

1. Целый спектр методик, которые были предложены нашим пациентам в специализированных учреждениях от советов Карнеги до нейролингвистического программирования и разнообразных тренингов, относящихся к психокоррекции, использует в качестве основных методов манипулирование, формирование и управление человеком. Пациент выступает в роли материала, из которого «лепится» оптимальный для него или идеальный для общества образ. Ответственность за психологические изменения ложится исключительно на психолога, а не на самого человека.

2. Психокоррекция и психотерапия имеют дело с уже сформированными качествами личности или видами поведения и направлены на их переделку, в то время как основная задача формирования позитивного мышления состоит в том, чтобы при отсутствии или недостаточном развитии сформировать у человека нужные психологические качества.

3. Кроме того, психокоррекция и психотерапия требуют от пациента больших эмоциональных, финансовых и временных затрат, иначе проблемы могут вернуться с течением времени или из-за стрессовых ситуаций.

В отличие от вышеперечисленных моделей психотерапии и психокоррекции, процедура KON-OM-коррекции позволяет с минимальной временной задержкой информировать человека о состоянии его телесных функций, за счет чего и возникает возможность их сознательной регуляции. Отсюда высокая эффективность применения данного метода.

ВЫВОДЫ: KON-OM — коррекция как один из разделов «I-M-@-G-O»-технологий, используя феномен биологической обратной связи (от греч. *bios* — жизнь + *logos* — учение), является концептуальным подходом к регуляции функций и состояний организма человека, а потому перспективным направлением в медицинской практике. Благодаря трансформации негативной психопрограммы в позитивную, KON-OM — коррекция облегчает восстановление и поддержание гомеостаза на многих уровнях, включая баланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы; поддерживает равновесие между двумя полушариями головного мозга, а также между нервной и иммунной системами, тем самым влияя на физические, эмоциональные, интеллектуальные и даже социальные процессы человека, позволяя ему совершенствовать собственные механизмы устойчивости к стрессовым факторам.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСА БАРТЕЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Королев А.А., Суслова Г.А.

*Санкт-Петербургская государственная
педиатрическая медицинская академия*

Одна из самых популярных шкал среди врачей-неврологов и реабилитологов для оценки активности повседневной жизнедеятельности — индекс активности повседневной жизнедеятельности Бартела (Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index).

D. Wade рекомендует эту шкалу в качестве лучшего инструмента для оценки независимости в повседневной жизни. Индекс Бартела был предложен Dorothea Barthel и начал использоваться с 1955 г. В Monteblo State Hospital в Балтиморе: все больные, получавшие реабилитационную помощь в указанном госпитале, обязательно оценивались с помощью данного индекса. В дальнейших исследованиях было показано, что Индекс Бартела наиболее эффективен для пациентов с параличами. Изучалась и доказана высокая надежность теста (тест-ретестовая, межрейтинговая), а также его чувствительность: динамика оценки в 4 и более баллов (в случаях, когда максимальным баллом является 20) может считаться существенной, тогда как изменение оценки менее чем на 4 балла возникает чаще в связи с ошибкой измерения. Тест прост, понятен, заполнение опросника требует обычно не более нескольких минут, может выполняться путем расспроса больного или при непосредственном контакте с ним или по телефону, а также путем наблюдения за пациентом.

Индекс Бартела охватывает 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности. Оценка уровня повседневной активности производится по сумме баллов, определенных у больного по каждому из разделов теста.

При заполнении индекса Бартела необходимо придерживаться следующих правил:

1. Индекс отражает реальные действия больного, а не предполагаемые.

2. Основная цель тестирования — установить степень независимости от любой помощи, физической или вербальной, как бы ни была помощь незначительна и какими причинами не вызывалась.

3. Необходимость присмотра означает, что больной не относится к категории тех, кто не

нуждается в помощи (больной не независим).

4. Уровень функционирования определяется наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем расспроса больного, его друзей/родственников, однако важны непосредственное наблюдение и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется.

5. Обычно оценивается функционирование больного в период предшествовавших 24-48 часов, однако иногда обоснован и более продолжительный период оценки.

6. Средние категории означают, что больной осуществляет более 50% необходимых для выполнения той или иной функции усилий.

7. Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.

Суммарный балл — 100. Показатели от 0 до 20 баллов соответствует полной зависимости, от 21 до 60 баллов — выраженной зависимости, от 61 до 90 баллов — умеренной, от 91 до 99 баллов — легкой зависимости в повседневной жизни.

Нами было обследовано 200 пациентов перенесших церебральный инсульт. Всем больным была проведена оценка активности повседневной жизнедеятельности при помощи шкалы Бартела. В результате нашего исследования подтверждена высокая предсказательная валидность этого теста в отношении длительности и исходов реабилитации этих больных. Использование индекса активности повседневной жизнедеятельности Бартела позволило эффективно контролировать в динамике и корректировать проводимое восстановительное лечение.

ДЕЙСТВИЕ БОТУЛОТОКСИНА ПРИ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО МЫШЕЧНОГО ТОНУСА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ СПАСТИЧЕСКИМИ ПАРЕЗАМИ

Королев А.А., Сулова Г.А.

*Санкт-Петербургская государственная
педиатрическая медицинская академия*

В настоящее время, в качестве лечебных блокад при лечении постинсультной спастичности стал использоваться ботулинический токсин типа А. Данный метод лечения локальными инъекциями ботулотоксина А сочетает в себе все достоинства лекарственного и восстановительного методов лечения и лишен их основных недостатков. Метод ботулинотерапии предло-

жен для освоения практикующим врачам сравнительно недавно, несмотря на то, что первое научное сообщение о применении блокад ботулотоксина А в лечении спастичности появились в печати более двадцати лет назад.

Ботулинический нейротоксин является тяжелым протеином по своей химической структуре (молекулярная масса около 150 кДа). Он состоит из тяжелой и легкой цепей, связанных между собой посредством одной дисульфидной связи. В основе механизма действия ботулотоксина А лежит блокада выделения ацетилхолина из пресинаптической терминиальной α-мотонейрона, вследствие расщепления легкой цепью синаптосомального протеина (SNAP-25) — цитоплазматического транспортного белка. Таким образом, ботулотоксин А препятствует слиянию везикул содержащих ацетилхолин с пресинаптической мембраной и делает невозможным транспорт ацетилхолина в синаптическую щель, что приводит впоследствии к развитию хемоденервации мышцы. Помимо терминалей α-мотонейрона, существуют и другие области, подверженные влиянию ботулотоксина А. Исследования показали, что препарат может воздействовать на нервно-мышечные веретена жевательной мускулатуры у крыс. Таким образом, введение ботулотоксина А может производить действие как на α-мотонейроны, так и на γ-мотонейроны, и, следовательно, изменять афферентный поток в спинной мозг и центральную нервную систему.

По данным различных источников, отмечены значительная продолжительность и стойкость лечебного эффекта, а также хорошая сочетаемость данного метода с кинезио- и физиотерапевтическими процедурами. Однако, длительность действия ботулотоксина А ограничивается 4-6 месяцами, в связи с прорастанием аксонов и последующей реализацией механизма синаптической пластичности.

Анализ литературы показывает, что проблема коррекции патологического мышечного тонуса у постинсультных больных со спастическими двигательными расстройствами в течении многих лет занимает одно из важных мест в клинической практике. Многообразие клинических проявлений заболевания, недостаточная эффективность применяемых в настоящее время методов лечения, обязывает неврологов и других специалистов к совершенствованию предлагавшихся ранее и поиску новых методов восстановительного лечения данной патологии. Одним из таких методов является метод локального введения ботулотоксина А в наиболее спастичные мышцы-«мишени».

Таким образом, на основании рассмотренных данных об эффективности и безопас-