

ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА

Проведен анализ результатов лечения 40 человек с отдаленными последствиями травмы спинного мозга, находившимися на лечении в СЦВКС им.Н.И.Пирогова в 2010 г. оценивались показатели тревоги тестами Спилберга-Ханина, Шихана, госпитальной шкалой тревоги и депрессии.

На фоне комплексного применения акупунктуры, электрофореза с сульфатом магния по Вермелю и галотерапии отмечалось значительное снижение уровня тревоги у данных больных.

Ключевые слова: психо-невротический синдром, последствия травмы позвоночника, оценочные тесты.

Введение

В мировой медицинской практике значительная доля больных страдает нераспознанными психическими расстройствами (Незнов Н.Г., 2003 г.), из них наибольшие трудности для дифференциальной диагностики и терапии представляют психовегетативные состояния, относящиеся к нарушениям психоматического ряда (Великанова Л.П., 2005 г.). Следует отметить, что доля таких больных среди страдающих последствиями спинно-мозговой травмы (ПСМТ) значительно больше, так как все они имели в анамнезе тяжелую травму как отправной стрессовый момент, а проявления их болезни (обездвиженность, нарушения функций тазовых органов) накладывает тяжелый отпечаток на психику таких пациентов.

Наличие тесной связи психических, в частности, эмоциональных, вегетативных нарушений дало основание W. Tiele (1934 г.) обозначить данный симптомокомплекс как «психовегетативный синдром» (ПВС).

Вегетативные дисфункции обозначаются в медицинской литературе, помимо понятия ПВС, также рядом терминов, из которых наиболее распространенным являлись «вегето-сосудистая дистония», «нейроциркуляторная дистония», «вегетативная дистония», «невропатия», вегетативный невроз», «органный невроз» (Мясищев В.Н., 1959, 1960 гг., Корвосарский Б.Д., Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожников А.А., 1995 г., Рассказов Н.Ю. 2004 г., G.V.Bergman, G.Kohlek 1986 г.).

По данным Кокоткиной Л.В. (2004 г.) с 2000 года большинство (46,9%) людей, получивших ПСМТ, составляют пострадавшие в ДТП. Второе

место среди причин травматизма такого рода занимают падения, затем следует случаи насилия (в основном огнестрельные ранения) и травмы, полученные при занятиях спортом.

Структура неврологических нарушений при выписке больных из стационара представлена случаями тетрапареза (34,1%), полной параплегией (23%), полной тетраплегией (18,3%) и парапарезом (18,5%). Менее 1% пациентов с ПСМТ при выписке из стационара составляют лица, полностью неврологически восстановившиеся (Кокоткина Л.В., Цыганков В.А., Кочетков А.В., Добровольская Ю.В., 2004г.).

Психическое напряжение, возникающее у данного контингента больных в результате полученной травмы, служит источником дезадаптации личности её проявлениями в виде расстройств непсихического регистра.

Возможность возникновения этих расстройств, их характер, частота, выраженность и динамика зависят от взаимосвязи разных факторов, таких как: характер травмы, личностные особенности, социальные факторы.

Всё перечисленное выше приводит к снижению трудоспособности больных, большинство из которых сталкиваются с рядом медицинских, социальных и психо-эмоциональных проблем, что отрицательно влияет на качество их жизни.

Случаи самоубийств, как крайнее проявление этих проблем, среди больных ПСМТ происходит в среднем в 3-5 раз чаще, чем среди остального населения (Кокоткина Л.В. 2004г.). В связи с тем, что в основе реабилитации данного контингента больных важное место занимают вопросы психофизиологической коррекции, актуальной становится не только медицинская, но и социально-психологическая реабилитация этого контингента.

Особые проблемы возникают при сочетанной патологии с патогенетическими «пересечениями» на уровне психо-вегетативных нарушений. К таким фоновым заболеваниям по отношению к психо-вегетативным расстройствам относятся с одной стороны психиатрические, нервные заболевания, с другой стороны – соматические. Вместе с тем, такая сравнительно более редкая патология, как спинальная травма значи-

тельно реже попадает в сферу интересов практической психиатрии, терапии, неврологии, несмотря на то, что данная патология затрагивает подчас интересы этих отраслей медицины одновременно.

В Украине пациенты с травматической болезнью спинного мозга в силу очевидной специфики лечатся преимущественно в специализированных «спинальных» центрах, ведущую роль среди которых играет СЦВКС им. Н.И.Пирогова. Именно для последнего нейротравма как основная медицинская проблема и как уникальная фоновая патология является повседневной медицинской проблематикой. Так, только в Сакском Центральном военном клиническом санатории им. Н.И.Пирогова на протяжении последних 10 лет на лечении находилось 18 тысяч 325 больных с травматической болезнью спинного мозга.

Представленные цифры, по-нашему мнению являются весомой иллюстрацией актуальности изучения возникновения, течения и лечения отдаленных последствий, осложненной травмы позвоночника, включая психо-вегетативные нарушения.

В комплексе мероприятий для психофизиологической коррекции использованы следующие лечебные мероприятия: галотерапия, акупунктура, электрофорез по Вермелю.

Каждый больной получал 12 сеансов галотерапии по 45 минут, 10 сеансов акупунктуры (использованы точки меридианов желчного пузыря, заднесрединного, трех обогревателей, мочевого пузыря, сердца), 10 сеансов электрофореза с сульфатом магния по Вермелю. Акупунктура и электрофорез чередовались через день. Данное лечебные мероприятия проводились на фоне бальнео-грязелечения и лечебной физкультуры.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 40 больных с ПСМТ различной давности: до 3-х лет включительно – 8 б-х, 4-10 лет – 18 б-х, более 10 лет – 14 б-х), различного уровня поражения: шейный – 9 б-х, грудной- 20 б-х, поясничный – 11 б-х. По шкале тяжести повреждения ASIA 28 пациентов соответствовала категории А, 7 пациентов- категории В, 4-категории С, 1 – категории D.

При исследовании психосоматического статуса 18 больных страдали алкоголизмом, 5 высказывали суицидальные мысли, 12 человек указывали на эпизоды депрессии на протяжении последних 6-ти месяцев.

Для оценки выраженности ВНС использовались тесты Спилберга-Ханина, Шихана, госпитальную шкалу тревоги и депрессии. Шкала

самооценки тревоги Шихана определяет степень тяжести тревожной симптоматики, заполняется больным, включает 35 пунктов, выявляет уровень тревоги.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) предназначена для выявления депрессивной и тревожной симптоматики. Состоит из двух субшкал, 14-ти вопросов, позволяет выявлять клинически, субклинически выраженную тревогу, норму.

Тест Спилберга-Ханина состоит из 20 вопросов. Является субъективным, позволяет выявить три уровня тревоги.

Исследования проводились при поступлении и выписке больных.

При поступлении по результатам теста Спилберга-Ханина получены следующие данные: высокий низкий уровень тревоги – у 5 больных (11%), 20 больных (50%) – с умеренным, 15 больных (39%) с низким уровнем; тест Шихана: 12 больных (30%) с низким уровнем тревоги, 17 больных (37,5%) со средним уровнем, 11 больных (32,5%) с нормальным уровнем тревоги; госпитальная шкала тревоги и депрессии: 18 больных (40,5%) с субклинически выраженной тревогой, 9 больных (22,5%) с низким уровнем тревоги, 116-х (37%) с нормальным уровнем тревоги.

При выписке тест Спилберга-Ханина: 30 больных (75%) с низким уровнем тревоги, 10 больных (25%) с умеренным уровнем; тест Шихана: 15 больных (37,5%) с умеренным уровнем тревоги, 8 больных (20%) с низким уровнем тревоги, 17 больных (42,5%) с нормальным уровнем тревоги; госпитальная шкала тревоги и депрессии: 13 больных (32,5%) с субклинически выраженной тревогой, 12 больных (30%) с низким уровнем тревоги, 15 больных (37,5%) с нормальным уровнем. Полученные данные отображены в таблице.

| Оценочный тест | Количество больных (%) | | |
|--------------------|------------------------|-----------------|-------------|
| | Уровень тревоги | При поступлении | При выписке |
| Спилберга-Ханина | высокий | 11 | 0 |
| | Умеренный | 50 | 25 |
| | Низкий | 39 | 75 |
| Шихана | Низкий | 30 | 20 |
| | Умеренный | 37,5 | 37,5 |
| | Нормальный | 32,5 | 42,5 |
| | Субклинический | 40,5 | 32,5 |
| Госпитальная шкала | Низкий | 22,5 | 30 |
| | Нормальный | 37 | 37,5 |

Сравнивая полученные результаты, выявлено, что уровень тревоги по данным каждого теста снизился.

Выводы

1. Тесты Спилберга-Ханина, Шихана, госпи-

- тальная шкала тревоги и депрессии позволяют быстро и качественно выявить уровень тревоги у данной категории больных.
2. В проанализированной группе больных с ПСМТ значительная доля пациентов имела выраженный уровень тревоги.
 3. Комплекс мероприятий из акупунктуры, галотерапии и электрофореза сульфата магния по Вермелю на этапе санаторно-курортного лечения больных с ПСМТ является эффективным средством для коррекции психо-невротических нарушений.

Литература

1. Гусев Е.Н. Неврология, 1987, Москва, "Медицина". – 195-221 с.
2. Н.Н.Яхно. Болезни нервной системы, 2003, Москва, "Медицина." – 699-758 с.
3. Г.Н.Пономаренко. Частная физиотерапия, 1996, Москва, "Медицина." – 321-325 с.
4. В.М.Боголюбов. Общая физиотерапия, 2002, Москва, "Медицина." – 223-251 с.
5. В.И.Маколкин. Внутренние болезни. – 1995, Москва, "Медицина." – 199-209 с.
6. А.И.Стахов. Психотерапия неврозов. 2003, Харьков, "Торнадо." – 204-209 с.
7. Г.Лувсан. Очерки методов восточной рефлексотерапии, 1988, Москва. – 325-341с.
8. Е.Л.Мачерет. Руководство по рефлексотерапии. 1984, Киев, "Наукова Думка". – 114-119 с.
9. Ж.Моран. Китайская акупунктура. 2005, Москва, "Valbe." – 145-148 с.
10. Собенников В.С. Соматоформные, депрессивные и тревожные расстройства. Сообщение 3. Российский психиатрический журнал, 2001, № 2. – 68-71с.
11. Смулевич А.Б. Эпидемиологическая характеристика больных с тревожно-хобическими расстройствами. Тревога и обсессии – М., 1998 г. – 96-99 с.
12. Шаманина В.М. Затяжные депрессии при эндогенных психозах. – Вопросы клиники, психопатологии, терапии. – М., 1970. – 38-40 с.

Резюме

Валіхов В.А.

ПСИХО-ФІЗИОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ УСКЛАДНЕНОЇ ТРАВМИ ХРЕБТА

Проведено аналіз результатів лікування 40 пацієнтів з віддаленими наслідками травми спинного мозку, які перебували на лікуванні в СЦВКС ім. М.І. Пирогова у 2010 р. Оцінювалися показники тривоги тестами Спілберга-Ханіна, Шихана, госпітальної шкалою тривоги і депресії. На тлі комплексного застосування акупунктури, електрофорезу з сульфатом магнію по Вермелю і галотерапії відзначалося значне зниження рівня тривоги у даних хворих.

Ключові слова: психо-невротичний синдром, наслідки травми хребта, оціночні тести.

Resume

Valihov V.

PSYCHO-PHYSIOLOGICAL ASPECTS OF THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH COMPLICATED LONG-TERM EFFECTS OF SPINAL INJURIES

The analysis of results of treatment of 40 foreheads with kept away consequences traumas back brain is carried out, were on treatment in SCMCS of N.I.Pirogov in 2010. Indicators alarm Spielberg-Khanin's by tests, Shikhan, a hospital scale alarm and depression were estimated.

Against complex application acupunctur, elektrophoresis with magnesium sulphate on Wermele and halotherapia considerable decrease in level alarm at the given patients was marked.

Key words: psycho-neurotic syndrome, the effects of spinal injuries, assessment tests.