

ской медицины. Это связано с признанием роли психологических факторов в возникновении, течении и лечении заболевания. В условиях болезни резко изменяется характер взаимоотношения человека с собой и окружающим миром, что отражает сложную взаимосвязь психической и физической сторон индивида.

Особое внимание уделяется пациентам онкологического профиля.

Несмотря на то, что РЦЖ занимает скромное место в структуре заболеваемости злокачественными опухолями человека, эта проблема остается актуальной. Диагноз рака – это тяжелейший дистресс, хроническая массивная неисчерпаемая травма. Это проявляется в виде изменения личности с эмоциональной нестабильностью, неадекватностью самооценки, высоким уровнем аутоагрессии, склонностью концентрироваться на своих проблемах, блокированной потребностью к самореализации, ощущением нависшей угрозы, чувством собственного бессилия и безнадёжности.

Цель исследования: оценить психологический статус у больных раком щитовидной железы.

Материалы и методы. Проведено анкетирование больных раком щитовидной железы – 18 пациентов. Группу сравнения составили 7 больных с узловым зобом. Всего 25 человек. В обеих группах были женщины. Возраст - 41-60 лет. Диагноз у всех подтвержден гистологически. Использовались опросник SF-36, и две шкалы Зунга (депрессии и тревоги). Анкетирование проводилось в дооперационном и в послеоперационном периоде.

Результаты исследования. При анализе анкет больных раком щитовидной железы установлено, что у всех больных диагноз рака вызвал дистресс. Это проявилось в виде изменения личности с эмоциональной нестабильностью (63% пациентов), неадекватностью самооценки (42% больных), высоким уровнем аутоагрессии (18%), склонностью концентрироваться на своих проблемах (21%), блокированной потребностью к самореализации (34%), ощущением нависшей угрозы (38%), чувством собственного бессилия и безнадёжности (42%). У пациентов с узловым зобом в трех наблюдениях (43%) констатирована эмоциональная нестабильность и неадекватность самооценки. Остальные, выше перечисленные параметры, не констатированы.

Полученные данные вызвали необходимость проведения соответствующей психопрофилактической и психокоррекционной работы. В частности, если больным с узловым зобом, после проведения психотерапевтической беседы, назначали седативные препараты (совместно с анестезиологом), то у больных раком щитовидно железы для того, чтобы они лучше перенесли оперативное лечение, совместно с анестезиологами и психотерапевтом, назначали индивидуальные препараты. В дальнейшем, проводили поэтапную психосоматическую коррекцию. Результаты показали, что у 11 из 18 пациентов в ближайшем

послеоперационном периоде нивелировались такие параметры, как страх перед диагнозом и последствиями лечения.

На современном этапе медицины становится очевидным необходимость психопрофилактической и психокоррекционной работы с онкобольными. Целью психотерапии является облегчение эмоционального дистресса, т.е. улучшение качества жизни. Качество жизни, связанное со здоровьем, рассматривается как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии.

Таким образом, исходя из вышесказанного, пациентам онкологического профиля необходимо оказывать психологическую помощь.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРИТА

О.Г. Омочев, К.Г. Махмудов

Дагестанская ГМА, Россия

E-mail авторов: ldc_gippokrat@mail.ru

Плечелопаточный периартрит – это нейродистрофическое воспалительное внесуставное заболевание мягких тканей, непосредственно прилегающих к плечевому суставу. Основной причиной возникновения данного заболевания являются дегенеративно-дистрофические нарушения в нижнешейном отделе позвоночника. В связи с этим плечелопаточный периартрит рассматривают как нейродистрофический синдром при различных патологических процессах в шейном отделе позвоночника.

Развитию плечелопаточного периартрита также способствуют повторные микротравмы сухожилий, связанные с особенностями профессии (кузнец, маляр), интенсивными занятиями спортом (теннис, гребля и др.), а также нарушение обмена веществ (ожирение, сахарный диабет), эндокринные нарушения в климактерическом периоде, заболевания печени и желчного пузыря, заболевания периферических сосудов, ишемическая болезнь сердца.

Плечелопаточный периартрит характеризуется болями и мышечной контрактурой в области плечевого сустава, характерна асимметричность – правостороннее поражение (у правой руки). Боль чаще постоянная, ноющая, ломящая, усиливающаяся в ночное время. Характерно усиление ее при движении руки – отведении в сторону или заведении за спину. Боль может иррадиировать в руку, в шейно - затылочную, лопаточную области. Больные часто не могут лечь на пораженную сторону. Движения в плечевом суставе ограничены, как из-за боли, так и из-за контрактуры мышц. При пальпации определяется напряжение, болезненность мышц, наличие в них

уплотнений и узелков, болезненность в местах прикрепления связок и сухожилий к отросткам лопатки в капсулах плечевого акромиально-ключичного суставов. Иногда отмечается припухлость передне-латеральной поверхности плеча.

Рентгенологически выявляются остеопороз головки плечевой кости, периостит в области большого бугорка, кальцификаты. Специальные методы исследования: УЗИ, компьютерная томография, артрограмма (введение контрастного вещества в сустав) – для выявления облитерирующих изменений.

Дифференциальная диагностика проводится с инфекционными артритом, остеоартрозом, опухолью Панкоста, вывихом плеча.

Нами в Лечебно-диагностическом Центре «Гиппократ» проводится комплексное лечение плечелопаточного периартрита, которое включает в себя курс лечебной физкультуры, массажа и физиотерапии. Процедура массажа начинается с легких поглаживаний области плечевого сустава, близлежащих мышц лопатки, мышц плеча и предплечья. Таким образом, снимаются мышечный тонус, ликвидируются уплотнения (триггерные пункты) в сухожилиях и мышцах, восстанавливается их нормальная функция. Длительность проводимого массажа составляет 10 минут.

ЛФК при плечелопаточном периартрите заключается в применении гимнастических упражнений, их проводят вначале при фиксированной правой руке при помощи косынки и мягкого валика, вставленного в подмышечную впадину. Назначаются упражнения для суставов кисти, лучезапястного и локтевого суставов. Вначале гимнастические упражнения проводят лежа. В последующем, когда боли уменьшатся, комплекс упражнений можно комбинировать, выполняя лежа, сидя и стоя. При плечелопаточном периартрите упражнения должны заканчиваться расслаблением соответствующей группы мышц. Число упражнений подбирается строго индивидуально. Длительность лечебной гимнастики составляет 15 минут.

Физиотерапевтическое воздействие при данном заболевании проводят с использованием аппарата «Миоритм – 040». Процедура электронейростимуляции заключается в воздействии на область плечевого сустава низкочастотных импульсных токов экспоненциальной и прямоугольной формы частотой 100-120 Гц и силой тока до 70 мА. Длительность процедуры составляет 20 минут. Курс комплексного лечения состоит из 10-12 ежедневно проводимых процедур.

Данное комплексное лечение плечелопаточного периартрита значительно улучшает состояние больного. Наблюдается отсутствие болей при движениях в плечевом суставе и длительная ремиссия заболевания.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МРТ И СКТ ПРИ ВИСОЧНО-ТЕНТОРИАЛЬНОЙ ДИСЛОКАЦИИ

ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Е.Г. Потемкина, В.В. Щедренко, Н.В. Аникеев, К.И. Себелев, О.В. Мозучая

РНИ нейрохирургический институт
им. проф. А.А. Поленова, г. Санкт-Петербург, Россия

E-mail авторов: potemkina25@rambler.ru

Цель исследования: оценить диагностическую эффективность МРТ и СКТ при височно-теннотриальной дислокации головного мозга у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Материалы и методы.

Проведено комплексное клиничко-лучевое обследование 135 пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ), большинство из которых (76%) были мужчины, средний возраст 48±5 лет. Наиболее часто обстоятельства травмы были ДТП (71%). Комплексное обследование включало неврологический осмотр, оценку степени нарушения сознания по шкале комы Глазго (ШКГ), применение УЗИ головы, грудной и брюшной полостей, СКТ и МРТ. На основании предпринятого обследования были оперированы 92 больных, большая часть (58,7%) из которых – в первые 6 ч после травмы.

Лучевое исследование проведено на магнитно-резонансном томографе Signa Exite 1,5T фирмы General Electric, мультиспиральном рентгеновском компьютерном томографе Brillians 6s фирмы Philips. Изучена диагностическая эффективность МРТ и СКТ при височно-теннотриальной дислокации головного мозга.

Результаты и обсуждение.

Визуализация вклинения на уровне вырезки мозжечкового намета на МРТ и СКТ наиболее информативна во фронтальной проекции. При смещении крючка гиппокампа и парагиппокампальной извилины под свободный край вырезки мозжечкового намета на 1-2 мм, сглаженности перимезенцефальных и супраселлярных цистерн степень дислокации считали I (31,9% случаев). Клинически I ст. сопровождалась нарушением сознания до 8-9 баллов по ШКГ.

При вклинении обоих медиальных отделов височных долей на 3-4 мм, полной облитерации базальных цистерн, а также расширении цистерны мостомозжечкового угла на стороне повреждения степень дислокации считали II (39,2%). Клинически при II ст отмечали нарушение сознания до 6-7 баллов по ШКГ и наличие одностороннего расширения зрачка на стороне внутрочерепной компрессии.

При вклинении обоих медиальных отделов височных долей на глубину более 5 мм и ущемлении последних на уровне вырезки мозжечкового намета степень дислокации определяли как III (28,9%). Клинически III степень сопровождалась нарушением сознания до 4-5 баллов по ШКГ и расширением