

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 $6,4 \pm 0,2\%$, а O_2 – $13,3 \pm 0,2\%$. 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 построены 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 значительно 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

акцентуированного характера, часто возбудимого типа. Пациента отличает завышенная самооценка, легкость в принятии решений, отсутствие разборчивости в контактах, бесцеремонность поведения, снисходительное отношение к своим промахам и недостаткам, легко возникающие эмоциональные всплески с быстрой отходчивостью, непостоянство в привязанностях. Не склонен контролировать события своей жизни, считая, что от него лично мало что зависит (экстернал), в ряде случаев фаталист. Уклоняется от принятия личной ответственности, в том числе и в отношении своего здоровья. Высокая потребность в алкоголизации как средству снятия напряжения, высоко вероятно наличие зависимости от алкоголя. В большинстве случаев получает ожоги не по неосторожности, а «по глупости» - в ситуации бытовой ссоры, алкогольного опьянения, засыпания с непотушенной сигаретой и др. Ожоговая травма заостряет черты характера, выявляет «проблемные зоны» у пациентов, однако в силу причин медицинского характера они вынуждены сдерживать себя, подчиняться требованиям медперсонала. Их отношение к болезни характеризуется широким спектром, однако доминирующими типами отношения к болезни у мужчин является эгоцентрический, а у женщин – тревожный и сенситивный типы реакций. Эгоцентрический тип реагирования характерен для пациентов с нарушениями социальной адаптации (одиноких, не имеющих семьи и работы и др.), который на поведенческом уровне проявляет себя рентными установками, «уходом в болезнь», в ряде случаев – аггравацией симптоматики. Для таких пациентов процесс лечения и пребывание в ожоговом стационаре является компенсаторным способом получения внимания и заботы, которых они, по-видимому, лишены в обычной жизни. Для женщин характерны такие личностные особенности, как обидчивость, ранимость, аффективная ригидность. Они также отличаются низкой способностью устанавливать устойчивые партнерские отношения, не способны к глубокой любви и привязанности, предпочитая поверхностные контакты, от чего бессознательно глубоко страдают. Ожоговая травма является для них в ряде случаев своеобразным самонаказанием за тот образ жизни, который они ведут.

Описанный профиль оказался релевантен характеристикам, которые дали своим больным персонал ожогового отделения. Ценность проведенной работы заключается, на наш взгляд, тем, что она отвечает на вопрос «почему они такие?», «что лежит в основе их поведения?», т.е. раскрывает с научной точки зрения психологию больных с ожоговыми травмами. Такие знания медицинским работникам, безусловно, необходимы, т.к. правильное понимание психологических особенностей ожоговых больных позволяет избежать возникающих в ходе лечебного процесса конфликтов, построить адекватную тактику общения с данным контингентом, включить пациентов в систему лечебно-реабилитационных мероприятий, составной частью которой должна быть психотерапевтическая составляющая.

ПСИХОТЕРАПИЯ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ СТРЕССОГЕННОЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

С.А. Шевцов, А.В. Смекалкина, С.А. Божко, А.В. Гресс, А.А. Сырысева

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, г.Москва, Россия

E-mail авторов: 7916@bk.ru

В последние годы отмечается устойчивый рост числа стрессогенных депрессивных состояний непсихотического уровня (minor depressive disorder). Учитывая же общую тенденцию роста аффективной и психосоматической патологии, выявляемость этого вида психопатологических расстройств с годами будет только расти (Ernst E., Lee M.S., Choi T.Y. (2010), Смулевич А.Б. (2010), Антропов Ю.Ф., (2002, 2010)).

Целью работы было изучение эффективности рефлексотерапии и психотерапии при непсихотической психогенной депрессии.

Материал и методы. В нашем исследовании длительность исследования вышеуказанных методов нелекарственного лечения для 65 больных в возрасте 12-25 лет с диагнозами по МКБ-10: расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция, составила 28 дней. У всех пациентов имелись также симптомы психовегетативных нарушений (от 1 до 4). За время исследования каждого больного обследовали по тесту Цунга, шкале Гамильтона (HAMD-17) и по шкале общего клинического впечатления (CGI). Больные были разделены на две группы: основная – 34 пациента, где применялась психотерапия одновременно со стандартной рефлексотерапией и контрольная – 31 пациент, где использовалась только стандартная рефлексотерапия непсихотической депрессии.

Краткосрочная интегративная психотерапия применялась в виде методов: когнитивно-поведенческой, суггестивной терапии, аутогенной тренировки. Рефлексотерапия проводилась по стандартным правилам акупунктуры и акупрессуры. Курс лечения состоял из 10 сеансов иглоукалывания и точечного массажа в специфические активные корпоральные и Су-джок (микроакупунктурные) точки.

Результаты. К четвертой неделе терапии были выявлены достоверные различия в эффективности лечения между основной и контрольной группами, кроме показателя «умеренного улучшения» депрессивной симптоматики. «Выраженное улучшение» наблюдалось у 73,5% пациентов в основной и только в 25,8% случаев в контрольной группе. И, напротив, «незначительное улучшение» выявилось у 35,5% пациентов в контрольной группе, тогда как в основной группе больные с данной невыраженной динамикой терапии полностью отсутствовали.

Заключение. Полученные в данном исследовании результаты исследования свидетельствуют о достоверно ($p < 0,01$) большей эффективности стандартной рефлексотерапии в сочетании с краткосрочной интегративной психотерапией в основной группе по сравнению с контрольной группой (только рефлексотера-