



004617250

Handwritten signature

МАКОВА ЕЛЕНА АНАТОЛЬЕВНА

**«КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ
АЛКОГОЛЬНУЮ ЗАВИСИМОСТЬ, ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ
ПОРАЖЕНИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ»**

13.00.04 – Теория и методика физического воспитания, спортивной
тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата педагогических наук

- 9 ДЕК 2010

Москва – 2010

Работа выполнена в ФГОУ ВПО «Российский государственный университет физической культуры, спорта и туризма»

Научный руководитель: кандидат педагогических наук, доцент
Рубцова Наталия Олеговна

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Полиевский Сергей Александрович
кандидат педагогических наук, доцент
Латчук Владимир Николаевич

Ведущая организация: ФГУ «Всероссийский научно-исследовательский институт физической культуры и спорта»

Защита состоится «14» декабря 2010г. в 12.30 часов на заседании диссертационного совета Д 311.003.02 при ФГОУ ВПО «Российский государственный университет физической культуры, спорта и туризма» по адресу: 105122, Москва, Сиреневый бульвар, 4, ауд.603.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГОУ ВПО «Российский государственный университет физической культуры, спорта и туризма»

Автореферат разослан «__» _____ 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета



Сахарова М.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Контингент ожоговых пациентов с алкогольной зависимостью характеризуется выраженными нарушениями анатомо-физиологической и психо-социальной сторон формирования и функционирования индивидуума.

У данного контингента до поступления в стационар имеется тяжелая патология жизненно важных органов и систем, кардиомиопатия, полинейропатия, энцефалопатия, алиментарное истощение вплоть до кахексии, гепатит и цирроз печени, нефропатия.

Психологический портрет пациентов с алкогольной зависимостью включает расстройства познавательной функции, памяти, эмоциональную незрелость, нервозность, раздражительность, безволие, апатию, пассивность. У таких больных нарушены процессы отражения и восприятия, мотивации к лечебно-реабилитационному процессу, его волевое регулирование, изменяется социально-ролевое поведение.

Среди установок, определяющих аспекты поведения алкоголиков, К.Г.Суров (1982г.) выделил следующие:

- установка на быстрое удовлетворение потребностей при малых затратах усилий;
- установка на пассивные способы защиты при встречах с трудностями;
- установка довольствоваться временным, не адекватным потребности результатом деятельности.

Таким образом, эти пациенты помимо патологических изменений, связанных с полученным повреждением, имеют целый комплекс сопутствующих заболеваний, психических и психологических проблем, которые на определенных этапах могут играть решающую негативную роль в исходе ожоговой травмы.

Столь значительные изменения со стороны патофизиологических и психолого-педагогических характеристик пациентов с алкогольной зависимостью требуют определять их в особую группу в отношении не только лечебных, но и реабилитационных мероприятий, наиболее эффективными из которых являются средства адаптивной физической культуры.

В настоящее время большое количество работ в области комбустиологии написано в отношении интенсивной терапии и повышения качества хирургического

лечения ожоговых больных, забывая о том, что наряду с выживаемостью больных, важнейшим критерием оценки результатов их лечения является возможность возвращения к прежнему образу и качеству жизни и одним из показателей качества и эффективности реабилитационных мероприятий является возвращение человека к трудовой деятельности. Социальная и медицинская значимость критерия очевидны, что заставляет обращать особое внимание на разработку комплекса мероприятий, призванных в максимальной степени предупредить или устранить последствия перенесённых ожогов (В.В.Азолов с соавт., 2001г).

В доступных литературных источниках нам не удалось найти четко разработанной программы реабилитационных мероприятий в зависимости от стадии ожоговой болезни и периода хирургического лечения.

До настоящего времени не определена методика ранней реабилитации пострадавших с ожогами нижних конечностей пациентов с алкогольной зависимостью, нет единого мнения о видах и режимах позиционирования, сроках вертикализации после выполнения операции по аутодермопластике на ожоговых ранах, отсутствуют данные о состоянии аутодермопластики при ранней активизации больных. Таким образом, актуальным является разработка и научное обоснование комплексной программы реабилитации пострадавших с ожоговой болезнью, страдающих алкогольной зависимостью, средствами АФК.

Объектом исследования являются пациенты с глубокими ожогами нижних конечностей с сопутствующей алкогольной зависимостью.

Предметом исследования является система организации реабилитационных мероприятий больных с ожоговой травмой, имеющих в анамнезе алкогольную зависимость.

Гипотеза исследования – предполагается, что разработанная комплексная программа реабилитационно-профилактических мероприятий для пациентов с термическими поражениями нижних конечностей с сопутствующей алкогольной зависимостью, основными составляющими которой являются метод позиционирования, режимы позиционирования, разработка суставов в дооперационный и межоперационный периоды, а также включение элементов адаптивной двигательной рекреации, обеспечит сокращение сроков реабилитации и будет способствовать профилактике инвалидирующих осложнений, содействуя тем

самым, социальной адаптации и интеграции обожженных реконвалесцентов с сопутствующей алкогольной зависимостью в общественно-полезную жизнь.

Цель исследования: состоит в разработке и экспериментальной проверке комплексной программы реабилитационно-профилактических мероприятий, обеспечивающих минимизацию инвалидизирующих деформаций, направленной на наиболее полную социальную адаптацию и интеграцию обожженных реконвалесцентов с алкогольной зависимостью в общественно-полезную жизнь.

Задачи исследования:

1. Провести теоретико-методологический анализ и выявить наиболее эффективные средства и методы, применяемые в системе комплексной реабилитации ожоговых больных.
2. Изучить особенности психо-физического состояния пострадавших с глубокими ожогами нижних конечностей с сопутствующей алкогольной зависимостью.
3. Разработать и экспериментально проверить комплексную программу реабилитационно-профилактических мероприятий для пострадавших с ожоговой травмой нижних конечностей, имеющих сопутствующую алкогольную зависимость.

Теоретико-методологическая основа исследования опирается на результаты исследований по проблемам термической травмы и реабилитации при ожоговой болезни: Алексеев А.А., Азолов В.В., Горбенко В.П., Дмитриев Г.И., Евтеев А.А., Тюрников Ю.И., Кичемасов С.Х., Матвиенко А.В., Турсунов Б.С., Серая Э.В., работы известных специалистов в области лечебной физической культуры, таких как Епифанов В.А., Полесья Г.В., Платковская Р.И., также методологические основы и современные теоретические концепции адаптивной физической культуры С.П. Евсеева, С.Ф. Курдыбайло, Л.В. Шапковой.

Методы исследования

Для решения поставленных задач нами были подобраны и разработаны следующие методы исследования.

1. Анализ отечественной и зарубежной научно-методической литературы.
2. Социологический опрос.
3. Педагогическое наблюдение.
4. Опросный метод (опросник «Восстановление Локуса Контроля»

(Recovery Locus Control), опросник «Качество жизни», оценка режимов позиционирования и ранней активизации).

5. Методы исследования морфо-функционального состояния (измерение показателей массы тела и ЖЕЛ, гониометрия, тест на определение опороспособности нижних конечностей, ортоклиностагическая проба, функциональная проба по исследованию сердечно-сосудистой системы, измерение коэффициента выносливости, индекс ходьбы Хаузера).

6. Педагогический эксперимент.

7. Методы математической статистики.

Организация исследования

Исследования проводились на базе ожогового центра городской клинической больницы №36. В контингент исследуемых были включены мужчины и женщины (45-60 лет - мужчины и 45-55 лет (женщины)). Все больные были поделены на 3 группы: экспериментальную (мужчины и женщины) – 20 человек (4 женщины; 16 мужчин), имеющие алкогольную зависимость и занимающиеся по разработанной программе реабилитации, и 2 контрольные (по 10 человек в каждой группе). В первую вошли пациенты (8 мужчин и 2 женщины) имеющие алкогольную зависимость, во вторую - 9 мужчин и 1 женщина, не имеющие алкогольной зависимости, занимающиеся по обычной программе.

Ознакомление с особенностями сопутствующих заболеваний пациентов с ожогами нижних конечностей происходило посредством изучения историй болезни.

Состав обследуемых групп был неоднородным как в отношении площади (общей площадью от 6 до 18% поверхности тела, из них глубоких от 4 до 12% поверхности тела) и локализации ожоговых поверхностей (по задней, по передней поверхности, циркулярно), так и в отношении сопутствующих заболеваний (полинейропатии, атеросклероз сосудов нижних конечностей, облитерирующий эндартериит, сахарный диабет и диабетическая ангиопатия), что повлияло на содержание программы и сказалось на ее результатах.

Экспериментальная группа занималась по разработанной нами комплексной программе реабилитационно-профилактических мероприятий, а обе контрольные группы – по стандартным программам реабилитационно-профилактических мероприятий.

Эксперимент проводился в течение всего времени нахождения пациентов в стационаре. Время нахождения пациентов в стационаре не лимитировано жесткими сроками, что связано с неблагоприятным социальным положением части из них. При выписке пациентам выдавались методические разработки по организации самостоятельных занятий в домашних условиях.

Научная новизна работы

В ходе проведенных исследований разработан новый системный подход к ранним реабилитационно-профилактическим мероприятиям для пострадавших в результате ожоговой травмы нижних конечностей, имеющих в анамнезе алкогольную зависимость, заключающийся в:

- разработке и обосновании способов позиционирования пострадавших с ожогами нижних конечностей, обеспечивающих подготовку ран к пластическому закрытию, способствующих лучшему приживлению лоскутов аутодермопластики, а также снижению риска возникновения контрактур;
- разработке и обосновании режимов позиционирования пострадавших с ожогами нижних конечностей, обеспечивающей сохранение позиционирования пациентом, а также снижающей физический и психологический дискомфорт от позиционирования;
- включении методики разработки суставов в дооперационный и межоперационный периоды, обеспечивающей профилактику тугоподвижности суставов и снижающей риск возникновения контрактур;
- ранней активизации пациентов с ожогами нижних конечностей;
- включения в программу реабилитации элемента адаптивной двигательной рекреации, обеспечивающего социальную интеграцию пациентов с алкогольной зависимостью, а также стимулирующего их к двигательной активности.

Теоретическая значимость проведенного исследования состоит в том, что полученные результаты позволяют дополнить систему знаний в области реабилитационных мероприятий при ожоговой травме и расширить представления об организации процесса реабилитации при ожоговой травме нижних конечностей у контингента людей с сопутствующей алкогольной зависимостью.

Разработанная комплексная программа реабилитационно-профилактических мероприятий вносит вклад в теорию и методику адаптивной физической культуры и

курс «Частные методики АФК» специальности 032102 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья» (Адаптивная Физическая Культура).

Практическая значимость работы состоит в том, что результаты разработанной комплексной программы реабилитационно-профилактических мероприятий для пациентов с ожоговой травмой нижних конечностей, имеющих алкогольную зависимость, позволяют ускорить процесс реабилитации пострадавших и предупредить развитие инвалидизирующих осложнений, а также дать научно-обоснованные практические рекомендации, направленные на улучшение эффективности реабилитационных мероприятий.

Программа позволяет использовать ее для реабилитационно-профилактических мероприятий при ожоговой болезни у различных контингентов пострадавших и рекомендована для использования в профильных центрах и отделениях медицинских учреждений и реабилитационных центров.

Личный вклад автора состоит в самостоятельной разработке комплексной программы реабилитационно-профилактических мероприятий для пациентов с ожогами нижних конечностей с сопутствующей алкогольной зависимостью; разработке способов и режимов позиционирования, обосновании ранней активизации пациентов с ожогами нижних конечностей, а также обработке и анализе полученных экспериментальных данных; подготовке методического материала.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Пациенты с ожоговой травмой, имеющие сопутствующую алкогольную зависимость, еще до поступления в стационар имеют ряд патологических изменений в психической и функциональной сферах, утяжеляющих течение ожоговой болезни и увеличивающих риск появления инвалидизирующих осложнений, что заставляет обратить на них внимание как на контингент пострадавших, требующий дополнительных специфических подходов со стороны реабилитационно-профилактических мероприятий.

2. Разработанная комплексная программа реабилитационно-профилактических мероприятий для пациентов с ожогами нижних конечностей, имеющих алкогольную зависимость, основанная на системном подходе в соответствии со стадиями течения ожоговой болезни и включающая наиболее значимые элементы программы, такие как позиционирование, режимы

позиционирования, разработку суставов, раннюю активизацию, а также компонент адаптивной двигательной рекреации, обеспечивает уменьшение сроков реабилитации и позволяет использовать ее для различных контингентов пострадавших.

3. Разработанная комплексная программа реабилитационно-профилактических мероприятий для пациентов с термическими поражениями с сопутствующей алкогольной зависимостью позволяет осуществить индивидуальный подход к профилактике инвалидирующих осложнений, реабилитации пациентов, способствуя сокращению сроков пребывания в стационаре, повышающий эффективность реабилитационных мероприятий и содействующей социальной адаптации.

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, 4-х глав, выводов, практических рекомендаций, библиографии и приложения. Основное содержание работы изложено на 155 страницах машинописного текста, включая 32 таблицы и 3 рисунка. Список литературы насчитывает 162 наименования, из них 20 на иностранном языке. Диссертация дополнена 18 приложениями.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Эффективность реабилитационно-профилактических мероприятий (РПМ) определяется восстановлением здоровья в оптимальные сроки и с максимально возможным результатом, коррекцией и компенсацией основных нарушений, вызванных патологическим процессом, интеграцией человека в полноценную и общественно-полезную жизнь.

На основании анализа литературных источников и результатов констатирующего эксперимента была разработана комплексная программа реабилитационно-профилактических мероприятий для пациентов с ожогами нижних конечностей с сопутствующей алкогольной зависимостью, состоящая из нескольких блоков, обеспечивающих её комплексный характер (рис.1).

Подбор и реализация средств комплексной программы реабилитационно-профилактических мероприятий осуществлялся в соответствии с задачами индивидуальной программы реабилитационных мероприятий каждого пациента.



Рис.1. Комплексная программа реабилитационно-профилактических мероприятий для пациентов с ожогами нижних конечностей с сопутствующей алкогольной зависимостью.

Часть программы, содержание которой составляет адаптивная физическая реабилитация (профилактика легочных, раневых и послеоперационных осложнений, профилактика рубцовых осложнений, активизация, оценка способов и режимов позиционирования и т.д.) направлена на восстановление у пациентов с алкогольной зависимостью временно нарушенных в результате ожоговой болезни функций и заключается в формировании адекватных психических реакций пациентов на свою травму и проводимые реабилитационные мероприятия, на обучение их

использованию средств программы реабилитации, что способствует не только улучшению качества реабилитационных мероприятий, но и развитию личности, обретению самостоятельности, социальной и бытовой адаптации средствами адаптивной физической культуры, что облегчает социализацию и интеграцию в обществе. Достижение это обеспечивается применением обоснованных методов патогенетического лечения, ранним активным использованием восстановительного лечения, дифференциацией задач и направленностью воздействия специальными физическими упражнениями, комплексностью методов и активным участием самого пациента в процессе реабилитации.

Основными отличительными чертами программы реабилитации экспериментальной группы были следующие:

1. Выполнение пассивной разработки суставов конечностей в дооперационный и междооперационный периоды на плановых перевязках под наркозом и после выполненной аутодермопластики (с 8-х суток) при применении гидрокинезотерапии.

2. Ранняя активизация пациентов после выполненной операции аутодермопластики (на 3-4 сутки), вместо 7-8 суток.

3. Применение режимов позиционирования после операции аутодермопластики.

4. Стимуляция осознанного отношения пациентов к реабилитационным мероприятиям (оценка способов и режимов позиционирования) и их активного включения в реабилитационный процесс.

Комплексную программу реабилитационно-профилактических мероприятий средствами ЛФК нельзя сводить к лечению и профилактике конкретных болезней, поскольку она является одной из форм, составляющих полноценную жизнь человека в его новом состоянии, образовавшимся в результате ожоговой травмы.

В связи с этим в программу комплексной реабилитации помимо адаптивной физической реабилитации входит и адаптивная двигательная рекреация, основными задачами которой являются максимальное отвлечение от болезни и предусматривающая социальную интеграцию, общение, развлечение и повышение, таким образом, уровня жизнестойкости через удовольствие и с удовольствием.

5. Включение адаптивной двигательной рекреации в режим дня пациентов

экспериментальной группы для обеспечения социальной интеграции пациентов с алкогольной зависимостью, а также стимуляции их к двигательной активности.

При этом, по мнению Евсеева С.П., наибольший эффект следует ожидать в случае ее дополнения оздоровительными технологиями профилактической медицины.

Таким образом, эффективность реабилитационно-профилактических мероприятий определяется комплексностью использования разработанной программы реабилитации средствами адаптивной физической культуры в соответствии с биологическими и социальными потребностями индивида.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Реализация разработанной комплексной программы реабилитации пациентов с глубокими ожогами нижних конечностей выявила следующие результаты:

Таблица 1

Сравнительный анализ динамики результатов «качества жизни» и «локуса контроля» в экспериментальной группе (ЭГ), контрольной группе с алкоголизмом (КГ1), контрольной группе без алкоголизма (КГ2).

Показатели	Экспериментальная группа (n=20)			Контрольная группа с алкоголизмом (n=10)			Контрольная группа без алкоголизма (n=10)		
	При поступлении	Перед выпиской	T критерий Вилкоксона	При поступлении	Перед выпиской	T критерий Вилкоксона	При поступлении	Перед выпиской	T критерий Вилкоксона
Качество жизни	$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы) 4,74 ± 0,67	$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы) 5,65 ± 0,51	1**	$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы) 4,68 ± 0,70	$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы) 5 ± 0,56	1**	$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы) 6,33 ± 0,54	$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы) 6,72 ± 0,62	3**
Локус контроля	28,4 ± 2,89	31,55 ± 2,33	1**	28,0 ± 2,49	29 ± 1,83	19,5	31,4 ± 2,79	32,4 ± 2,72	21

Примечание: * - $p < 0,05$ (p – уровень значимости) ** - $p < 0,01$

Исследование динамики качества жизни и локуса контроля (таблица 1) выявили положительные изменения в показателях оценки «Качество жизни», достоверно возросшие за анализируемый период в ЭГ на 0,91 балла, в КГ1 на 0,32 балла, в КГ2 на 0,39 балла, при этом рост показателей в ЭГ был достоверно выше, чем в обеих контрольных группах. Статистически достоверные различия по критерию

«качество жизни» перед выпиской из стационара наблюдаются между всеми группам ($p < 0,01$).

Динамика результатов исследования «локуса контроля» (табл. 1) обнаружила достоверный прирост результатов «локуса контроля» в ЭГ на 3,15 балла. В обеих контрольных группах (КГ1 и КГ2) также наблюдался прирост результатов, однако с менее выраженными сдвигами (по 1 баллу в каждой).

Статистически достоверные межгрупповые различия по показателям «Локуса контроля» обнаружены между испытуемыми ЭГ : КГ1 и КГ1:КГ2 ($p < 0,01$). Это дает основание считать, что реализованная программа РПМ имеет положительное влияние на пациентов с алкогольной зависимостью экспериментальной группы, повышая их уровень сознательного влияния на качество своей жизни.

Таблица 2

Сравнительный анализ динамики результатов исследования массы тела (t - критерий Стьюдента) и относительной ЖЕЛ (T - критерий Вилкоксона) в экспериментальной группе (ЭГ), контрольной группе с алкоголизмом (КГ1- контрольной группе без алкоголизма (КГ2)

Показатели	ЭГ (n=20)			КГ1 (n=10)			КГ2 (n=10)		
	При поступлении	Перед выпиской	критерий значимости	При поступлении	Перед выпиской	критерий значимости	При поступлении	Перед выпиской	критерий значимости
	$\bar{X} \pm \sigma$ (кг)	$\bar{X} \pm \sigma$ (кг)		$\bar{X} \pm \sigma$ (кг)	$\bar{X} \pm \sigma$ (кг)		$\bar{X} \pm \sigma$ (кг)	$\bar{X} \pm \sigma$ (кг)	
Масса тела	68,7 ± 9,70	67,8 ± 9,24	t - 2,3*	69,4 ± 13,18	69,7 ± 11,82	t - 2,7*	76 ± 9,14	73,8 ± 7,66	t - 3,9**
Отн. ЖЕЛ	3,6 ± 0,73	3,8 ± 0,76	T - 12**	3,7 ± 0,98	3,4 ± 0,92	T - 1**	3,6 ± 0,85	3,7 ± 0,83	T - 1**

Примечание: * - $p < 0,05$ (p – уровень значимости) ** - $p < 0,01$

Результаты исследований массы тела (табл. 2) не выявили четкой зависимости изменения массы тела от проводимых реабилитационных мероприятий. У ЭГ и КГ2 масса тела достоверно снизилась на 0,9кг и 2,2кг соответственно, а у КГ1 увеличилась на 0,3кг. Это связано с естественным ходом ожоговой болезни, когда основные потребности организма в питании проявляются во время течения ожоговой болезни

до закрытия ожоговых ран кожными лоскутами аутодермопластики, а также массивным воздействием медикаментозной терапии с использованием сбалансированных питательных смесей. В последующий же период реконвалесценции организму требуется меньшее количество дополнительных питательных веществ на восстановительные процессы.

Результаты сравнительного анализа групп по показателям динамики массы тела достоверных различий между группами не обнаружили, что свидетельствует об отсутствии влияния программы РПМ на изменение массы тела ожоговых больных.

Исследование динамики результатов относительной ЖЕЛ (табл. 2) показало достоверный прирост результатов у ЭГ на 0,2% и достоверное снижение результатов относительной ЖЕЛ у КГ1 на 0,3%. Результаты КГ2 свидетельствуют об увеличении относительной ЖЕЛ на 0,1%. Сравнение групп не выявило статистически достоверных различий результатов относительной ЖЕЛ, что свидетельствует об отсутствии влияния программы на показатели относительной ЖЕЛ.

Результаты функциональных проб исследования состояния сердечно-сосудистой системы выявили преобладание неблагоприятных типов ответных реакций на нагрузку во всех группах пациентов, среди которых преобладали астенический и гипертонический типы ответной реакции, свидетельствующие о неэкономичном энергообеспечении физической деятельности.

У пациентов с сопутствующей алкогольной зависимостью в 3-х случаях наблюдался дистонический тип ответной реакции, свидетельствующий о серьезных функциональных нарушениях сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. Этот тип реакции на нагрузку является результатом различных острых и хронических заболеваний и связан с патологическим изменением сосудистого тонуса.

Преобладание неадекватных типов ответных реакций на незначительную нагрузку свидетельствует о снижении функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы у большей части пациентов с ожоговой болезнью, что по - видимому, связано с функциональными сдвигами, спровоцированными течением ожоговой болезни, а именно сильной интоксикацией, нарушением водно-электролитного баланса, оказывающих влияние на все функциональные системы. В ряде случаев патологические изменения, возникающие на фоне течения ожоговой болезни, усугубляют имеющиеся сопутствующие заболевания органов

кровообращения и вызывают декомпенсаторные изменения в сердечно-сосудистой системе.

Несмотря на это во всех группах к выписке из стационара увеличилось количество человек с нормотоническим типом ответной реакции – в экспериментальной группе с 2 до 6 человек, в контрольной с алкоголизмом с 1 до 3 человек, и в контрольной без алкоголизма с 3 до 5 человек.

У всех пациентов, принимающих участие в обследовании после выполнения каждой нагрузочной пробы, был рассчитан коэффициент выносливости (КВ). В большинстве случаев показатели КВ как при выполнении проб перед началом активизации, так и перед выпиской, превышали норму от незначительных показателей до значительных индивидуальных колебаний (от 14 усл.ед. при нормотоническом типе до 45 усл.ед. при гипотоническом типе ответной реакции). Это подтверждает функциональную недостаточность сердечно-сосудистой системы ожоговых пациентов и показывает слабость адаптационных механизмов, что подтверждается характером реакций на нагрузку в тесте на оценку состояния сердечно-сосудистой системы

Ослабление сердечной деятельности также подтверждается исследованиями авторов (Белых А.Н. с соавт. 2008г., Турсунова Ф.Б. с соавт. 2008г.), недостаточность которой обусловлена атрофией миокарда, связанной с гипоксией миокарда и нарушением водно-электролитного баланса, а также падением тонуса сосудов.

Исследование ортостатики пациентов всех 3-х групп на начальном этапе периода реконвалесценции обнаруживается преобладание патологического типа ответной реакции на ортостатическую нагрузку (гипотензивный тип реагирования). Согласно исследованиям (Черняк М.Д. с соавт. 2003г., Спиридонова 2007г.) дисфункция вегетативной нервной системы у ожоговых больных наблюдается уже в первые часы после травмы, продолжаясь в некоторых случаях вплоть до выписки из стационара.

Несмотря на это, перед выпиской у всех групп пациентов увеличилось количество физиологически адекватных типов ответных реакций – в экспериментальной группе с 15 до 40%, в контрольной с алкоголизмом с 10 до 30 % и в контрольной без алкоголизма с 20 до 40%.

Внутригрупповые исследования результатов измерения амплитуды движений в

суставах нижних конечностей показали достоверный прирост результатов функций тазобедренного сустава у всех групп, однако межгрупповое сравнение выявило статистически достоверные различия результатов только функции сгибания между ЭГ и КГ1 ($p < 0,05$), что дает основание полагать о положительном влиянии программы на функцию сгибания тазобедренного сустава для пациентов с алкогольной зависимостью.

Данные гониометрии показали достоверный прирост результатов сгибания и, что более значимо, разгибания в коленных и голеностопных суставах в ЭГ. В сравнении с ней в КГ1 наблюдаются более низкие показатели функции, следствием чего явились дополнительные меры по профилактике и коррекции формирующихся контрактур, ведущие к увеличению сроков госпитализации.

В ЭГ и КГ2 в большинстве случаев средним показателем измерения разгибания коленных суставов в начале периода реконвалесценции является оценка 170° и $171,5^\circ$ соответственно, что является результатом соблюдения позиционирования у пациентов этих групп. Прирост результатов в ЭГ и КГ2 объясняется в первую очередь более осознанным отношением к лечению и соблюдением мер профилактики возникновения контрактур (позиционирование).

Межгрупповое сравнение движений в коленном суставе выявило достоверные различия между ЭГ и КГ1 для функции сгибания только в период перед выпиской ($p < 0,01$), а для функции разгибания как в начале периода реконвалесценции ($p < 0,05$), так и перед выпиской из стационара ($p < 0,01$).

По результатам измерений амплитуды движений в суставах нижних конечностей видно, что показатели разгибания в голеностопном суставе у ЭГ и КГ2 уже в начале периода реконвалесценции обнаруживают показатели, обеспечивающие полноценную опору на стопу (13° и $12,75^\circ$ соответственно), у КГ1 показатели, обеспечивающие полноценную опору на стопу ниже, чем у двух других групп (10°).

Значительное улучшение результатов в ЭГ, без дополнительных хирургических вмешательств, по сравнению с КГ1, является показателем рациональности применения позиционирования, оправданного применения режимов позиционирования, облегчающих соблюдение вынужденного положения при позиционировании без его нарушения, а также применения метода опроса при позиционировании, что дает возможность коррекции положения пациента с более

комфортными условиями и осознанно включает его в процесс реабилитации.

Таблица 3

Сравнительный анализ состояния аутодермопластики (АДП) при применении режимов позиционирования и ранней активизации в экспериментальной группе (ЭГ) и отсутствии режимов позиционирования и ранней активизации в контрольной группе с алкоголизмом (КГ1) и в контрольной группе без алкоголизма (КГ2)

Показатели	ЭГ (n=20)	КГ1 (n=10)	КГ2 (n=10)
	$\bar{X} \pm \sigma$ (усл.ед.)	$\bar{X} \pm \sigma$ (усл.ед.)	$\bar{X} \pm \sigma$ (усл.ед.)
Результаты АДП при режимах позиционирования	$0,96 \pm 0,05$	$0,86 \pm 0,16$	$0,98 \pm 0,02$
Результаты АДП при активизации	$0,95 \pm 0,06$	$0,84 \pm 0,16$	$0,97 \pm 0,02$

По данным результатов аутодермопластики при выполненных режимах позиционирования, представленных в таблице 3, можно сделать вывод, что принципиально отличных результатов при применении режимов позиционирования у ЭГ (0,96 усл.ед.) и их отсутствии у КГ2 (0,98 усл.ед.) не наблюдается. Результаты обеих групп находятся в рамках максимально возможного результата. Однако значительная разница наблюдается при сравнении результатов ЭГ с КГ1, средний результат которой равен 0,86, что соответствует нижней границе «оптимального результата» и потребовало у части пациентов повторного оперативного вмешательства, что увеличило сроки пребывания в стационаре.

Сравнительный анализ групп по результатам аутодермопластики при использовании в ЭГ режимов позиционирования выявил достоверные отличия между показателями результатов аутодермопластики ЭГ и КГ1, что свидетельствует о положительном влиянии режимов позиционирования на результат аутодермопластики у пациентов с алкогольной зависимостью, повышая возможности соблюдения позиционирования пациентами с алкогольной зависимостью.

При сравнении показателей результатов аутодермопластики при активизации пациентов (табл. 3) средний показатель оценок у ЭГ (0,95) находится на том же уровне, что и у КГ2 (0,97), т.е. в пределах максимально возможного результата аутодермопластики, а у пациентов КГ1 – (0,85), т.е. в пределах оптимального результата АДП.

Межгрупповое сравнение результатов аутодермопластики при ранней активизации в ЭГ и поздней активизации в КГ1 и КГ2 выявило достоверно значимое отличие результатов пластического закрытия между ЭГ и КГ1 ($p < 0,05$), а также между обеими контрольными группами ($p < 0,05$). Это дает основание утверждать, что ранняя активизация (вертикализация) больных (3-4 сутки после выполнения АДП) при правильном ее осуществлении не оказывает отрицательного влияния на приживление трансплантатов, однако значительно укорачивает сроки реабилитации оперированных больных и предотвращает возникновение нежелательных осложнений со стороны функционально важных систем организма, связанных с длительным пребыванием пациентов в состоянии вынужденного покоя.

Таблица 4

Сравнительный анализ динамики результатов исследования опороспособности нижних конечностей в экспериментальной группе (ЭГ), контрольной группе с алкоголизмом (КГ1), контрольной группе без алкоголизма (КГ2)

Показатели	ЭГ (n=20)			КГ1 (n=10)			КГ2 (n=10)		
	В начале пер-да рекон-валес-ценции	Перед выпис-кой	Т критерий Вилкоксона	В начале пер-да рекон-валес-ценции	Перед выпис-кой	Т критерий Вилкоксона	В начале пер-да рекон-валес-ценции	Перед выпис-кой	Т критерий Вилкоксона
Опоро-способность	$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы)	$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы)		$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы)	$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы)		$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы)	$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы)	
	3,65± 0,43	3,9 ± 0,26	30*	3,1 ± 0,61	3,8± 0,26	1*	3,6± 0,57	3,9± 0,21	27

Примечание: * - $p < 0,05$ (p – уровень значимости) ** - $p < 0,01$

Результаты опороспособности в первый день активизации (табл. 4) обнаруживают снижение показателей у КГ1 до 3,1 балла по сравнению с ЭГ и КГ2, что явилось результатом формирования в 3-х случаях сгибательных контрактур коленного сустава, которые были устранены дополнительными мероприятиями по устранению контрактур и при выписке из стационара результат опороспособности приблизился к норме (3,8). Однако это потребовало дополнительного времени пребывания этих пациентов в стационаре. У ЭГ и КГ2 результаты практически одинаковые и свидетельствуют о высоком уровне опороспособности.

Результаты межгруппового сравнения функции опороспособности

обнаруживают статистически достоверные различия между ЭГ и КГ1 ($p < 0,05$), а также КГ1 и КГ2 ($p < 0,05$) в начале периода реконвалесценции, что явилось результатом соблюдения пациентами ЭГ и КГ2 предписанного позиционирования, явившегося основой профилактики сгибательных контрактур на ранних этапах реконвалесценции. Перед выпиской из стационара достоверных различий показателей опороспособности между группами не обнаружено. Достоверность лучших результатов в начале периода реконвалесценции у ЭГ и КГ1 является значимым критерием, который способствует более быстрому и правильному формированию ходьбы и отражается на сроках пребывания пациентов в стационаре и доказывает эффективность разработанной программы.

Таблица 5

Сравнительный анализ динамики результатов исследования индекса ходьбы в экспериментальной группе (ЭГ), контрольной группе с алкоголизмом (КГ1), контрольной группе без алкоголизма (КГ2)

Показатели	ЭГ (n=20)			КГ1 (n=10)			КГ2 (n=10)		
	В начале пер-да реконвалесценции	Перед выпиской	T критерий Вилкоксона	В начале пер-да реконвалесценции	Перед выпиской	T критерий Вилкоксона	В начале пер-да реконвалесценции	Перед выпиской	T критерий Вилкоксона
Индекс ходьбы	$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы)	$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы)		$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы)	$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы)		$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы)	$\bar{X} \pm \sigma$ (баллы)	
	5,8 ± 1,15	3,45 ± 0,60	3**	5,6 ± 1,264	4,1 ± 0,74	3**	5,7 ± 1,34	3,5 ± 0,71	1**

Примечание: * - $p < 0,05$ (p – уровень значимости) ** - $p < 0,01$

Результаты динамики прироста показателей индекса ходьбы (табл. 5) обнаруживают достоверно больший прирост результатов у ЭГ (2,45балла). Наименьший прирост результата в КГ1 (1,7 баллов) и в КГ2 (2,3 балла).

Перед выпиской из стационара статистически достоверные различия наблюдаются между испытуемыми ЭГ и КГ1 ($p < 0,05$), что свидетельствует об улучшении качества ходьбы у пациентов ЭГ. Залогом качества ходьбы явились лучшие, чем в КГ1 показатели подвижности суставов, а также отсутствие признаков угрозы формирования сгибательных контрактур в коленных и голеностопных суставах, что доказывает эффективность разработанной программы.

Таблица 6

Сравнительные результаты сроков нахождения пациентов с ожогами нижних конечностей в стационаре экспериментальной группы (ЭГ), контрольной группы с алкоголизмом (КГ1), контрольной группы без алкоголизма (КГ2)

Показатели	Экспериментальная группа (n=20)	Контрольная группа с алкоголизмом (n=10)	Контрольная группа без алкоголизма (n=10)
Сроки пребывания в стационаре	$\bar{X} \pm \sigma$ (дни) 26,5 ± 4,161	$\bar{X} \pm \sigma$ (дни) 33,1 ± 6,556	$\bar{X} \pm \sigma$ (дни) 24,8 ± 5,613

Анализ сроков пребывания пациентов 3-х групп в стационаре (табл. 6) выявил следующие результаты: средний срок пребывания пациентов контрольной группы без алкоголизма равен 24,8 дня, контрольной группы с алкоголизмом 33,1 дня, экспериментальной группы – 26,5 дней.

Сравнение групп по срокам пребывания в стационаре обнаруживает статистически достоверные различия между ЭГ и КГ1 ($p < 0,01$) и КГ1 с КГ2 ($p < 0,01$), что дает основание считать, что программа способствует сокращению сроков пребывания пациентов с алкогольной зависимостью в стационаре.

Итоги научного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Изучение данных литературных источников показало, что пациенты с ожогами нижних конечностей с сопутствующей алкогольной зависимостью еще до поступления в стационар обнаруживают патологические изменения в жизненно важных системах организма (ССС, ДС, ЦНС, периферическая н.с., ОДА), что значительно отягощает течение ожоговой болезни и снижает шансы её благополучного исхода. Значительные изменения со стороны патофизиологических и психолого-педагогических характеристик этого контингента требуют определять их в особую группу в отношении реабилитационных мероприятий.

2. Исследование динамики психо-эмоциональных особенностей выявило положительные изменения в показателях оценки «Качество жизни», которые достоверно возросли за анализируемый период во всех исследуемых группах: в ЭГ на 0,91 балла, в КГ с алкоголизмом на 0,32 балла, в КГ без алкоголизма на 0,39 балла, при этом рост показателей в экспериментальной группе был достоверно выше, чем в обеих контрольных группах. Статистически достоверные различия ($p < 0,01$) по

критерию «качество жизни» наблюдаются между экспериментальной и контрольной группой с алкоголизмом перед выпиской из стационара, что свидетельствует об эффективности программы реабилитационных мероприятий в отношении пациентов с алкогольной зависимостью.

3. Динамика результатов исследования «локуса контроля» обнаружила достоверный прирост результатов «локуса контроля» в экспериментальной группе на 3,15 балла. В обеих контрольных группах (контрольной с алкоголизмом и контрольной без алкоголизма) тоже наблюдался прирост результатов, однако с менее выраженными сдвигами (по 1 баллу в каждой). Статистически достоверное ($p < 0,01$) увеличение показателей «Локуса контроля» в ЭГ в сравнении с КГ1 (на 3,15 балла : на 1 балл соответственно) свидетельствуют о положительном влиянии программы на пациентов экспериментальной группы, повышая их уровень сознательного влияния на качество своей жизни.

4. Наиболее значимыми показателями результата реабилитационных мероприятия являются показатели разгибания коленного и голеностопного суставов. Результаты разгибания коленного сустава в ЭГ обнаруживают высокие показатели, как в начале периода реконвалесценции, так и перед выпиской из стационара (170° и $176,8^\circ$ соответственно).

Средние показатели разгибания в голеностопном суставе у всех групп находятся на уровне, обеспечивающем полноценную опору на стопу.

В большинстве случаев показатели изменения амплитуды движений в ЭГ являлись статистически достоверными.

Межгрупповое сравнение обнаружило статистически достоверное улучшение показателей сгибания и разгибания в коленных и голеностопных суставах у ЭГ при сравнении с КГ1, что доказывает рациональность применения программы для пациентов с алкоголизмом.

5. Исследование динамики результатов относительной ЖЕЛ показало достоверный прирост результатов у ЭГ на 0,2% и КГ2 на 0,1%, а также достоверное снижение результатов относительной ЖЕЛ у контрольной группы с алкоголизмом на 0,3%. Результаты сравнительного анализа групп по показателям динамики относительной ЖЕЛ достоверных различий между группами не обнаружили, что свидетельствует о незначительном влиянии программы РПМ на изменение

относительной ЖЕЛ ожоговых больных.

6. Результаты проб с физической нагрузкой выявили преобладание неблагоприятных типов ответных реакций во всех группах пациентов, что свидетельствует о функциональной недостаточности сердечно - сосудистой системы пациентов с ожоговой травмой, связанной с нарушениями сердечно - сосудистой системы, возникшими до поступления в стационар, а также произошедшими изменениями, спровоцированным течением ожоговой болезни.

Несмотря на это во всех группах к выписке из стационара увеличилось количество человек с нормотоническим типом ответной реакции (в экспериментальной группе с 2 до 6 человек, в контрольной с алкоголизмом с 1 до 3 человек, и в контрольной без алкоголизма с 3 до 5 человек).

7. Перед выпиской у всех групп пациентов увеличилось количество физиологически адекватных типов ответных реакций на ортостатическую нагрузку – в экспериментальной группе с 3 до 8 человек, в контрольной с алкоголизмом с 1 до 3 человек и в контрольной без алкоголизма с 2 до 4 человек.

8. Средние показатели результатов применения режимов позиционирования в экспериментальной группе практически не отличаются от результатов в контрольной группе без алкоголизма (0,96 и 0,98 соответственно), где режимов позиционирования не проводилось и находятся в пределах «максимально возможного результата», однако значительно превышают результаты аутодермопластики в контрольной группе с алкоголизмом (0,86), которые находятся на нижнем уровне «оптимального результата».

Сравнительный анализ групп по результатам аутодермопластики при использовании в ЭГ режимов позиционирования выявил достоверные отличия ($p < 0,05$) между показателями ЭГ и КГ1, что свидетельствует о положительном влиянии режимов позиционирования на результат аутодермопластики у пациентов с алкогольной зависимостью, повышая возможности соблюдения позиционирования пациентами с хронической алкогольной зависимостью.

9. Межгрупповое сравнение результатов аутодермопластики при ранней активизации в ЭГ и поздней активизации в КГ1 и КГ2 выявило достоверно значимое отличие результатов пластического закрытия ран между ЭГ и КГ1 ($p < 0,05$). Это дает основание полагать, что ранняя активизация (вертикализация) больных (3-4 сутки

после выполнения АДП) при правильном ее осуществлении не оказывает отрицательного влияния на приживление трансплантатов, однако значительно укорачивает сроки реабилитации оперированных больных

10. Статистически достоверные различия опороспособности наблюдаются между ЭГ и КГ1 в начале периода реконвалесценции. Это является залогом более быстрого и правильного формирования навыка ходьбы, что отразилось на результатах динамики индекса ходьбы и выразилось в статистически достоверных различиях между ЭГ и КГ1 ($p < 0,05$), что свидетельствует о положительном влиянии программы на функцию ходьбы у пациентов с алкогольной зависимостью.

11. Педагогический подход использования средств адаптивной физической культуры в системе комплексной реабилитации (опрос «Оценка способов и режимов позиционирования» и адаптивной двигательной рекреации) позволил повысить результаты реабилитационных мероприятий в ЭГ, что выразилось в улучшении контакта с пациентами, индивидуализации программы реабилитации, повышении степени участия пациентов с алкогольной зависимостью ЭГ в реабилитационном процессе, повышении уровня их осознанности в отношении реабилитационных мероприятий и нашло свое выражение в улучшенных результатах «Люкуса контроля», показателя «Качества жизни», снижении риска возникновения контрактур за счет соблюдения позиционирования, что положительно отразилось на качестве реабилитационных мероприятий ЭГ, снижении сроков стационарного лечения и более высоком уровне социальной адаптации.

12. В результате реализации комплексной программы реабилитационно-профилактических мероприятий для пациентов с ожогами нижних конечностей с сопутствующей алкогольной зависимостью сроки пребывания в стационаре пациентов ЭГ уменьшились в среднем на 6,6 дней по сравнению с КГ1, приближаясь по своим показателям к пациентам КГ2. Результаты сравнения количества дней пребывания в стационаре между ЭГ : КГ1 и КГ1 : КГ2 статистически достоверны ($p < 0,01$).

13. Разработанная и апробированная комплексная программа реабилитации пациентов с ожогами нижних конечностей с алкогольной зависимостью способствовала улучшению показателей экспериментальной группы по психосоматическим, морфо-функциональным характеристикам, результатам

приживления аутодермопластики, а также доказала рациональность применения позиционирования, режимов позиционирования и ранней активизации пациентов с ожогами нижних конечностей, сократив сроки стационарного лечения и уменьшив риск развития инвалидизирующих осложнений на стационарном этапе, что в целом свидетельствует об эффективности данной программы.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Тюрников Ю. И. Метод «позиционирования» – составная часть системы ранней профилактики осложнений и реабилитации обожженных / Ю. И. Тюрников, Е. А. Макова, А. В. Кальянов // Нижегородский Медицинский Журнал // Комбустиология : прил. к журн. – 2004. – С. 216-217.

2. Макова Е.А. Программа РПИМ у пострадавших от ожогов. / Е.А. Макова, С.В Калашникова // Сборник научных трудов I съезда комбустиологов России, 17-21 окт. 2005 г. / Всерос. обществ. объединение комбустиологов «Мир без ожогов», Ин-т хирургии им. А. В. Вишневого РАМН. – М., 2005. – С. 252–253.

3. Макова Е.А. Ранние реабилитационно-профилактические мероприятия у пациентов ожогового центра с алкогольной зависимостью / Е.А. Макова // II съезд комбустиологов России, 2-5 июня 2008 г. : сб. науч. тр. / Всерос. обществ. объединение комбустиологов «Мир без ожогов», ФГУ «Ин-т хирургии им. А. В. Вишневого Росмедтехнологий». – М., 2008. – С. 195.

4. Макова Е.А. Исследование режимов позиционирования у больных с ожогами нижних конечностей после выполненной операции аутодермопластики. / Е.А. Макова // Теория и практика физической культуры. – 2010. - №3. - С.54.

5. Макова Е. А. Алгоритм активизации больного при раннем хирургическом лечении глубокого ожога тыла стопы / Е. А. Макова, Ю. И. Тюрников, А. А. Евтеев // Вестник Российской военно-медицинской академии: прил. – 2010. – № 1 (29). – С. 71–72.

6. Тюрников Ю. И. Возможности современной механотерапии в ранней реабилитации тяжелообожженных / Ю. И. Тюрников, Е. А. Макова, А. А. Евтеев // Вестник Российской военно-медицинской академии: прил. – 2010. – № 1 (29). – С. 128–129.

Тираж 100 экз. Объем 1,0 п.л. Номер заказа 560
Отпечатано ООО «Принт Центр».
105122, г. Москва, Сиреневый бульвар, д. 4.