленных результатов лечения пострадавших от землетрясения с травмами опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: медицина катастроф, травма, нейролингвистическое программирование.

Treatment-and-organization measures for mass admission of patients should be made urgently and interconnection of pathophysiological processes in organism should be taken into consideration. Mass psychogenic stress with subsequent disorders of victims' psychosomatic character is one of the problems, which requires further comprehension to improve the treatment-and-rehabilitative complex. That is why regulation of psychosomatic status, made from the first days of treatment in patients with severe trauma, occurred during mass disasters, is one of the perspective trends of disaster medicine. Study of the effectiveness and advantages of use of the methods of neurolinguistic programming (NLP) on the basis of the analysis of immediate and long-term results of treatment of the victims of earthquake with the locomotor system injuries.

Keywords: disaster medicine, trauma, neurolinguistic programming.

Стихийные бедствия, катастрофы, войны приводят к массовому поступлению больных с тяжелой, сочетанной политравмой и являются серьезным испытанием для медицинских служб данного региона [1; 2; 6]. Лечебно-организационные мероприятия в подобных ситуациях должны проводиться urgently и с учетом взаимосвязанности патофизиологических процессов в организме. Одной из проблем, нуждающейся в дальнейшем осмыслении для совершенствования лечебно-реабилитационного комплекса, является массовый психогенный стресс с последующими нарушениями психосоматического характера у пострадавших. Поэтому регуляция психосоматического состояния, проводимая с первых же дней лечения у больных с тяжелой травмой, полученной при массовых катастрофах, на наш взгляд, является одним из перспективных направлений медицины катастроф. При этом немедикаментозные методы лечения психоэмоционального состояния пациентов заслуживают особого внимания, так как психотропные средства могут сгладить общую кли-

ническую картину и привести к диагностическим погрешностям. Кроме того, немедикаментозные методы лечения позволяют избежать нежелательной перегрузки больного медикаментами. В настоящее время существуют прогрессивные немедикаментозные технологии, хорошо зарекомендовавшие себя при лечении психосоматических расстройств, явившихся следствием посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в условиях массового поступления. В частности, об эффективности применения методов нейролингвистического программирования (НЛП), десенсибилизации и переработки (травм) движениями глаз (ДПДГ) при лечении участников вьетнамской войны сообщается в работах П. Грегори и Ф. Шапиро [3; 4]. Учитывая взаимозависимость восстановительных процессов в организме с психоэмоциональным состоянием пациента, при организации комплекса лечебно-реабилитационных процедур у пострадавших от Спитакского землетрясения 1988 г. группе больных с первых дней после поступления в стационар проводились сеансы

психоэмоционального корригирования деструктивной реакции на стресс.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности и целесообразности приме-

нения НЛП на основе анализа ближайших и отдаленных результатов лечения пострадавших от землетрясения с травмами опорно-двигательного аппарата.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 37 пострадавших от землетрясения в возрасте от 6 до 56 лет (женщин-25, мужчин -12) с признаками ПТСР и различными по тяжести и локализации повреждениями опорно-двигательного аппарата. Более 70% больных составили лица трудоспособного возраста. Большинство поступивших на лечение знали о потере близких и родных или считали их пропавшими без вести. Во время землетрясения дома находились 16, на работе или учебных заведениях - 21 пострадавший. Сроки поступления в специализированный стационар с момента травмы составили от 3 часов до 12 дней.

Физическая травма являлась результатом размождения тел и конечностей пострадавших рушащимися объектами и длительностью сдавливания, что приводило к болевому, гиповолевическому, а после извлечения пострадавших из под обломков и токсическому шоку. Синдром длительного сдавливания (СДС) по местным и общим проявлениям отмечен у 17 человек. При этом у 37 пострадавших суммарно было выявлено 58 переломов, локализация которых отражена в таблице 1.

Таблица 1.

Локализация переломов	Количество
Перелом костей голени	18
Перелом плеча	8
Перелом предплечья	7
Перелом бедра	7
Перелом костей стопы	6
Перелом ключицы	5
Перелом костей кисти	5
Перелом костей таза	2

Травматические вывихи бедра (1) и плеча (1) отмечены у двух пациентов.

Лечебные мероприятия основывались на принципах оказания экстренной помощи в минимально возможные сроки после поступления и максимальной комплексности лечебно-организационных процедур. При открытых переломах у 16 больных производилась первичная хирургическая обработка раны с закрытием последней первичным (5) или вторичным натяжением (11).

Больным с переломами костей был произведен остеосинтез аппаратом Илизарова как наименее травматичный способ управляемой фиксации отломков. Одномоментная репозиция и фиксация отломков на операционном столе достигнута при остеосинтезе 26 переломов, в остальных случаях, в силу ряда обстоятельств, была приме-

нена тактика первично отсроченного остеосинтеза. Фасциотомия производилась 3 раза. Больным, у которых травма осложнялась СДС, по показаниям производились сеансы гипербарической оксигенации (ГБО) - 5; плазмозфереза - 4. При развитии острой почечной недостаточности - наиболее грозного осложнения СДС - у 4 больных по показаниям производились сеансы гемодиализа до нормализации диуреза.

В комплексном лечении пострадавших от землетрясения учитывалось, что наши больные были подвержены значительной психологической травме и шоку, вызванными не только непосредственно физической травмой, но и переживаниями, связанными с осознанием масштаба катастрофы, потери родных и близких, разрушением родных очагов и неизвестностью будущего. Симптоматика ПТСР проявлялась в нарушении сна, раздражительности и агрессивности, затруднении в концентрации внимания, повышенной возбудимости и тревожности. Кроме того, в некоторых случаях, в зависимости от характера стрессового воздействия и от типологической специфики пациента, психоневрологические нарушения принимали формы депрессии, истериеподобных реакций и вегетосудистых дистоний. В частности, у больных с проявлением сейсмобии любая форма вибрации, например включение бытового холодильника в палате, могла привести к неадекватной истерической реакции; у больных с клаустрофобическим фоном, развившимся после длительного пребывания в замкнутом темном пространстве, аналогичные, неадекватные реакции возникали при ограничении пространства (барокамера) и уменьшении освещенности. Примечательны случаи, когда больные, находившиеся длительное время под развалинами и не имевшие возможности ощущать и видеть сдавленную обломками часть тела, в дальнейшем затруднялись представить образ утраченной конечности. Реально убеждаясь в успешном ходе лечения и сохранности данной конечности, больные продолжали представлять себя диссоциированно и не могли воспроизвести свой образ в целостности. Для некоторых больных факт землетрясения сам по себе не являлся причиной неврологических расстройств, но, будучи значительным эмоциональным переживанием, становился поводом, пусковым механизмом для экспликации ряда накопленных ранее противоречий, что приводило к деструктивным изменениям в их поведении. При этом нужно отметить, что из всех наблюдаемых больных, поступивших на лечение с переломами костей, ПТСР отмечался чаще и вы-

раженное у пациентов с относительно меньшими проявлениями физической травмы, нарушениями гомеостаза и повреждениями опорно-двигательного аппарата. Это, по-видимому, можно объяснить тем, что в некоторых случаях физическая травма являлась своеобразной “защитой” от более сильного потрясения - психологической травмы, вызванной утратой ценностей более высокого порядка: потери близких, дома, работы, т.е. привычной социально-бытовой среды и собственной значимости.

Для устранения упомянутых невротических состояний и разнообразных проявлений психосоматических изменений, различных форм аберрированного поведения в нашем контингенте больных применялись конкретные экс-

пресс-методики для снятия тех или иных фобических состояний, депрессий, вегетососудистых дистоний, а также комплексные технологии, направленные на регуляцию личности в целом.

Были разработаны и применены методы поэтапной коррекции психоневрологического статуса больных. Применяемые техники НЛП включали: визуально-кинестетическую диссоциацию, взмах, различные формы рефрейминга, моделирования убеждений, изменение личностной истории, линии времени, излечение фобий, взрыв навязчивости, а также моделирование ассоциированных/диссоциированных образов. В последующем применялись также технологии (ДПДГ) и техники эмоциональной свободы (ТЭС).

РЕЗУЛЬТАТЫ, ИХ ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Ближайшие результаты лечения изучены у 35 пострадавших (двое прервали лечение в связи с переводом в другой стационар). Жизнь всем пострадавшим была сохранена, и произведена только одна ампутация стопы по Boyd. У всех больных с первых сеансов НЛП наблюдалось улучшение неврологического статуса и функциональных показателей, что, в частности, проявлялось в нормализации сна, стабилизации настроения и самочувствия, активизации поведения и положительных установок. Улучшение психологического настроя больных способствовало их мобилизации, что, в свою очередь, облегчало организацию ряда мероприятий лечебного характера (гемодиализ, ГБО). Некоторые больные, будучи в аппарате Илизарова, активно включались в процесс поиска родственников и даже принимали посильное участие в строительных работах по восстановлению разрушенного жилья.

Сращение костей с восстановлением правильной биомеханики конечности достигнуто у всех больных, кроме двух: в одном случае сращение костей не произошло, а в другом – кости голени срослись с вальгусной деформацией в 15°. Обоим больным был произведен повторный остеосинтез аппаратом Илизарова с полным восстановлением анатомии и функции конечности. Осложнений неврологического характера при лечении указанными методами нами отмечено не было. У одной пациентки, 54 лет, на третьей неделе после поступления в стационар развился ишемический инсульт средней степени, по поводу чего она была переведена в другую клинику для специализированного лечения. Данное осложнение мы не связываем с проведенным курсом лечения, т.к. не было провоцирующих, видимых причин (повышенное АД, болевой синдром, повышенная нервозность) в нейросоматическом статусе пострадавшей.

Отдаленные (от 2 до 13 лет) результаты лечения изучены лишь у 19, т.к. многие больные по-

меняли адреса и места жительства. Из них 18 на момент осмотра никаких жалоб психоэмоционального и психосоматического характера не предъявляли. Встречавшиеся жалобы были обусловлены социально-бытовой незащищенностью и неустроенностью, что в основном являлось следствием нереализованной программы обеспечения их жильем и работой, а не остаточными явлениями ПТСР. Единственный случай дискомфорта вышеуказанного порядка был отмечен у пострадавшего, который во время лечения немотивированно отказался от сеансов психологической коррекции. Был проведен курс лечения с помощью НЛП – выявлены и устранены травматические эпизоды, а затем с помощью ДПДГ проведена коррекция некоторых установок больного для закрепления эффекта. Жалобы на неопороспособность ноги предъявлял один больной, что было связано с осложнениями нейротрофического характера в связи с отдаленными последствиями СДС нижней конечности. В целом отмечен высокий процент положительных результатов лечения, позитивная мотивация больных, адекватные жизненные установки, часто вопреки тяжелым материально-бытовым условиям проживания, что свидетельствует о высоких лечебно-реабилитационных параметрах проведенного курса лечения.

В работе С.А. Хвостовой, А.В. Попкова и А.А. Свешникова [6] демонстрируется единство и взаимозависимость психологических и физиологических факторов при лечении больных ортопедо-травматологического профиля на основе исследования больных ахондроплазией. Для объективности оценки состояния больных до, в процессе и после лечения использовались различные тесты (Айзенк; Кеттел; “Q-сортировка”; Спилбергер-Ханин и др.). Психоэмоциональное состояние детей и подростков с травмой и различной ортопедической патологией изучалось в работе N.J. Liang [7], где на основании приме-

нения цветовых тестов показано, что метод Илизарова за счет видимых результатов лечения уже благоприятно влияет на эмоциональную сферу детей, при этом о лечебных мероприятиях психоэмоционального плана в данных работах не упоминается. Обычная практика подразумевает тестирование и последующую коррекцию психоэмоциональных отклонений больных. Однако в нашем случае urgency, масштаб катастрофы, особенность психоэмоциональной травмы не давали возможности проведения длительной и громоздкой процедуры тестирования и диктовали необходимость экстренного перехода к непосредственно лечебному процессу. Применительно к нашему материалу ретроспективно, по степени выраженности ПТСР, мы условно выделили три категории успешной психорегуляции больных.

1. Устранение физической травмы автоматически приводит к психологическому комфорту.
2. Устранение физической травмы рекомендуется сочетать с устранением психологической травмы, т.к. они носят взаимозависимый и взаимообусловленный характер.
3. Устранение физической травмы необходимо сочетать с психологической коррекцией, т.к. в этих случаях физическая травма является своеобразным “замещением” тяжелой психологической травмы и при устранении актуализирует последнюю.

По нашему убеждению, данные методы психорегуляции не только приводили к восстановлению нормального психоневрологического статуса больных, но и способствовали уменьшению болевого синдрома, сокращению сроков раннего процесса, сращения переломов и реабилитации, что подтверждает взаимосвязанность процессов восстановления в организме. Поэтому в комплексном лечении больных с тяжелой травмой взаимодействие ортопедов-травмотологов и специалистов клинической психологии представляется весьма перспективным.

Применяемые технологии психорегуляции в основном базировались на методологии НЛП, выбор которого был не случаен и, как показала практика, оправдан, так как НЛП – экспресс-методика. Эффект начинает проявляться с самого начала лечения. А достижение желаемого результата происходит в кратчайшие сроки.

НЛП – оптимальная технология, обходящаяся минимальной специфической информацией при достижении результата. Она не нуждается в пространственных и подробных описаниях случив-

шегося пострадавшими, как правило, не комфортными для них, а тем более в ситуациях, отягощенных физической травмой.

НЛП – щадящая процедура, производящая минимум неудобств для пациентов, не требующая вербальной и/или моторной перегрузок.

Метод Илизарова и НЛП органически сочетаются и взаимодополняют друг друга, так как первый позволяет мобилизовать больных с первых дней после остеосинтеза, а НЛП стимулирует скорейшую и устойчивую мотивацию больного, что соответствующим образом отражается на сроках и результатах реабилитации.

В качестве примера приводим следующее клиническое наблюдение:

Больная, 13 лет, ист. бол. 75/32, поступила с диагнозом: закрытый перелом обеих костей правой голени, СДС легкой степени, выраженная деструктивная реакция на стресс.

Из-под завалов была высвобождена через 4 часа после землетрясения, попутным транспортом доставлена в горбольницу, где ей была наложена гипсовая лонгета. При осмотре: больная замкнута, подавлена, концентрация внимания затруднена, безразлична к предлагаемому лечению и общению вообще, сон и аппетит нарушены. Голень иммобилизована гипсовой лонгетой, нейрососудистых нарушений нет (рис. 1). Проведен сеанс НЛП, в процессе которого были выявлены травматические эпизоды, фиксированные в сознании в виде образов, состоящих из различных деталей и фрагментов катастрофы. С помощью методов визуально-кинестетической диссоциации и взмаха эпизоды были эмоционально разряжены. Девочка оживилась, стала адекватнее реагировать на ситуацию в целом и предлагаемое лечение.

Под общим обезболиванием произведен остеосинтез аппаратом Илизарова. Репозиция отломков достигнута на операционном столе. На второй день после остеосинтеза был проведен следующий сеанс, в процессе которого были полностью переработаны и устранены остаточные фиксации травматических образов, снижен психологический дискомфорт, связанный с наложенным аппаратом, и закреплена позитивная мотивация к лечению. Восстановились сон и аппетит.

Срок лечения в аппарате составил 49 дней. Достигнуто полное анатомо-функциональное восстановление. Результат лечения прослежен на протяжении двух лет. Пациентка жалоб не предъявляет.

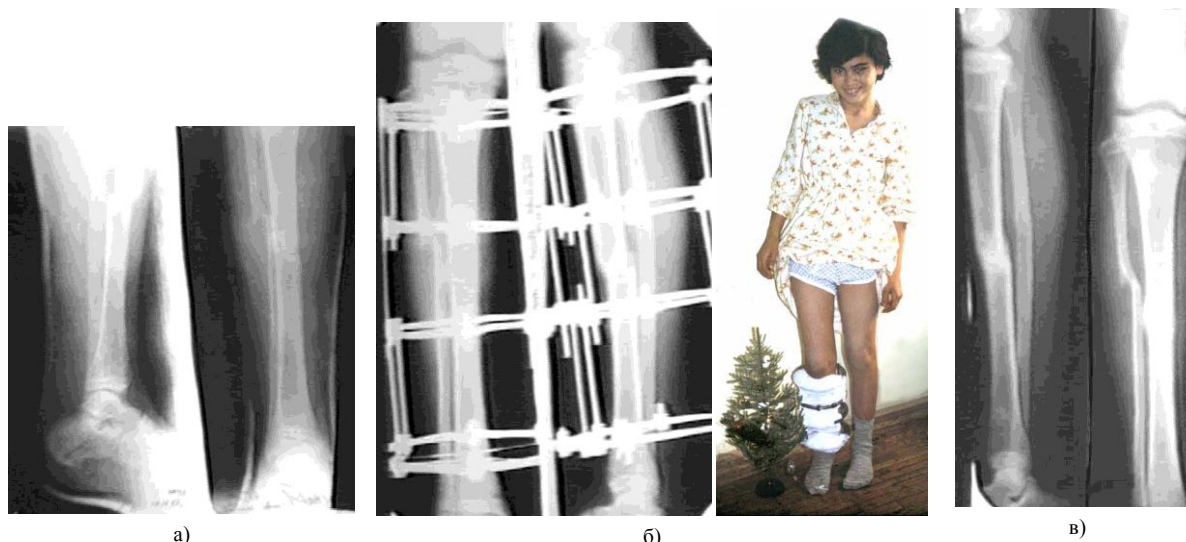


Рис. 1. а) Рентгенограммы больной С. при поступлении; б) рентгенограммы и фото в процессе лечения; в) рентгенограммы после снятия аппарата

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов и др. Особенности патологии поражения, диагностики и оказания экстренной медицинской помощи населению при стихийных бедствиях и других катастрофах // Вопросы медицины катастроф / Под ред. Г. А. Рябова. - М., 1993. - 251 с.
2. Гончаров С.Ф., Назаров И.А. Землетрясения. Прогнозирование и планирование. Спасение пораженных. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении – 10 лет спустя // Сб. материалов международ. симпозиума. – Ереван, 1998. - С. 15.
3. Грегори П. Лечение симптомов после травматического нервного расстройства с помощью НЛП // Магия в действии /под ред. Р. Бэндлер. - М., 1995. - 175с.
4. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз. - М., 1998. - 492с.
5. Фогель Н.Н., Попков Д.А. Динамика психоэмоционального состояния детей и подростков на этапах лечения по методу Илизарова // Гений ортопедии. - 2001. - № 2. - С. 159.
6. Хвостова С.А., Попков А.В., Свешников А.А. Единство психологических и физиологических факторов при лечении больных в ортопедо-травматологической клинике // Новые технологии в медицине: Материалы науч.-практ. конф. с международ. участием. - Курган, 2000. - С. 95-96.
7. Liang N.J. Disaster epidemiology and medical response in the Chi-Chi earthquake in Taiwan // Ann. Emerg. Med. – 2001. – Vol. 38, N 5. – P. 549-555.

Рукопись поступила 21.03.02.