

В настоящее время технические ограничения делают невозможным создание желаемых характеристик материала. До сих пор не существует метода изготовления макропористого материала с шероховатой поверхностью, имитирующего натуральную кость.

Заключение: В настоящее время выбор остеотропных материалов весьма разнообразен. Но несмотря на недостатки методов ауто- и ксенотрансплантации, их можно использовать как отдельно, так и комбинированно, что дает возможность хирургу-стоматологу найти индивидуальный подход к лечению каждого пациента, в зависимости от финансовых возможностей и клинического случая.

Список литературы

1. Баум, Л. Руководство по практической стоматологии: моногр. / Л. Баум, Р.В. Филипп, М.Р. Лунд. - М.: Медицина, 2017. - 680 с.
2. Клиническая стоматология. Официальная и интегративная / Под редакцией А.К. Иорданишвили. - М.: СпецЛит, 2016. - 432 с.
3. Крег Р., Пауэрс Дж., Ватага Дж. Стоматологические материалы. Свойства и применение. - Изд. МЕДИ, 2015.
4. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология / М.: Гэотар-Медиа, 2017. - 322 с.
5. Научно-исследовательская работа кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: монография Ивасенко П.И. и др. Омск: Изд-во ОмГМА, 2017
6. Хирургическая стоматология: учебник. Афанасьев В.В. М.: Гэотар-Медиа, 2016

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНОЙ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ИЗОМЕТРИЧЕСКОГО УПРАЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ.

Толстова Татьяна Ивановна

Доцент, к. м. н.

РязГМУ им. акад. И.П. Павлова,

доцент кафедры физвоспитания и здоровья,

г. Рязань

EXPERIENCE IN THE USE OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND ISOMETRIC EXERCISES IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AT THE OUTPATIENT STAGE.

Tolstova Tatyana Ivanovna

Associate Professor, PhD,

Ryazan State Medical University I.P. Pavlov,

Associate Professor of the Department of Physical Education and Health,

Ryazan

Аннотация

Целью работы является оценка эффективности применения когнитивной поведенческой терапии и изометрического упражнения у больных ревматоидным артритом на поликлиническом этапе. Испытуемыми были обычные пациенты, которые направлялись к нам врачом ревматологом. Чаще всего это женщины 50 летнего возраста и старше. Срок заболевания до 5-6 лет. Медленно прогрессирующая форма. Уровень боли по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) - 3-5 баллов. Наш опыт включал следующие компоненты: консультирование, мониторинг. В результате мы получили расслабление мышц, снижение боли (после упражнения 0-1 баллов по шкале ВАШ) и управление стрессом, когнитивную перестройку (полезная стратегия поведения). Повышение качества жизни, связанного со здоровьем.

Annotation

The aim of the work is to assess the effectiveness of the use of cognitive behavioral therapy and isometric exercise in patients with rheumatoid arthritis at the outpatient stage. The subjects were ordinary patients who were sent to us by a rheumatologist. Most often these are women 50 years of age and older. The term of the disease is up to 5-6 years. Slowly progressing form. The level of pain on a visual analogue scale of pain (VAS) - 3-5 points. Our experience included the following components: counseling. Monitoring. As a result, we received muscle relaxation, pain reduction (after exercise 0-1 on the VAS scale) and stress management, cognitive restructuring (useful behavior strategy). Improving the quality of life related to health.

Ключевые слова: когнитивная поведенческая терапия, длительные изометрические упражнения, ответственность за свое здоровье, качество жизни, связанное со здоровьем.

Keywords: cognitive behavioral therapy, long-term isometric exercises, responsibility for one's health, health-related quality of life.

Недостаточная эффективность физических упражнений. Одностороннее медикаментозного лечения ревматоидного артрита, его хроническое течение, обуславливают поиск человека от окружающего мира, не позволяет более эффективных методов, в том числе, рассматривать его как существо

биопсихосоциальное, живущее среди людей со всеми его межличностными отношениями, отношениями с миром и культурными ценностями.

Еще в 1950г. американский психоаналитик Франс Александер[6] говорил о роли психики в развитии ревматоидного артрита. В настоящее время мы понимаем, что психосоматическое нарушение не означает заболевания, но физиологическое оно манифестирует как постоянная готовность к патологии, и при наличии предрасположенности оказывает патогенное воздействие. Связь психических реакций на эмоционально неприятные события с заболеванием отмечена многими авторами. Конфликтные ситуации, а именно: семейные конфликты, потеря близкого человека, супружеские разногласия, сексуальные проблемы способны оказывать негативное влияние на развитие и течение заболевания. Конечно, нарушение не возникает после одной или двух ситуаций, но если это происходит постоянно, разрушительное влияние периодически направляется на один и тот же участок тела, возникают мышечные зажимы и изменения в работе органа. На современном этапе признается многофакторность причин возникновения нарушений, но основными из них считаются черты темперамента: трудности адаптации, высокий уровень тревожности, сдержанность, недоверчивость, преобладание отрицательных эмоций над положительными. Согласно исследованиям, большинству страдающим ревматоидным артритом присущи депрессивная эмоциональность, тревожные реакции, бессонница и различные вегетативные и неврастеноподобные симптомы. Наши собственные исследования подтвердили данные других авторов о высоком уровне тревожности этого контингента больных, отмечавших преобладание психастенических черт и ригидность тенденций в личностном рисунке. Психоэмоциональное состояние больных не меняется в процессе лечения, а уровень тревожности в некоторых случаях даже возрастает.[7]

Когнитивная поведенческая терапия фокусируется на отношениях между мыслями, чувствами и поведением и направлена на снижение стресса прежде всего. Механотерапевтический компонент изометрического движения вызывает богатейший спектр кинестетических, проприоцептивных и соматических ощущений, которые дают возможность ощутить и вновь обрести свою психосоматическую целостность и приобретает совершенно особый смысл и значимость. М. Гольдберг(1974г.) утверждал, что двигательные и тонические упражнения в состоянии пристальной концентрации восприятия их результатов, усиливают соматотропность психотерапевтического эффекта. Понимается, что вызволение эмоций, личностных черт и поведения, приведет к балансу этих и других физиологических процессов, и в дальнейшем будет действовать как противовоиде к психологической и

физиологической предрасположенности к заболеванию, которая может быть результатом хронического подавления и пассивной «заученной беспомощности».

Исследовательская группа отметила, что продолжение развития и интеграции методов лечения не только физических, но и поведенческих, когнитивных, эмоциональных и межличностных имеет решающее значение для оказания помощи пациентам с ревматоидным артритом.[19]

Целью работы является исследование эффективности применения когнитивной поведенческой терапии и длительного изометрического упражнения у больных РА на поликлиническом этапе.

Испытуемыми были обычные пациенты, которые направлялись к нам врачом ревматологом. Чаще всего это женщины 50 летнего возраста и старше. Срок заболевания до 5- 6 лет. Медленно прогрессирующая форма. Уровень боли по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) - 3-5 баллов. Наш опыт включал следующие компоненты: 1.Консультирование. Мы получали информацию о симптомах. Объясняли связь эмоций и движений. Просили сжать кисть в кулак таким образом, чтобы поврежденный сустав(ы) был задействован. Появляется боль. Просили усилить сжатие и задержать в таком положении 3-5 секунд. Это длительное изометрическое упражнение. Оно давно и успешно применяется в лечебной физкультуре с целью обезболивания и расслабления мышц при дорсопатиях. Только в данном случае мы просили пациента на максимуме усилий рассказать, что он ощущает, какую эмоцию. Напряжение, тревогу, страх...Затем самопроизвольное постепенное расслабление. 2. Мониторинг. Пациент отмечает каждое усиление боли, частоту возникновения, оценку по шкале боли. Повторяет изометрическое упражнение. Это школа самонаблюдения и осознанного контроля, самоконтроля миотонических состояний в тревоге и «покое». 3. В результате мы получили расслабление мышц, снижение боли (после упражнения 0-1 по шкале ВАШ) и управление стрессом, когнитивную перестройку (полезная стратегия поведения). Повышение качества жизни, связанного со здоровьем.

Считается, что эффективная терапия РА невозможна без активного участия пациента в процессе, что требует проведения обучающего консультирования. Обучение оказывает положительное воздействие на функциональные и психологические статусы, выражение депрессии, активность заболевания, болевой синдром, оценку пациентом общего состояния.[12]

Известно, что определенному эмоциональному состоянию соответствует сигнал определенного мышечного паттерна. Будучи многократно задействованы, мышечные паттерны создают постоянное напряжение в мышцах, которые уже невозможно произвольно расслабить. Происходит потеря памяти правильного расположения мышц. Эта потеря памяти, ставшая

привычной, получила название «сенсомоторной амнезии». Эмоция не относится к категории осознаваемых явлений. Для перевода на уровень сознания требуются дополнительные операции. Проприоцептивная обратная связь трансформируется в осознанную форму, порождая эмоциональное переживание. Если сильно сжать кулаки, можно почувствовать свой гнев.

Давно известно, что движения «регулируются чувствованиями» (И.М. Сеченов), «нуждаются в обратной связи» (Р. Вудвортс), но до сих пор неизвестно, как движения «управляются волей» (И.Ньютон). Видимо, причина состоит в том, что «движущие силы» живого движения, такие как разум, воля, чувства, рассматривались и рассматриваются как внешние по отношению к нему силы, а не присущие ему самому, не находящиеся в его собственной биодинамической ткани....[11] Зинченко В.И. с соавторами выделили две формы чувствительности движения: чувствительность к ситуации и к собственному осуществлению. Первая фаза моторной стадии действия характеризуется минимальной чувствительностью к исполнению собственного движения и максимальной чувствительностью к предметной ситуации. Максимальная чувствительность к собственному исполнению характерна для латентной стадии действия, когда идут активные когнитивные процессы, направленные на формирование программы предстоящего действия и для завершающей действие стадии контроля и коррекции, в течение которой идет активный коррекционный процесс. Монодвижение не просто обладает чувствительностью, но и способностью к смене форм чувствительности. Не менее важной является заложенная в ней возможность корректировки общей программы действия. Максимальная чувствительность к ситуации обеспечивает оперативную перестройку действия в ответ на неожиданно появившуюся новую цель.

Известно, что ведущую роль в регуляции эмоций и поведения, функций вегетативной нервной системы, сексуальных процессов и обучения в структуре ЦНС играет лимбическая система. Известно ее влияние на иммунную систему. Воздействие лимбической системы направлено на эндокринную, вегетативную и сенсорно-двигательную системы. На основании знаний о структуре и функционировании лимбической системы можно полагать, что причиной многих психосоматических расстройств является сдерживание своих желаний и эмоций. С нейрофизиологической точки зрения повышение глюкокортикоидной секреции коррелирует с подавлением иммунной системы и повышением секреции норадреналина – реакция организма в состоянии подавления в момент встречи со стрессом. Ведущую роль при этом играют связи между лимбической системой и неокортексом.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение когнитивной поведенческой терапии и длительных изометрических упражнений у

больных ревматоидным артритом повышает ответственность пациентов за свое здоровье. Способствует осознанию своих эмоций через усиление движения. Направлено на обретение осознанного контроля над физиологическими процессами человека. Помогает понять телесную и эмоциональную природу поведения. Это самоконтролируемый и саморегулируемый процесс бессознательного.

Кратковременное действие раздражителя ведет к обратимым изменениям в мышечной ткани, своевременное включение предложенной методики на ранних стадиях заболевания, возможно, прервет или замедлит развитие и прогрессирование заболевания.

Список литературы:

1. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002. 112с.
2. Симонов П.В. Созидающий мозг. М., 1993.
3. Данилова Н.Н. Психофизиология. М., 1998, 370с.
4. Костандов Э.А. Функциональная асимметрия полушарий и неосознаваемое восприятие. М., 1983.
5. Rimon R.A, Belmaker H.H., Ebstein R. Psychosomatic aspects of juvenile rheumatoid arthritis//Scand.J.Rheumatol. 1977. № 6. P 1-10.
6. Alexander F. Psychosomatische Medizin. Berlin: De Gruyter, 1951.
7. Толстова Т.И. Пути повышения эффективности восстановительного лечения больных ревматоидным артритом на стационарном этапе// Научно-практический журнал «Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации». -2004г. - №3 (7). - с.40-42.
8. Келеман Стенли. Анатомия эмоций: перевод с англ., Москва, 1985.
9. Ханна Томас. Соматика. Возрождение контроля ума над движением, гибкостью и здоровьем. Москва, 2012. 252с.
10. Толстова Т.И. Мышечная система, как показатель эмоционального состояния человека // Материалы научной конференции, посвященной 60-летию основания Рязанского государственного медицинского университета. Рязань, 2004. Часть 2. - С.81-82.
11. Н.Д.Гордеева. Микродинамика внутренней формы действия. / Н.Д.Гордеева // Вопросы психологии. - 2000г.-№6.
12. Орлова Е.В. Клиническая эффективность образовательной программы для больных РА/ Орлова Е.В., Денисов Л.Н., Арсеньев А.О. и др.// Ревматология. -2012. - № 51(2). - с.59-65
13. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум и поведение. М.: Мир. 1988.
- 14.Потехина Ю.П. Роль лимбической системы в генезе психовисцеросоматических расстройств / Потехина Ю.П., Филатов Д.С. // Российский остеопатический журнал. - 2017. -№ 1-2 (36-37).- С.78-87.
15. Kuyken, Willem; Hayes, Rachel; Barrett, Barbara; Byng, Richard; Dalgleish, Tim et al. (2015)

Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial // *The Lancet*

16. К.И.Мировский. Психотерапия и лечебная физкультура. /Руководство по психотерапии под ред. В.Е.Рожнова. - Изд-во «Медицина».- 1985.С.365-387.

17. З.М.Атаев. Изометрическая гимнастика при лечении переломов трубчатых костей. Москва. «Медицина». 1973.

18. Cordingley, Lis; Prajapati, Rita; Plant, Darren; Maskell, Deborah; Morgan, Catharine et al. (2014) Impact of psychological factors on subjective disease activity assessments in patients with severe rheumatoid arthritis // *Arthritis care & research* — vol. 66 (6) — p. 861-8

19. Mark A. Lumley, Francis J. Keefe, Angelia Mosley-Williams, John R. Rice, Daphne McKee,

Sandra J. Waters, R. Ty Partridge, Jennifer N. Carty, Ainoa M. Coltri, Anita Kalaj, Jay L. Cohen, Lynn C. Neely, Jennifer K. Pahssen, Mark A. Connelly, Yelena B. Bouaziz, Paul A. Riordan. The effects of written emotional disclosure and coping skills training in rheumatoid arthritis: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2014; 82 (4): 644 Rheumatoid arthritis: Living and dealing with fatigue

20. Created: October 23, 2013; Last Update: July 27, 2016; Next update: 2019. Cramp F, Hewlett S, Almeida C, Kirwan JR, Choy EH, Chalder T et al. Non-pharmacological interventions for fatigue in rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (8): CD008322. [PubMed]

21. Can psychological therapy and patient education programs help to cope with rheumatoid arthritis. Created: November 12, 2007; Last Update: July 27, 2016; Next update: 2019.