

биологического материала пациентов, результатов определения резистентности к антибиотикам и назначения/потребления антибиотиков в стационаре.

Заключение

При методически корректном проведении мониторинга резистентности микроорганизмов и регулярном информировании практических врачей о видах циркулирующих возбудителей и их антибиотикограммах можно проводить эффективную эмпирическую терапию еще до определения этиологического агента или в случае невозможности получения результатов микробиологического исследования у конкретного пациента. Внедрение формуляров эмпирической антибактериальной терапии существенно повышает эффективность лечебного процесса, равно как и внедрение протоколов антибактериального лечения отдельных форм заболеваний. Использование этих подходов основывается на тесном взаимодействии лечащих врачей с бактериологами, постоянном контроле микробного «пейзажа» и антибиотикограмм основных возбудителей нозокомиальных инфекций в стационаре. Именно это определяет адекватность стартовой терапии, позволяет планировать и контролировать эффективность «циклической ротации» ее режимов. Внедрение протоколов, контроль за их эффективностью заведующими отделений и заместителями главных врачей лечебного учреждения — важный инструмент повышения эффективности лечебного процесса, снижения его экономических издержек, а также сдерживания распространения множественной устойчивости микроорганизмов в стране.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная система мониторинга антибиотикорезистентности возбудителей гнойно-септических инфекций и потребления антибиотиков в ЛПО: информационные материалы / Л. П. Титов [и др.] // М-во здравоохранения Респ. Беларусь; НИИ эпидемиологии и микробиологии. — Минск, 2006. — 77 с.
2. *Титов, Л. П.* Современные подходы к организации инфекционного контроля и микробиологического мониторинга антибиотикорезистентности микроорганизмов / Л. П. Титов, В. А. Горбунов, Т. С. Ермакова // Информационные материалы. — Минск, 2003. — Вып. 2. — 18 с.
3. Antibiotic policies in Central Eastern Europe / M. Cizman [et al.] // Int. J. of Antimicrobial Agents. — 2004. — № 24. — P. 199–204.

УДК 617.559-009.76-036.82:616.89

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЕЙ

Латышева В. Я., Барбарович А. С., Барбарович А. А.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В последние годы в связи с аллергизацией населения, частыми нежелательными явлениями лекарственной терапии и кратковременным эффектом от ее применения, значительными финансовыми затратами, особенно для лиц пожилого и старческого возраста, страдающих болью в спине, широкое применение находят немедикаментозные методы лечения дорсопатий. Это обусловлено тем, что болевой синдром при остеохондрозе позвоночника нарушает трудовую, социальную и бытовую активность пациента, влияет на его психоэмоциональный статус и снижает качество жизни, а временная нетрудоспособность при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника (НПОП) составляет более 70 %, часто приводит к стойкой утрате трудоспособности, в связи с чем является тяжким финансовым бременем для государства и семьи [1].

Это требует более углубленного изучения патогенеза НПОП и разработки новых, более эффективных и менее затратных методов купирования болевого синдрома у пациентов с этой патологией.

Цель

Провести анализ литературных данных в публикациях отечественных и зарубежных авторов, посвященных применению рефлексотерапии в комплексном лечении пациентов с дорсопатией на поясничном уровне.

Психосоматика дорсопатий

Для пациентов с дорсопатиями характерна низкая ответственность за состояние своего здоровья и склонность к экстернальности: несоблюдение предписанных врачебных рекомендаций; склонность большинства пациентов к физическим перегрузкам, переохлаждению спины; половина пациентов не делает рекомендованных упражнений: треть из них не соблюдает рекомендаций относительно двигательного стереотипа и позных положений и только каждый четвертый ответственно относится к собственному здоровью [2, 3].

Пациенты с дорсопатиями, в том числе и имеющие высшее образование, декларируют, но с трудом реализуют идею об индивидуальной ответственности за состояние своего здоровья и перекладывают ее на врачей. Их отказ от индивидуальной ответственности за состояние своего здоровья выражается в пассивности и отчужденности по отношению к своему соматическому и душевному благополучию. Одна из ведущих причин этого кроется в дефиците необходимых знаний о способах формирования, сохранения и укрепления его [4].

Многие факторы риска обострения дорсопатий определяются поведенческими паттернами — следование врачебным предписаниям, регулярное выполнение показанных физических упражнений, соблюдение принципов рационального питания, детерминированным ценностным отношением к своему здоровью [5].

Особое значение имеет ответственность пациента за состояние своего здоровья, особенно в отношении поведенческих факторов риска, способствующих развитию заболевания и его рецидиву. Произшедшие изменения этико-правового регулирования медицинской деятельности в современной Республике Беларусь способствуют возрастанию автономности пациента и его права играть более активную роль в лечебном процессе [5].

Психосоматические аспекты болей в спине (остеохондроз). Картина личности.

1. Шейный отдел. Проблемы самоутверждения и усилия по его достижению.
2. Грудной отдел. Отражает настроение. Сутулость — выражение трудности отвечать внешним и внутренним требованиям, предъявляемым жизнью к духовно не созревшему телу.
3. Поясничный отдел. Компенсация неуверенности в себе, в своем соответствии семейным или профессиональным требованиям. Лица, оставившие свое сопротивление и подавленные грузом повседневных забот. Нереализованные ожидания в межличностных отношениях и неудовлетворенность ими. Неосознанная демонстрация неудачи в профессии или в половых функциях.

Фибромиалгии. Картина личности. Переживания страха и депрессии. Склонность к гиперкомпенсированному поведению. Ярко выражена тенденция к зависимости, пассивность, склонность к самопожертвованию и преувеличенная готовность помочь (не спонтанная, а по внутреннему побуждению). Потребность во внешней опеке и заботе. Агрессивная окраска помощи — «злое смирение» или «любящая тирания». Нереализованная готовность. Мобилизация.

Нарушения побуждений и подавленность вкупе с соматическими симптомами указывают на ларвированную депрессию. Застывшая и преувеличенная жизненная позиция. Демонстрируют повышенный самоконтроль и стремление к перфекционизму. Наличие рентных установок. Не могут позволить себе здоровых агрессивных импульсов.

Разочарование и обиду пытаются компенсировать «внутренней стойкостью». Блокированные агрессивные импульсы выражаются в повышении мышечного тонуса. Фасадная готовность раскрыться и амбивалентная недоверчивость и склонность к отверганию.

Конфликт между самопожертвованием и стабильностью, жертвенностью и эгоизмом, кротостью и агрессивностью, господствованием и услужливостью. Тенденция к вторичной выгоде, потребность в щаждении себя, желание нетрудоспособности [4].

Материал и методы исследования

Было пролечено 34 пациента контрольной группы: мужчины — 26 (76,5 %) чел., женщины — 8 (23,5 %) чел. Возраст составлял 24–72 лет. Проводилась рефлексотерапия в комбинации с традиционным лечением без фармакорексотерапии с Ketorolac long. Пациенты основной группы: 43 (74 %) чел. — мужчины, 15 (26 %) чел. — женщины. Возраст составлял 27–60 лет. Проводилась рефлексотерапия в комбинации с традиционным лечением, фарма-

корексфлксотерапией с Ketorolac long. Использовали следующие точки для проведения фармакорексфлксотерапии: V22, V23, V24, V25, V26 — точки меридиана мочевого пузыря. Проводили введение Sol. Ketorolac long 30 mg/ml от 0,25 ml до 0,1 ml в четыре, шесть, восемь, десять вышеприведенных БАТ симметрично внутримышечно в зависимости от локализации процесса, предварительно добиваясь предусмотренных ощущений (критерий достижения точки акупунктуры). Для оценки качества жизни использовали опросник SF-36.

Результаты исследования и их обсуждение

Для купирования болевого синдрома использовали следующие точки акупунктуры: V40, V60, P5, VG26, V65, V34, P5, TR6, VB34, GI4, GI11, GI10, VB20, VB21. Аурикулорефлексотерапия — 38 (крестец и копчик), 40 (поясничный отдел позвоночника), 54 (т. лумбаго). Исходно интенсивность болевого синдрома, по данным визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), составляла 6–10 баллов. Эффективность купирования болевого синдрома до 1–3 баллов, по данным ВАШ, достигала 70 %. Эффект достигался в среднем за 10–15 процедур рефлексотерапии (РТ). Аналогичные методы были использованы у пациентов основной группы. Исходно интенсивность болевого синдрома, по данным ВАШ, составляла 6–10 баллов. Эффективность купирования болевого синдрома до 1–3 баллов, по данным ВАШ, достигала 70 %. Эффект достигался за 5 процедур РТ. Длительность процедуры составляла 50 мин.

Для коррекции психоэмоционального статуса использовали следующие сочетания точек акупунктуры:

1. IG3, V62 — пунктирование с последующей экспозицией 50 мин. TR8 — пунктирование с последующей экспозицией 20 мин.
2. TR5, VB41 — пунктирование с последующей экспозицией 50 мин. VB39 — пунктирование с последующей экспозицией 20 мин.
3. MC6, RP4 — пунктирование с последующей экспозицией 50 мин. MC5 — пунктирование с последующей экспозицией 20 мин.
4. Аурикулорефлексотерапия — 55 (Shen-Men), 34 (подкорка), 13 (надпочечники). Проводили пункцию точек с последующей экспозицией 30 мин или от 1 до 7 дней [5].

Использовался опросник шкалы самооценки уровня тревожности (Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина). До начала лечения эти показатели были на высоком уровне: личностной тревожности — 30–70 %, реактивной тревожности — 30–60 %. После рефлексотерапии уровень личностной тревожности изменился незначительно, уровень реактивной тревожности достоверно снизился (25–35 %) ($p < 0,05$). Результаты сходны для основной и контрольной групп. Соответственно повысилось качество жизни.

Выводы

1. Предложенный метод микроинвазивной фармакорексфлксотерапии представляет вариант новых технологий купирования болевого и коррекции психоэмоционального синдрома при дорсопатии на поясничном уровне.
2. Способ введения характеризовался максимальным приближением к зоне диско-радикалярного конфликта, быстротой воздействия, максимальным эффектом при минимальной дозе лекарственного препарата, относительной простотой и доступностью выполнения врачом-рефлексотерапевтом как на стационарном, так и на амбулаторно-поликлиническом этапе восстановительного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дамулин, И. В. Боли в спине: диагностические аспекты / И. В. Дамулин, Г. О. Оразмурадов // Рос. мед. журн. — 2010. — № 4. — С. 40–45.
2. Каменев, Ю. Ф. Клинические основы противоболевой терапии: природа хронической боли, условия ее возникновения и ликвидации / Ю. Ф. Каменев, В. Б. Каменев // Изд-во СПб. ун-та. — 2006. — 456 с.
3. Боль: рук-во для врачей и студентов / В. В. Алексеев [и др.]; под ред. акад. РАМН Н. Н. Яхно. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 303 с.
4. Кузнецов, В. Ф. Справочник по вертеброневрологии: клиника, диагностика / В. Ф. Кузнецов. — Минск: Беларусь, 2000. — 351 с.
5. Шнорренбергер, К. К. Терапия акупунктурой. Хирургия, урология, ортопедия (включая ревматологию), дерматология, гинекология, помощь при родах / К. К. Шнорренбергер. — М.: Balbe, 2003. — Т. 2. — 328 с.