ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРКАПНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ В КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ

А.В. Суховершин, А.В. Пантин, А.В. Подорогин

ЗАО «Санаторий «Россия», г. Белокуриха, Россия

В патогенезе невротических расстройств известна роль угнетения окислительного фосфорилирования как одной из основных причин несостоятельности защитно-адаптационных механизмов мозга при хроническом эмоциональном стрессе (Кресюн В.И., 1984).

Для лечения неврозов нами предложен инновационный метод дозированной гиперкапнической гипоксии (ГКГ), способствующий повышению устойчивости нейронов к гипоксии (Патент РФ №2365365, 09.01.2008). ГКГ создается путем дыхания газовой смесью с пониженной концентрацией O_2 и повышенной концентрацией CO_2, что способствует увеличению коллатерального резерва и скорости ауторегуляции мозгового кровообращения, повышает толерантность головного мозга к ишемии.

Цель исследования: оценка эффективности использования дозированной ГКГ в комплексе санаторно-курортного лечения больных неврозами.

Материал и методы. Обследовано 49 женщин 25-45 лет с неврастенией (F48.0). Пациентам основной группы (n=26) на фоне традиционного курортного бальнеолечения (радоновые ванны) проводились краткосрочная психотерапия и ГКГ тренировки, пациентам группы сравнения (n=23) – только психотерапия. Курс краткосрочной интегративной психотерапии: 14 сеансов аутогенной тренировки и нейролингвистического программирования.

Дозированная гиперкапническая гипоксия у пациентов основной группы создавалась путём дыхания через устройство «Карбоник» (Патент РФ № 2301081, 22.04.2005), увеличивающее дополнительный объём “мёртвого” пространства дыхательных путей до 1000 мл. В альвеолярном воздухе концентрация CO_2 составляет 6,4±0,2%, а O_2 – 13,3±0,2%. Курс ГКГ - 14 дней по 20 минут.

Оценку психоэмоционального статуса пациентов проводили с помощью Стандартизованного многофакторного опросника личности (СМОЛ), субъективных шкал астении MFI-20 и личностной тревожности Спилбергера дважды в обеих группах: до проведения курса лечения и по его окончании.

Статобработка проводилась при помощи программы “SPSS 10.0”. По результатам СМОЛ были выстроены усреднённые психологические личностные профили пациентов каждой группы. По окончании исследования изменения профилей были в равной степени выражены в обеих группах.

Результаты. Состояние общей астении до начала лечения было выявлено у 17 пациентов основной группы и у 13 - группы сравнения. После проведения курса ГКГ тренировок общая астения наблюдалась у 3 обследуемых (11,5%) основной группы. В группе сравнения в этот период времени она отмечалась у 4 пациентов (18,2%). Таким образом, в основной группе явления общей астении уменьшились у 82,4% пациентов ($p<0,05$), в группе сравнения – у 69,2% ($p<0,05$). Изменения в тестах СМОЛ и MFI-20 свидетельствовали об эффективности проводимой терапии в обеих группах, однако, не демонстрировали значимых различий между способами лечения.

Значимые различия после курса лечения между группами были отмечены по шкале Спилбергера. Уровень личностной тревожности в результате тренировок с ГКГ снизился у 1/3 пациентов основной группы, в то время как у пациентов группы сравнения он оставался прежним ($p<0,05$).

Таким образом, использование дозированной ГКГ в санаторно-курортной реабилитации пациентов, страдающих неврозами, повышает эффективность терапии. Применение дозированной ГКГ в сочетании с интегративной психотерапией в короткие сроки значимо снижает уровень личностной тревожности пациентов, что не наблюдается при использовании только психотерапии. Кроме того, сочетанное действие ГКГ и психотерапии в большей мере способствует уменьшению явлений общей астении.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОВ С БЫТОВОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Н.Д. Узлов

Березниковский филиал Пермского ГУ, Россия

Ожоговый травматизм является актуальной медицинской и социальной проблемой. В отдельную группу можно выделить бытовой ожоговый травматизм, с которым по большей части приходится иметь дело комбустиологам. Обследовано 90 больных 18-60 лет с бытовой ожоговой травмой (42 мужчин и 48 женщин), проходивших лечение в ожоговом отделении МУ «Городская больница № 1 им. академика Е.А.Вагнера» г. Березники. В качестве диагностического инструментария использовались: СМОЛ (сокращенный вариант MMPI), опросники ТОБОЛ, «Уровень субъективного контроля» Е.Ф. Бажина с соавт. Материалы психодиагностических исследований сопоставлялись с клиническими данными и результатами наблюдения. На основе изучения социально-демографических характеристик и результатов психодиагностики был составлен обобщенный психологический портрет больного с бытовой ожоговой травмой: мужчина или женщина средних лет с проблемами в личной и профессиональной жизни, нередко холост (не замужем) или разведен (-а), материально слабо обеспечен(-а), часто не имеет постоянного места работы. Отличается низким культурно-образовательным уровнем. Имеются трудности социальной адаптации, обусловленные личностными особенностями психопатического склада или явно