

Рис. 4. Тромб в нижней полой вене (указан стрелкой). При РКТ просвет нижней полой вены (А), сдавленной увеличенными забрюшинными лимфоузлами, не определяется. МРТ (В) позволяет определить положение нижней полой вены

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования трехмерной реконструкции по данным РКТ и/или МРТ на предоперационном этапе.

Литература

1. Аляев Ю.Г. и др. Опухоль почки. М.– ГЭОТАР-МЕД.– 2002.– 56 с.
2. Аляев Ю.Г. и др. // Мед. визуализация.– 2003.– №2.– С. 33–38.
3. Аляев Ю.Г. и др. // Мед. визуализация.– 2005.– № 6.– С. 75–79.
4. Васильев А.Ю. и др. // Мед. визуализация.– 2004.– №4.– С. 64–69.
5. Манагадзе Л.Г. и др. Оперативная урология. Классика и новации: рук-во для врачей.– М.: Медицина.– 2003.– 740 с.
6. Теодорович О.В. и др. // Мед. визуализация.– 2005.– № 1.– С. 55–61.
7. Терновой С.К. и др. // Мед. визуализация.– 2001.– № 2.– С. 72–77.
8. Ascenti G. et al. // AJR Am J Roentgenol.– 2004.– 182(6) – P.1525–1530.

УДК 616-009.17; 616.8-009.17

САНАТОРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ХАРАКТЕРИСТИК ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (В ВИДЕ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИИ) ИЛИ НЕВРАСТЕНИИ

С.М. ИВЛЕВ*

Ключевые слова: санаторная коррекция, дисфункция

В публикациях последних 5-7 лет отсутствует различие методических подходов к использованию природных и преформированных физических курортных факторов при восстановительном лечении пациентов с нейроциркуляторной астенией и неврастениями [1, 2]. Это инициировало проведение реабилитации этих больных на базе ряда ЛПУ и санаториев Черноморского побережья Краснодарского края в сочетании с авторскими модификациями мануальной, талассо- и бальнеотерапии, когда наш анализ психоэмоционального статуса выявил пострелиабилитационную суммарную коррекцию у 87,8% ($p < 0,05$) пациентов.

В структуре первичной обращаемости больных нейроциркуляторными астениями и неврастениями в ЛПУ составляют соответственно 21,8% и 24,2%, достигая (за последние 5 лет) 18,7-19,5 случаев на 100 000 населения [3].

Цель исследования – обоснование мультиатрибутивного задействования инновационных приемов талассо-, бальнеотерапии на фоне аппаратных процедур обратной биологической связи (БОС-тренинг) больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы или неврастениями (в рамках преемственной деятельности профильных учреждений здравоохранения и санаториев Южного федерального округа).

Материалы и методы. Единичными исследования методом непреднамеренного отбора в период 2003-2008 годов были определены следующие рандомизированные группы пациентов, проходившие по авторским методикам восстановительное лечение: а) в санаториях Лазаревского района курорта Сочи «Тихий Дон», «Морская звезда» и геленджикского санатория «Вулан» ($n=279$ больных с нейроциркуляторной астенией; $n=278$ больных

с неврастениями); б) пациенты ($n=280$), проходившие поликлинический этап ординарного медикаментозного лечения при МУЗ г. Сочи «Горбольница №1» (пос. Лазаревское). При этом бальнеотерапия применялась в виде общих ванн из природных минеральных источников (скважина 84-М Волконского месторождения) при $t=37-38^{\circ}\text{C}$, длительностью 6-8-10-12-15-20 минут с нарастающим итогом, через день, 10-12 ванн на курс. Питьевая гидрокарбонатно-хлоридная натриевая щелочная борно-фтористая природная минеральная лечебная вода «Лазаревская» назначалась в установочный период (3-5 дней) по 150-170 мл 3 раза в день за 1-1,5 часа до еды. Через 3-5 дней (при хорошей индивидуальной переносимости этой минеральной воды при $t=20-22^{\circ}\text{C}$) количество ее увеличивалось по следующей схеме: утром – до 150 мл; перед обедом – до 200 мл; перед ужином – вновь до 150 мл. К концу курса лечения (18-19 день) объем принимаемой воды уменьшался до 400 мл.

Персональная психотерапия по методу Б.Д. Карвасарского [4] проводилась с больными в форме групповых и индивидуальных бесед с помощью разъяснения, убеждения, внушения. Курс лечения 10-12 занятий длительностью от 30 мин до 1 часа. Упражнения ЛФК проводились по методикам Н.Г. Старосельцевой (2000). Применялись модификации БОС-тренинга на аппаратно-программном комплексе «Биосвязь» (сертификат соответствия РОСС RU.ME20/B025 31 от 24.06.02): выработка диафрагмально-релаксационного типа дыхания с максимальной величиной дыхательной аритмии сердца (ДАС-БОС); релаксация скелетной мускулатуры, сопровождающаяся психоэмоциональной релаксацией, с использованием БОС по электромиограмме (ЭМГ-БОС); методика ЭМГ-БОС по Джекобсону, формула которой сводится к расслаблению различных групп мышц, после их максимального сокращения; перестройка ритмической структуры электроэнцефалограммы (ЭЭГ-БОС).

Мануальная терапия в сочетании с массажем воротниковой зоны проводилась по методикам В.В. Барташевича (2001). Поскольку наблюдаемые пациенты являлись постоянными жителями курорта Сочи, т.е. были адаптированы к климатическим особенностям названной рекреационной зоны, автору пришлось корректировать (в сторону увеличения) стандартно применяемые экспозицию, очередность, кратность, последовательность, сезонность и другие параметры использования талассопроцедур для этих больных. В санаториях, расположенных в пересеченной и горной местностях, назначалась такая форма упражнений, как терренкур – лечение дозированным восхождением под разным углом подъема (от 3° до 15° и более). Ближний туризм в теплое время года рекомендовался практически всем наблюдаемым лицам. Из многих форм спортивных упражнений наблюдаемым больным, особенно среднего и пожилого возраста, назначались упражнения с умеренной, хотя и длительной физической нагрузкой на организм (ходьба, езда на велосипеде, гребля, плавание) и менее подвижные игры (городки, крокет, кегельбан и др.). Гребля дозировалась по числу гребков в минуту (от 10 до 20) и по времени. Вначале назначалась гребля длительностью 10-15 минут. Общая длительность гребли составляла от 20-30 мин до 1 ч. Лечебная гимнастика в бассейне с $t=26-36^{\circ}\text{C}$ воды и длительностью 20-40 мин с успехом применялась при лечении в здравницах клинических проявлений названных расстройств (F 45.3; F 48.0 по МКБ-X). В контроле на поликлиническом этапе лечились только с помощью стандартных схем медикаментозной терапии.

Результаты. Под влиянием восстановительного лечения в здравницах-базах исследования на курорте Сочи наблюдались позитивные изменения психофизиологических показателей у лиц с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы или неврастениями (F 45.3 и F 48.0 по МКБ-X), что отражает рис. 1, составленный на базе использования теста MMPI.

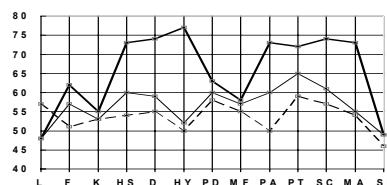


Рис. 1. Усредненные показатели профиля личности (тест MMPI) у больных 3-х групп наблюдения в ЛПУ и здравницах: — больные (F 45.3 и F 48.0 по МКБ-X) до лечения; - эти же больные ($n=557$, $p<0,05$) после лечения; — контрольная группа ($n=280$, $p<0,05$)

* Научно-исследовательский Центр курортологии и реабилитации (г. Сочи) ФМБА

Изучение индивидуально-личностных особенностей у больных до начала лечения показало, что у них имеется тенденция к смешанному типу реагирования (рис. 1). У этих больных имело место сочетание гипо- и гиперстенического типа реагирования. При этом высокая потребность к самореализации сочеталась с высоким самоконтролем и тенденцией к сдерживанию поведенческих реакций. Для изучаемых больных характерно повышенное психоэмоциональное напряжение: постоянное сдерживание эмоций ведет к общему перенапряжению и развитию психосоматической дизадаптации. Пик по 3-й шкале теста ММРП (НУ) говорит о повышенной нервозности, эмоциональной лабильности, слезливости и избыточной драматизации событий. Для этих больных до лечения была характерна повышенная тревожность, склонность к переживанию и «застреванию» на собственных проблемах. В основной группе больных (по сравнению с группой контроля) достоверно были выше значения по шкалам D (депрессия) и HS (ипохондрическая фиксация), что свидетельствовало о выраженном депрессивном состоянии основной группы наблюдаемых больных.

Увеличение показателей профиля личности также наблюдалось по PD (психопатические отклонения), PA (паранойальные реакции), склонности к психастеническим реакциям (пик по шкале PT), выраженная индивидуалистичность мышления (пик по шкале SC) и эмоциональная импульсивность (пик по шкале MA). По сравнению с контролем в основной группе больных отмечалось увеличение значений по шкалам «ипохондрическая фиксация» (HS), «склонность к истероидным реакциям» (НУ), «склонность к депрессивным реакциям» (D), а также психастеничность (PT), индивидуалистичность (SC) и гипомания (MA).

При оценке (до и после лечения) индивидуально-личностных особенностей изучаемых больных по методике СМЛП (тест ММРП), установлено, что для них характерны высокие показатели 2-й шкалы (депрессия), сочетающиеся со значительным повышением 1-й (сверхконтроль) и 3-й (эмоциональная лабильность). Это свидетельствует о выраженном эмоциональном дискомфорте, сниженном настроении с неуверенностью в себе, чувстве несчастья, заниженной самооценке (до лечения). Одновременное повышение показателей по 7-й (тревожность) и 8-й (индивидуалистичность) шкалам говорит о постоянном напряжении, трудностях адаптации хронического характера, что связано с невротическим развитием личности у этих больных. Наибольшее значение имеет 9-я шкала (гипомания), что говорит о нарушении эмоционального контроля и импульсивности.

По данным теста ММРП, в группе больных (F 45.3) с нейроциркуляторной астенией по сравнению с контролем определяются увеличенные значения по невротической триаде шкал (HS, D, p<0,05; НУ, p<0,001) и пики по шкалам PA (p<0,001) и MA (p<0,05), что указывает на депрессивные проявления у этих лиц даже после лечения. Сравнение показателей в группе больных F 45.3 (n=279) и больных F 48.0 (n=278) показало, что для больных 2-й группы характерны более высокие значения по шкалам D (склонность к депрессивным реакциям) (p<0,05) и PA (склонность к паранойальным реакциям) (p<0,05). При оценке индивидуально-личностных особенностей больных F 45.3 отмечаются достоверно большие значения по невротической триаде шкал (HS, D, НУ, p<0,001), чем в группе контроля, что свидетельствует (до лечения) о депрессивном состоянии, снижении настроения с неуверенностью в себе, заниженной самооценке. У этих больных характерно повышение профиля ММРП по шкалам PT (тревожность), SC (индивидуалистичность) (p<0,001). Эти изменения указывают на наличие постоянного напряжения и трудностей в адаптации у больных F 45.3 (в основном с кардиальным неврозом), а повышение показателя по шкале MA (гипомания) (p<0,001) говорит об эмоциональной импульсивности у этих больных. В группе больных с нейроциркуляторной астенией, по сравнению с контролем, выявлено резкое повышение уровня значений по шкалам невротической триады (D, НУ, HS, p<0,001), и по шкале MF (p<0,001). Значения по шкалам: склонность к психастеническим реакциям (p<0,001), индивидуалистичность и гипомания (p<0,001) – достоверно были выше в этой группе больных, чем в группе контроля. Позитивная динамика ряда клинико-функциональных характеристик, определяемая у наблюдаемого контингента больных (F 45.3 и F 48.0 по МКБ-X) с помощью теста «САН» (рис. 2).

При поступлении на базы исследования показатели реактивной тревожности этих больных были равны 48,91±0, 32

усл.ед. При выписке величина этих показателей снизилась до 44,72±0,35 усл.ед. При этом после соматического выздоровления у больных не нормализовался психофизиологический статус. Только через месяц после лечения показатели реактивной тревожности снижались до среднего уровня и составляли 42,43±0,38 усл.ед. Через год после курса терапии величина показателей реактивной тревожности снизилась до 40,68±0,33 усл.ед.

Сравнение показателей теста Люшера в основной группе больных до лечения и в группе контроля выявило статистически значимые отличия по показателям тонуса вегетативной нервной системы (p<0,001), стрессового состояния (p<0,05), тревожности (p<0,05), отклонения от аутогенной и общей нормы (p<0,05; p<0,001 соответственно). При сравнении показателей теста Люшера в основной группе больных (F 45.3 и F 48.0 по МКБ-X, n=557, p<0,05) выявлен рост отклонения от общей нормы как при до лечения, так и после лечения тестирования. В этой группе больных выявлены высокие значения концентричности (p<0,05), что ещё раз подтверждает высокую степень сосредоточенности этих больных на своих внутренних проблемах.

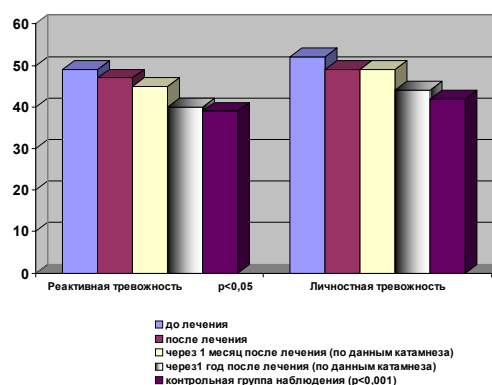


Рис. 2. Динамика реактивной и личностной тревожности у больных до и после лечения

Выводы. Реабилитация больных с диагнозом соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (в виде нейроциркуляторной астении) или неврастении особенно эффективна, когда основными ингредиентами системных мероприятий восстановительного лечения этого контингента пациентов в здравницах лазаревского и геленджикского курортов черноморского побережья Кубани являются: а) модифицированные методики назначения тёплых, индифферентных, прохладных воздушных ванн (сухих, влажных, сырых), включая слабо-, средне- или сильнодинамичные, а также гелиопроцедур в зависимости от напряжения солнечной радиации; б) бальнеотерапия в виде общих минеральных ванн (t°=37-38°C, 10-15-20 минут по нарастающей, N 10-12 ч/день на курс лечения) природных источников Волконского месторождения (скважина №11М Солоники и скважина №84М); в) оптимизация психоэмоционального статуса с помощью (БОС-тренинга на аппаратно-программном комплексе «Биосвязь», Санкт-Петербург); и др.

Предложенная автором методология сочетания форм немедикаментозного воздействия при санаторно-курортной реабилитации упомянутых больных с подтверждается тем, что за период 2003-2008 годов из здравниц лазаревского и геленджикского курортов 12,3% больных с названной патологией были выписаны со значительным улучшением и 84,5% пациентов с улучшением объективных показателей здоровья и субъективного самочувствия, а в контрольной группе на поликлиническом этапе лечения (с применением только стандартных схем медикаментозной терапии) подобные показатели оказались в 1,9 раза ниже.

Литература

1. Мамиев С.Н. и др.// Проблемы и перспективы санаторно-курортного лечения в здравницах России: Мат-лы IV междунар. науч.-практ. конф. – Дагомыс, 2003. – С.35.
2. Пасюкевич В.В. и др.// Биол. обратная связь. – 1999. – №2. – С. 40–47.
3. Стародубов В.И., Соболева Н.П. // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 1(60). – С. 5–11.
4. Карвасарский Б.Д. // Вопросы психиатрии и медицинской психологии. – 2002. – №4. – С.112–114.