

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА (ОШОП) С СИМПТОМАМИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

1) **Гузак А. Ю.**, 1) **Дуло Е. А.**, 2) **Кудык В. Г.**, 1) **Мальцева О. Б.**,
3) **Бабинец Н. И.**, 1) **Пацкун С. М.**

1) *Ужгородский национальный университет*

2) *Санаторий «Термал Стар»*

3) *Ужгородская городская поликлиника*

На протяжении последних десятилетий наблюдается увеличение количества больных остеохондрозом различных отделов позвоночника, которые сопровождаются и психоэмоциональными расстройствами (ПЭР). По данным отдельных исследований, эти нарушения обусловлены экологическими условиями, а также неблагоприятными изменениями социально-психологических стереотипов и ценностей в условиях кризиса и рыночных преобразований. Значительное распространение ПЭР среди людей работоспособного возраста, длительная утрата трудоспособности, — свидетельствуют о том, что это не только медицинская, но и важная социальная проблема [1, 2].

С позиций современных медицинских подходов, физическая реабилитация (ФР) при заболеваниях внутренних органов направлена на нормализацию функциональных нарушений, восстановление не только физической активности, но и ликвидацию проявлений ПЭР, когнитивных функций, а также повышение качества жизни — у больных всех возрастных категорий. Реализация этих задач зависит от индивидуализации программ восстановительного оздоровления, что позволяет, с учетом адаптационных и компенсаторных возможностей организма пациента, не только объективизировать результаты реабилитации, но и оптимизировать ее эффективность [3, 4].

Доказана эффективность использования отдельных положительных факторов термобальнеотерапии (механический, температурный, химический эффекты природной термальной кремнийсодержащей минеральной воды на ткани и отдельные анатомические структуры) как метода восстановления нарушенных функций организма при внешнем использовании в бассейне.

Под наблюдением находились 88 больных ОШОП. Обследование включало, в динамике, сбор и анализ субъективных и объективных прояв-

лений болезни, изучение функциональных и психоневрологических показателей. Использовались опросники: показателей тревожности (шкала Гамильтона (HAM-D)); шкала Спилбергера (Spielberger C. D.) в обработке Ю. Л. Ханина (STAI). Статистическая обработка результатов осуществлялась при помощи пакета программ Statistika 6,0.

Пациенты были разделены на две группы. Больные в контрольной группе (КГ) прошли курс термобальнеотерапии — пребывание в бассейне с минеральной водой при температуре 37—39 градусов Цельсия по 60 минут ежедневно. Больные в экспериментальной группе (ЭГ) прошли курс реабилитации путем выполнения специально разработанного комплекса: термобальнеотерапия аналогичная КГ и упражнения лечебной физической культуры (ЛФК). Больные прошли инструктаж и освоили технику выполнения отдельных упражнений для разнообразных мышечных групп шейного отдела позвоночника). В процессе реабилитации наряду с выполнением физических упражнений были использованы методы коррекции эмоциональной сферы в виде консультативной помощи для каждого больного с целью формирования активной позиции на выздоровление и возвращение к трудовой деятельности. Пациентам были даны разъяснения, что нормализация психического и физического состояния, смягчение чрезмерной стрессовой напряженности, активация механизмов защиты и выздоровления происходят более эффективно при заинтересованности пациента, его вере в успех; сознательном, активном участии в выработке и регулировании режима занятий физкультурой.

При поступлении на курс реабилитации в условиях поликлиники все 88 (100 %) больных жаловались на болезненность в ШОП, шейно-затылочной зоне, иногда в плечах — в покое и при движениях, наклонах и поворотах головы в стороны, дискомфорт и тугоподвижность в области шеи. При осмотре пациентов были зафиксированы: напряженность паравертебральных мышц шеи, напряженность задней группы мышц плеч и задней группы мышц шеи (табл. 1).

Как видно из таблицы, субъективные, объективные и функциональные нарушения в обеих группах были приблизительно равными.

Психоневрологические исследования подтвердили наличие у больных ОШОП умеренно выраженных симптомов и в КГ, и в ЭГ. Со слов большинства пациентов, клинические проявления ОШОП приводили в 100 % случаев в обеих группах и к нарушениям сна, и ухудшениям состояния психоэмоциональной сферы в виде эмоциональной лабильности,-

Под наблюдением находились 88 больных ОШОП. Обследование включало, в динамике, сбор и анализ субъективных и объективных проявлений болезни, изучение функциональных и психоневрологических показателей. Использовались опросники: показателей тревожности (шкала Гамильтона (HAMD); шкала Спилбергера (Spielberger C. D.) в обработке Ю. Л. Ханина (STAI). Статистическая обработка результатов осуществлялась при помощи пакета программ Statistika 6,0.

Пациенты были разделены на две группы. Больные в контрольной группе (КГ) прошли курс термобальнеотерапии — пребывание в бассейне с минеральной водой при температуре 37—39 градусов Цельсия по 60 минут ежедневно. Больные в экспериментальной группе (ЭГ) прошли курс реабилитации путем выполнения специально разработанного комплекса: термобальнеотерапия аналогичная КГ и упражнения лечебной физической культуры (ЛФК). Больные прошли инструктаж и освоили технику выполнения отдельных упражнений для разнообразных мышечных групп шейного отдела позвоночника). В процессе реабилитации наряду с выполнением физических упражнений были использованы методы коррекции эмоциональной сферы в виде консультативной помощи для каждого больного с целью формирования активной позиции на выздоровление

и возвращение к трудовой деятельности. Пациентам были даны разъяснения, что нормализация психического и физического состояния, смягчение чрезмерной стрессовой напряженности, активация механизмов защиты и выздоровления происходят более эффективно при заинтересованности пациента, его вере в успех; сознательном, активном участии в выработке и регулировании режима занятий физкультурой.

При поступлении на курс реабилитации в условиях поликлиники все 88 (100 %) больных жаловались на болезненность вШОП, шейно-затылочной зоне, иногда в плечах — в покое и при движениях, наклонах и поворотах головы в стороны, дискомфорт и тугоподвижность в области шеи. При осмотре пациентов были зафиксированы: напряженность паравертебральных мышц шеи, напряженность задней группы мышц плеч и задней группы мышц шеи (табл. 1).

Как видно из таблицы, субъективные, объективные и функциональные нарушения в обеих группах были приблизительно равными.

Психоневрологические исследования подтвердили наличие у больных ОШОП умеренно выраженных симптомов и в КГ, и в ЭГ. Со слов большинства пациентов, клинические проявления ОШОП приводили в 100 % случаев в обеих группах и к нарушениям сна, и ухудшениям состояния психоэмоциональной сферы в виде эмоциональной лабильности,-

раздражительности, невыдержанности, повышенной нервозности: от 72 % до 100 % больных отмечали общую слабость, быструю утомляемость, упадок сил (табл. 2).

Таблица 2

*Динамика психоэмоциональных расстройств у больных
ОШОП с симптомами ПЭР под влиянием реабилитации*

№ п/п	Группы	Показатели	До реабили- тации		После реа- билитации		% ис- чез- нове- ния
			Абс.	%	Абс.	%	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	КГ	Общая слабость, быстрая утомляемость, снижение энергии, упадок сил, быстрая утомляемость	23	74	6	26	74
	ЭГ		41	72	4	10	90
2	КГ	Эмоциональная лабильность, раздражительность, невыдержанность, повышенная нервозность	25	81	8	32	68
	ЭГ		46	81	6	13	87
3	КГ	Нарушения сна: чувство разбитости по утрам, отсутствие чувства отдыха и бодрости, тяжесть засыпания	31	100	14	45	65
	ЭГ		57	100	9	16	84

Использование с диагностической целью специальных опросников позволило выявить до начала реабилитации и наличие, и уровень психоэмоциональных расстройств. Эти показатели составили: по шкале Гамильтона — повышение уровня депрессии и тревоги в КГ до $13,5 \pm 1,7$ баллов, в ЭГ — до $14, 2 \pm 1,3$ баллов (норма $5,9 \pm 1,3$ баллов) (табл. 3).

По шкале Спилбергера — повышение уровня тревожности в КГ до $23,1 \pm 2,9$ баллов, в ЭГ — до $23,7 \pm 3,3$ баллов (норма $12,9 \pm 1,4$ баллов).

Важным считалось при помощи пребывания в теплой минеральной воде бассейна, приемов физической культуры и слова переключить психику больного человека от тревожного состояния, негативной установки — на выздоровление, научить пациентов руководить своими эмоциями. Это помогало снимать нервное напряжение, приводило к уравниванию

раздражительности, невыдержанности, повышенной нервозности: от 72 % до 100 % больных отмечали общую слабость, быструю утомляемость, упадок сил (табл. 2).

Таблица 2

*Динамика психоэмоциональных расстройств у больных
ОШОП с симптомами ПЭР под влиянием реабилитации*

№ п/п	Группы	Показатели	До реабили- тации		После реа- билитации		% ис- чез- нове- ния
			Абс.	%	Абс.	%	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	КГ	Общая слабость, быстрая утомляемость, снижение энергии, упадок сил, быстрая утомляемость	23	74	6	26	74
	ЭГ		41	72	4	10	90
2	КГ	Эмоциональная лабильность, раздражительность, невыдержанность, повышенная нервозность	25	81	8	32	68
	ЭГ		46	81	6	13	87
3	КГ	Нарушения сна: чувство разбитости по утрам, отсутствие чувства отдыха и бодрости, тяжесть засыпания	31	100	14	45	65
	ЭГ		57	100	9	16	84

Использование с диагностической целью специальных опросников позволило выявить до начала реабилитации и наличие, и уровень психоэмоциональных расстройств. Эти показатели составили: по шкале Гамильтона — повышение уровня депрессии и тревоги в КГ до $13,5 \pm 1,7$ баллов, в ЭГ — до $14, 2 \pm 1,3$ баллов (норма $5,9 \pm 1,3$ баллов) (табл. 3).

По шкале Спилбергера — повышение уровня тревожности в КГ до $23,1 \pm 2,9$ баллов, в ЭГ — до $23,7 \pm 3,3$ баллов (норма $12,9 \pm 1,4$ баллов).

Важным считалось при помощи пребывания в теплой минеральной воде бассейна, приемов физической культуры и слова переключить психику больного человека от тревожного состояния, негативной установки — на выздоровление, научить пациентов руководить своими эмоциями. Это помогало снимать нервное напряжение, приводило к уравниванию

мышц плеч и задней группы мышц шеи остались у 10 (32 %) больных. В ЭГ больных из вышеуказанных субъективные и объективные проявления ОШОП была отмечена только напряженность паравертебральных мышц шеи, напряженность задней группы мышц плеч и задней группы мышц шеи — у 4 (7 %) больных. Процент исчезновения признаков состава — 68 % больных в КГ и 93—100 % — в ЭГ. Аналогичная картина наблюдалась и при анализе оставшихся показателей, см. Таблицу 1.

В конце курса оздоровления наблюдалось улучшение и психоэмоциональной сферы больных: работоспособность повысилась, уменьшились общая слабость, эмоциональная лабильность, раздражительность, повышенная нервозность. Улучшился сон. При этом следует отметить более высокие показатели при использовании дифференцированного комплекса вЭГ.

Показатели оценки депрессии и тревоги (шкала Гамильтона — HAMD) уменьшились в КГ до $9,4 \pm 2,5$ балла (уменьшение на 4,1 балла), в ЭГ — до $6,3 \pm 1,0$ балла (уменьшение на 7,9 балла), см. Таблицу 2.

Показатели уровня тревожности (шкала «тревоги» Спилберга в обработке Ю. Л. Ханина — STAI) составили: в КГ — $17,7 \pm 2,1$ балла (уменьшение на 5,4 балла), в ЭГ — $14,7 \pm 1,9$ балла (уменьшение на 9,0 баллов).

Таким образом, индивидуализация приемов и методов ФР, а именно включение элементов коррекции психоэмоциональных нарушений в комплекс упражнений ЛФК для больных ОШВХ с симптомами психо-эмоциональных нарушений способствовало повышению эффективности реабилитации в условиях поликлиники. Наряду с улучшением клинико-функциональных показателей было установлено улучшение общего психоэмоционального фона, улучшению показателей качества жизни больных ОШВХ.

Литература

1. Мороз Г. З. Депресивні та тривожні розлади в терапевтичній практиці: поширеність, діагностика та лікування // *Therapia*. — № 3 (56). — 2011. — С.19—24.

2. Крадинов А. И., Черноротов В. А., Крадинова Е. А. Распространенный дегенеративно-дистрофический процесс в шейном отделе позвоночника // *Вестник физиотерапии и курортологии*. — 2012. — № 2. — С. 128—129.

3. Колесников В. В., Дробот Е. В. Остеохондроз позвоночника и психоэмоциональный статус // *Материалы юбилейной конференции, посвященной 15-летию НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН*. — Волгоград, 2000. — С. 86.

