

УДК 616.711+611.832(-001-036.11-039.11-009

БУБЛИК Л.А., ОПРИЩЕНКО Е.В.

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета
им. М. Горького, Областная клиническая травматологическая больница, г. Донецк

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В ОСТРОМ И РАННЕМ ПЕРИОДАХ

Резюме. Проведено исследование психоэмоционального статуса у 84 больных с позвоночно-спинномозговой травмой в остром и раннем периодах болезни. Показатели тревожности оценивались с помощью теста Спилбергера — Ханина. При повреждениях спинного мозга различной степени тяжести показатели реактивной тревожности в основной группе выше, чем в контрольной. Выявлена различная реакция на травму среди мужчин и женщин в динамике острого и раннего периодов, при этом показатели у женщин были выше, чем у мужчин. Психологическая помощь является одним из важных компонентов проводимых реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: спинномозговая травма, психоэмоциональный статус, исследование, оценочный тест.

В последнее время при лечении больных, перенесших тяжелую травму, все больше внимания уделяется психоэмоциональному состоянию. По данным различных авторов, количество больных с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) составляет от 12 до 15 % всех травм и характеризуется тяжелыми медицинскими и социально-психологическими последствиями. Согласно данным Национального статистического центра спинномозговых травм США, ежегодно в мире регистрируется 240 тыс. пациентов с данным видом патологии, которая сопровождается не только нарушением функции спинного мозга и внутренних органов, но и различными психическими нарушениями из-за разрушения сложившихся в течение жизни связей, стереотипов и, как следствие, социальной дезадаптации. Несмотря на наличие доступного количества работ о реабилитации больных, перенесших ПСМТ, имеется незначительное количество сообщений, посвященных изучению психоэмоционального статуса и качества жизни в зависимости от периода течения болезни [2–4, 6].

Цель исследования — изучение психоэмоционального состояния у больных с ПСМТ в зависимости от степени тяжести повреждения позвоночника и неврологической симптоматики в раннем и промежуточном периодах развития болезни.

Материалы и методы

Нами было обследовано 84 пациента, которые находились на лечении в отделе вертебродологии НИИТО ДонНМУ им. М. Горького с 2009 по 2011 г. Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что подавляющее число пациентов (73 %) были мужчины. Возраст пациентов колебался от 15 до 70 лет, но наибольшее количество пациентов были мужчины в возрасте от 21 года до 50 лет, т.е. наиболее трудоспособного возраста.

По механизму травмы пациенты распределились следующим образом: ДТП — 21 (25 %) человек, падение с высоты — 32 (38 %), травма ныряльщика — 12 (14,28 %), шахтная травма по типу «перочинного ножа» — 14 (16,66 %), другие — 5 (5,9 %).

По уровню травмы позвоночника пациенты распределились следующим образом: шейный отдел — 27 больных, грудной отдел — 22, поясничный отдел — 35. Оперативное лечение проведено 54 пациентам, 30 больных лечились консервативно. Все пострадавшие были распределены на 2 группы. Первую группу (основная) составили 38 пациентов с повреждением позвоночника с синдромом полного или частичного нарушения про-

Таблица 1. Распределение пациентов по полу и возрасту

	До 20	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70	Всего
Мужчины	4	27	12	12	3	3	61
Женщины	2	5	4	7	4	1	23
Всего	6	32	16	19	7	4	84

водимости спинного мозга, вторую (контрольную) — 46 пациентов с тяжелыми переломами позвоночника без неврологических нарушений. Пациенты первой группы имели общую картину нарушения основных видов жизнедеятельности — передвижения и самообслуживания, второй группы — болевой синдром и соблюдали строгий постельный режим. Для оценки психоэмоционального статуса пациентов использовалась методика Спилбергера — Ханина (по С. Spielberger и соавт., 1970; Ю.Л. Ханин, 1976; И.А. Бевз, 1999). С ее помощью исследовался уровень личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ). Личностная тревожность — устойчивая, конституционная характеристика индивидуума, которая предполагает устойчивую склонность воспринимать достаточно широкий круг событий как угрожающую ситуацию и реагировать на нее состоянием тревоги [1, 5]. Реактивная тревожность — субъективно переживаемые эмоции в связи со стрессовой ситуацией, состояние может быть разным по интенсивности и динамичным во времени. Тестирование проводилось в динамике: в остром периоде (1-е — 3-и сутки — в зависимости от тяжести состояния больного) и в конце раннего периода (на 21-е сутки).

Результаты и обсуждение

У больных контрольной группы при первичном исследовании показатели реактивной тревожности (РТ1) составили $46,0 \pm 1,3$ балла ($p \leq 0,05$). При повторном исследовании на 21-й день пребывания в стационаре реактивная тревожность (РТ2) составила $42,28 \pm 1,09$ балла ($p \leq 0,05$). При этом в контрольной группе ЛТ установлена на уровне $40,78 \pm 1,30$ балла ($p \leq 0,05$). При исследовании РТ у мужчин контрольной группы получены следующие результаты: РТ1 — $44,6 \pm 1,5$, РТ2 — $43,25 \pm 1,35$, ЛТ — $38,35 \pm 1,30$; у женщин этой же группы: РТ1 — $48,16 \pm 2,66$, РТ2 — $42,30 \pm 1,88$, ЛТ — $44,55 \pm 2,46$ ($p < 0,05$).

У больных контрольной группы средний уровень тревожности коррелировал с показателями личностной тревожности. В то же время у женщин данной группы показатели реактивной тревожности были выше, чем у мужчин. При исследовании на 21-е сутки пребывания в стационаре уровень РТ снижался как у мужчин, так и у женщин ($p < 0,05$). Таким образом, тенденция к снижению уровня РТ в процессе лечения отмечена у всех пациентов, вместе с тем у женщин эти цифры были выше как при первичном, так и при повторном исследовании. Установленное нами уменьшение РТ при повторном исследовании может быть обусловлено постепенным улучшением физического состояния пациента, уменьшением болевого и вертеброгенного синдромов, отсутствием неврологических нарушений.

У пострадавших основной группы значения личностной тревожности выявлены на уровне $40,94 \pm 1,30$ балла, что незначительно и достоверно превышало аналогичный показатель в контрольной группе. При этом ЛТ от 22 до 30 баллов установлена у 10,5 % пациентов, от 31 до 45 баллов — у 57,4 % и от 45 до 59 баллов — у 31,6 %.

Показатели реактивной тревожности в динамике исследования у пациентов основной группы отмечены на

уровне: РТ1 — $48,52 \pm 1,61$ ($p \leq 0,05$), РТ2 — $48,52 \pm 1,41$ ($p \leq 0,05$), т.е. данный показатель был без изменения. У пациентов основной группы показатели РТ1 — $48,52 \pm 1,60$ ($p < 0,05$) — превышали таковые у пациентов контрольной группы — $46,00 \pm 1,39$ ($p < 0,05$). Таким образом, в первые сутки от момента травмы большинство пациентов осознает полученную травму, однако не имеет полного представления о дальнейшем течении болезни. При повторном исследовании у пациентов основной группы показатель РТ2 составил $48,52 \pm 1,40$ балла ($p < 0,05$), что статистически превышало таковой у пациентов контрольной группы — $42,28 \pm 1,09$ ($p < 0,05$). Мы считаем, что к 21-м суткам пребывания в стационаре на данные показатели оказывают влияние улучшение общего состояния больных, положительная динамика неврологических нарушений, перспектива выздоровления. У мужчин основной группы показатель РТ1 составил $47,24 \pm 1,50$ ($p \leq 0,05$), РТ2 — $47,96 \pm 1,49$ ($p \leq 0,05$), ЛТ — $39,81 \pm 1,30$ ($p \leq 0,05$). У женщин: РТ1 — $47,24 \pm 1,59$ ($p \leq 0,05$), РТ2 — $47,96 \pm 1,49$ ($p \leq 0,05$), ЛТ — $44,55 \pm 2,46$ ($p \leq 0,05$). Значения РТ1 и РТ2 у мужчин и женщин основной группы достоверно превышали значения РТ1 и РТ2 у мужчин и женщин контрольной группы. Показатели ЛТ у мужчин и у женщин достоверно незначительно отличались в обеих группах.

При исследовании РТ1 пациентов основной группы у мужчин был высокий уровень при первичном исследовании, при контрольном исследовании уровень РТ2 повышался. Показатели личностной тревожности у пациентов этой группы были на среднем уровне. У пациентов с положительной неврологической динамикой уровень РТ2 снижался до средних показателей. Присоединение осложнений со стороны мочевыделительной системы и органов дыхания приводит к ухудшению психоэмоционального состояния.

В основной группе дополнительно выделено 2 подгруппы: первую составили больные с симптоматикой полного нарушения проводимости спинного мозга, вторую — частичного. У пациентов первой подгруппы уровень РТ1 составил $49,24 \pm 1,19$ ($p < 0,05$), РТ2 — $49,60 \pm 1,83$ ($p < 0,05$), ЛТ — $40,36 \pm 1,67$ ($p < 0,05$). У пациентов второй подгруппы уровень РТ1 составил $47,15 \pm 2,21$ ($p < 0,05$), РТ2 — $46,46 \pm 2,15$ ($p < 0,05$), ЛТ — $42,07 \pm 2,07$ ($p < 0,05$). Показатели РТ1 у пациентов первой подгруппы были достоверно выше, чем у пациентов второй подгруппы. Мы связываем это с более тяжелым состоянием пациентов первой подгруппы при поступлении в клинику, наличием выраженных неврологических нарушений. При сравнении значений РТ1 и РТ2 у больных первой подгруппы основной группы не получено положительной динамики, что, по нашему мнению, связано с пониманием пациентами своего нынешнего состояния, отсутствием регресса неврологических нарушений, присоединением осложнений, что ведет к ухудшению психоэмоционального состояния. Показатели РТ1 превышают показатели РТ2 у больных второй подгруппы основной группы, что было обусловлено улучшением состояния пациентов, регрессом неврологических нарушений.

Проведенное исследование позволяет считать, что больные с повреждением позвоночника и спинного мозга требуют особого подхода и наряду с патогенетическим лечением они должны получать психологическую помощь. Такой подход в лечении будет способствовать их мотивации к проведению реабилитационных мероприятий, повышению их эффективности, социальной адаптации и улучшению качества жизни.

Выводы

1. В результате травмы позвоночника у пострадавших выявлены нарушения психоэмоционального статуса. При повреждении спинного мозга различной тяжести показатели реактивной тревожности в основной группе были выше, чем в контрольной.

2. К факторам, которые приводят к резкому ухудшению психоэмоционального статуса, относятся развитие осложнений со стороны мочевыделительной системы и дыхательные нарушения.

3. Выявлена различная реакция на травму среди мужчин и женщин в динамике острого и раннего периодов, при этом показатели у женщин были выше, чем у мужчин.

4. Оказание психологической помощи является одним из компонентов проведения эффективных реабилитационных мероприятий.

Бублік Л.О., Оприщенко О.В.

НДІ травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, Обласна клінічна травматологічна лікарня, м. Донецьк

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ ІЗ ХРЕБТОВО-СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ В ГОСТРОМУ ТА РАНЬОМУ ПЕРІОДАХ

Резюме. Проведено дослідження психоемоційного статусу в 84 хворих із хребтотно-спинномозковою травмою в гострому та ранньому періодах хвороби. Показники тривожності оцінювались за допомогою тесту Спілберґера — Ханіна. При пошкодженнях спинного мозку різного ступеня тяжкості показники реактивної тривожності в основній групі вищі, ніж у контрольній. Виявлена різна реакція на травму серед чоловіків і жінок у динаміці гострого та раннього періодів, при цьому показники в жінок вищі, ніж у чоловіків. Психологічна допомога є одним із важливих компонентів реабілітаційних заходів.

Ключові слова: спинномозкова травма, психоемоційний статус, дослідження, оціночний тест.

Список литературы

1. Белова А.Н., Щенетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Белова А.Н., Щенетова О.Н. — М.: Антидор, 2002. — 440 с.
2. Еремеев Ю.А., Джангильдин Ю.Т., Кочетков А.В., Куликов М.П. Клинико-психологические особенности больных с травматической болезнью спинного мозга // Труды X Международной конференции «АСВОМЕД-2008» «Современные технологии восстановительной медицины». — М., 2008. — С. 68-69.
3. Лукутина А.И. Психические нарушения у пациентов с травмой опорно-двигательного аппарата: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М.: МГМСУ, 2008. — 23 с.
4. Кокоткина Л.В., Цыганков Б.Д., Кочетков А.В., Добровольская Ю.В. Современные особенности медико-психологической реабилитации больных с травматической болезнью спинного мозга // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. М. Бехтерева. — 2008. — № 2. — С. 51-57.
5. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д Спилберґера. — Л.: ЛНИИТЕК, 1976.
6. Villanueva P., Patchen S.J., Green B.A. Spinal cord injury: An ICU challenge for the 1990's // The High Risk Patient: Management of the Critically. — Philadelphia: Lea Febiger, 1994. — P. 146-159.

Получено 08.04.12 □

Bublik L.A., Oprischenko Ye.V.

R&D Institute of Traumatology and Orthopedics of Donetsk National Medical University named after M. Gorky Regional Clinical Trauma Hospital, Donetsk, Ukraine

STUDY OF PSYCHOEMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH VERTEBRAL-SPINAL INJURY IN ACUTE AND EARLY PERIODS

Summary. There was carried out the study of psychoemotional state of 84 patients with vertebral-spinal injury in acute and early periods of the disease. Anxiety indices were assessed using Spielberger — Hanin inventory. In spinal injuries of various severity the indices of reactive anxiety were higher in main group than in control one. Different response to trauma was observed among men and women in the dynamics of acute and early periods, while the indices in women were higher than in men. Psychological care is an important component of rehabilitation measures.

Key words: spinal trauma, psychoemotional state, research, evaluative test.