ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Давыдов Алексей Трофимович[1,2], Бутко Дмитрий Юрьевич [1], Даниленко Лариса Андреевна [1], Артамонова Марина Васильевна[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения России, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Россия

[2]Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, 195067, Санкт-Петербург, Бестужевская ул., д. 50, Россия.

E-mail: alexdoctor@inbox.ru

Ключевые слова: медицинская реабилитация; подросток; болевой синдром

Введение. Актуальность проблемы медицинской реабилитации подростков с болевым синдромом является важной задачей по преодолению боли и предупреждению ее перехода в хроническую форму. Известно, что у подростков с болевым синдромом неврологического генеза выявляются симптомы боли в сочетании с депрессией, тревогой, бессонницей, нарушением эмоций и поведения, вегетативной дисфункцией, высокой невротичностью и астенизацией.

Цель исследования. Проанализированы особенности медицинской реабилитации подростков с болевым синдромом неврологического генеза.

Материалы и методы. *Были обследованы 2 группы подростков (основная группа — 18 и контрольная — 20 человек).* Для диагностики болевого синдрома неврологического генеза были использованы *методики САН (самочувствие, активность и настроение), нервно-психической адаптации (НПА), оценки уровня субъективного контроля (УСК) и субъективной оценки состояния (СОС). В основной группе реабилитационные мероприятия включали индивидуальную и групповую психотерапию, методики саморегуляции, мышечной релаксации и аутогенной тренировки. Групповые занятия проводили 2 раза в неделю (2 месяца) в течение 1,5 часов.*

Результаты. Полученные *данные интегральной оценки по методике НПА после реабилитационных мероприятий в основной группе составило 3,4 стандартных баллов и свидетельствовало о достоверном снижении выявленных болезненных проявлений.* По методике УСК было оценено отношение подростков с болевым синдромом к проведенным реабилитационным мероприятиям. При этом была выявлена положительная динамика перехода экстернальности к интернальности с возрастанием от 3,9 до 5,8 стенов, что свидетельствовало о возрастании критичности и личной ответственности за благоприятный исход болевого синдрома. Показатель СОС после реабилитационных мероприятий в основной группе достоверно снизился с 20,4 до 10,8 баллов. Удалось добиться ремиссии длительностью свыше 3 месяцев у 12 человек, что составило 66,7% лиц основной группы.

Результаты. оценки показателей по методике САН свидетельствовало, что осуществление медицинских реабилитационных мероприятий позволило редуцировать симптомы боли, тревоги, астении, вегетативных нарушений, уменьшить раздражительность, нервозность, двигательную и психическую заторможенность у большинства подростков основной группы (66,7%). У подростков основной группы была отмечена положительная динамика по показателям снижения страхов, чувства беспокойства, нервозности, взвинченности, суетливости, неусидчивости, тремора, непроизвольных движений руками, тревожным мыслям, снижению концентрации внимания, нарушению засыпания, головным болям, болям в спине и груди, обильного потоотделения и сердцебиения. По сравнению с показателями до реабилитации у подростков основной группы было отмечено улучшение концентрации внимания, редуцировалась раздражительность, беспокойство и плаксивость. Соблюдались ряд правил и принципов. В частности, реабилитация начиналась на ранних этапах лечения болевого синдрома; комплексность реабилитации была достигнута участием в реабилитационном процессе врачей-альгологов, психотерапевтов, психиатров и психологов; проведением непрерывного поэтапного и приемственного характера реабилитационных мероприятий в определенной последовательности в зависимости от специфики болевого синдрома; партнерство достигалось с привлечением подростка к активному участию в лечебно-реабилитационном процессе; выполнялась индивидуальная программа реабилитации с подбором методов и средств восстановительной терапии в зависимости от пола, возраста, личностных особенностей подростка, общего состояния и характера проводимого комплексного лечения и медицинской реабилитации; направленностью на возвращение подростка к повторному участию в медицинских реабилитационных мероприятиях для полного восстановления работоспособности и обучения в школе.

Заключение. Определено, что у подростков основной группы с болевым синдромом реабилитационные мероприятия позволили купировать симптомы боли, укрепить веру в выздоровление, улучшить адаптацию, повысить мотивацию на преодоление боли. Целесообразно проводить аутогенную тренировку, саморегуля-

цию и мышечную релаксацию путем ин*дивидуальной* и групповой психотерапии. Для профилактики рецидивов болевого синдрома следует проводить медицинские реабилитационные мероприятия по предупреждению обострений болевого синдрома; осуществлять комплекс мероприятий, направленных на повышение общей и иммунологической реактивности организма; поддержание способности к обучению на достигнутом уровне; оценку общего состояния, способности по контролю своего поведения и предупреждение хронизации болевого синдрома.

Таким образом, медицинская реабилитация у подростков с болевым синдромом представляет собой систему мероприятий, направленных на предупреждение неблагоприятных отдаленных последствий боли. В этапы медицинской реабилитации подростков с болевым синдромом генеза целесообразно включать своевременное выявление коморбидных психических нарушений, их профилактику и психокоррекцию.