

ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ, ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У РАНЕННЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

УДК 615.85-615.86

Бурлак А.М.: заведующий отделением традиционной медицины, к.п.н.;**Юдин В.Е.:** начальник филиала, доцент, к.м.н.;**Дыбов М.Д.:** заведующий лабораторией медикопсихологических исследований, к.м.н.;**Лямин М.В.:** заведующий психиатрическим отделением, к.м.н.

Филиал № 2 ФБУ «3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого Минобороны России», г. Москва

Аннотация

В статье рассматриваются особенности психологических изменений, выявленных у 534 раненых с дорсопатиями при боевой травме верхних конечностей на позднем госпитальном этапе медицинской реабилитации в сроки от 1,5 до 2 лет после ранений. У 374 (70%) раненых выявлены депрессивные реакции, проявляющиеся подавленным настроением, элементами агрессивности, моторной заторможенности, либо в виде скрытой депрессии. Состояние психоэмоциональной сферы у раненых, получивших боевую травму, определяется ресурсными возможностями организма и уровнем адаптационного потенциала и имеет существенное значение при формировании положительных мотивационных установок на реабилитационные мероприятия.

Введение

Психологическая картина изменений, выявленная у раненых с боевой травмой верхних конечностей, имеет существенное значение при формировании реабилитационной программы входящей в состав комплексного восстановительного лечения [1,2,3,5,7,8,9,10]. Состояние психоэмоциональной сферы у данной категории пациентов оказывает существенное влияние при установлении психологического контакта, необходимого для реализации реабилитационных программ на поздних этапах медицинской реабилитации [12,15,18]. Негативное воздействие на психоэмоциональное состояние оказывает наличие боевой травмы, болевого синдрома, двигательные и чувствительные нарушения со стороны поврежденной верхней конечности, а также осложнения со стороны других органов и систем организма, которые в значительной степени затрудняют процесс возвращения личного состава к полноценному исполнению служебных обязанностей. К числу таких проблем относятся повышение уровня тревожности, агрессивности, возникновение фрустрационных состояний [2,3,4,5]. Процесс восстановительного лечения осложняется дорсопатиями – заболеваниями костно-мышечной системы с болевым синдромом в туловище и конечностях невисцеральной этиологии [1,16,17]. По данным различных авторов, боль в спине различной интенсивности испытывают в течение жизни от 45 до 95% людей. Травмы верхних конечностей способствуют проявлению скрытой предрасположенности к дорсопатиям [3,4,5,6,7]. С учетом этих факторов коррекция психоэмоциональных нарушений раненых получивших боевую травму верхней конечности играет немаловажную роль в процессе восстановитель-

ного лечения. Способность методов восстановительного лечения влиять на возбудимые и тормозные процессы, уравнивая их соотношение, восстанавливая их подвижность, вызывая снижение уровня болевого синдрома, что, в свою очередь, благоприятно воздействует на психоэмоциональную сферу раненых [1,2,3,5,9]. Совокупное влияние методов восстановительного лечения на структурно-функциональную целостность и деятельность поврежденных структур зависит от сочетания различных причин, в основном, от функционального состояния организма и возможности адаптации. При этом адаптационные ресурсы организма проявляются в двух основных аспектах как в статическом, определяемом наследственным фактором, уровнем адаптации, устойчивости организма к условиям окружающей среды, так и в динамическом, отражающем способность организма приспособиться к изменяющимся условиям среды, формирующемся под воздействием внешних параметров, в том числе, сочетания факторов, входящих в методы восстановительного лечения [3,4,5,16,17].

Цель исследования

Оценить состояние психоэмоционального статуса у раненых с дорсопатиями при боевой травме верхних конечностей на позднем госпитальном этапе медицинской реабилитации.

Материал и методы

Исследования проводились с участием 534 раненых (возраст $35 \pm 12,7$ лет, рост $174 \pm 11,5$ см, вес $74,8 \pm 7,3$ кг), которые поступили в реабилитационный центр для лечения последствий боевой травмы верхних конечностей. Большинство пациентов были военнослужащими контрактной службы (рядовые и сержанты) – 89% от всех пострадавших, значительно меньше встречались среди них военнослужащие срочной службы – 6%, и офицеры – 5%. Возраст пациентов у 88,8% не превышал 30 лет. Остальные военнослужащие (11,2%) находились в возрастной категории 31-46 лет (рис.1).

Частота поражений правой (51,9%) и левой верхней конечности (49,1%) у обследованного контингента практически не различались. Большинство пациентов (63,6%) указывали на многолетнее курение. Бытовая, пищевая, медикаментозная, пыльцевая сенсibilизация выявлена у 6,7% обследованных. Из сопутствующих заболеваний часто (в 12,9% случаев) выявляли очаги хронической инфекции в области верхних дыхательных путей, заболевания костно-мышечной и периферической нервной системы -17,3%, патологию желудочно-кишечного трак-



Рис. 1. Структура различных категорий военнослужащих, проходивших лечение в связи с последствиями боевой травмы верхних конечностей.

та – 13,5%, мочеполовой системы – 7,9%, заболевания органов кровообращения – 5,3%, щитовидной железы – 3,1%.

У всех военнослужащих с последствиями боевой травмы верхней конечности были установлены нарушения со стороны позвоночника. В соответствии с принятой Международной классификацией болезней и причин с ним связанных десятого пересмотра (МКБ-10) у 55% верифицирована спондилопатия. При этом у 17% имел место спондилез с радикулопатией, у 23% спондилез без миелопатии и радикулопатии, у 27% деформирующая дорсопатия, у 10% дегенерация межпозвоночных дисков (другие дорсопатии) и у 8% дорсалгия.

Психологическое обследование проводилось на основе методик САН и МИЛ [8,9,11]. Методика многостороннего исследования личности (МИЛ) являлась результатом одной из русскоязычных адаптаций известной методики MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) [8,9,11]. Методика применяется для исследования больших контингентов с целью выявления групп повышенного риска в отношении возникновения психических и психосоматических нарушений, особенно в условиях эмоционального напряжения или деятельности, предъявляющей повышенные требования к психической устойчивости [8,9,11]. Тест оценивает индивидуальные особенности личности, наличие акцентуаций характера по трем оценочным и десяти основным шкалам.

В процессе работы произвели изучение психоэмоционального состояния, выявление частоты и особенностей вертеброгенных осложнений у раненых с последствиями боевой травмы верхних конечностей, рассмотрение развития нарушений функционально-морфологического состояния позвоночного столба у данной категории военнослужащих. Мы основывались на клиническом подходе, проанализировали жалобы и анамнез, истории болезней, отчеты ВВК. Для решения поставленных задач пациентам помимо общеклинического обследования, включающего анализы крови и мочи, стандартную ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, рентгенографию позвоночника, измерения артериального давления, проводили специальные методы исследования. Мануально-терапевтическое исследование проводилось с целью изучения тонуса мышц плечевого пояса, «туннельных» невропатий, биомеханически значимых изменений со стороны шейно-грудного отдела позвоночника и кранио-вертебральной зоны, оказывающих влияние на состояние мозгового кровотока.

Результаты и обсуждение.

Проведенное обследование выявило многоуровневые биомеханические изменения со стороны опорно-двигательной системы, которые проявлялись нарушениями осанки (в том числе кифотической и сколиотической установки). Результаты изучения ответной реакции периферических сосудов на холодовую раздражитель, зарегистрированный у 55 раненых, свидетельствовали о преобладании лиц с удлинением времени восстановления кожной температуры до её исходного уровня; это доказывает наличие прессорной реакции с участием симпатической нервной системы.

При клинко-психологическом обследовании военнослужащих с последствиями боевой травмы верхних конечностей в 70% (374 пациентов) наблюдений были выявлены устойчивые изменения в психоэмоциональной сфере. В целом для этого контингента характерны сниженность настроения, угнетенность, склонность к опасениям за исход заболевания. При всей общности психологических феноменов, в данной группе можно выделить два характерных типа расстройств – с ведущим аффективным компонентом (в 18,6% наблюдений – 99 человек) и астеническим симптомокомплексом (58,8% – 314 больных).

У 11,4% (61 обследуемый) в случае дебюта или редкого рецидивирования (раз в 2-3 года) вертеброгенных болей преимущественно рефлекторно-мышечного генеза, в клинической картине значительное место занимала тревога, внутренняя напряженность, с нерезкими депрессивными тенденциями. В 8,6% (46 наблюдений), при затяжном течении заболевания, нередко с выраженными статико-динамическими расстройствами, отмечалось формирование депрессивных реакций, проявляющихся подавленным настроением, элементами интеллектуальной и моторной заторможенности, либо в виде скрытой депрессии. Большинство больных (87,6% – 468 пациентов) с тревожными реакциями предъявляли жалобы на умеренную выраженность болевых ощущений, пациенты же с депрессивными реакциями отмечали высокую интенсивность алгий в период обострения. При этом прослеживались затруднения в сенсорной оценке боли и невозможность ее четкого описания.

Типичный профиль теста МИЛ пациентов с тревожными реакциями характеризовался ведущим пиком по II (в пределах 70 Т-баллов) и менее выраженным – по VII шкале (рис.2) что подтверждало утверждение об опасениях за свое здоровье.

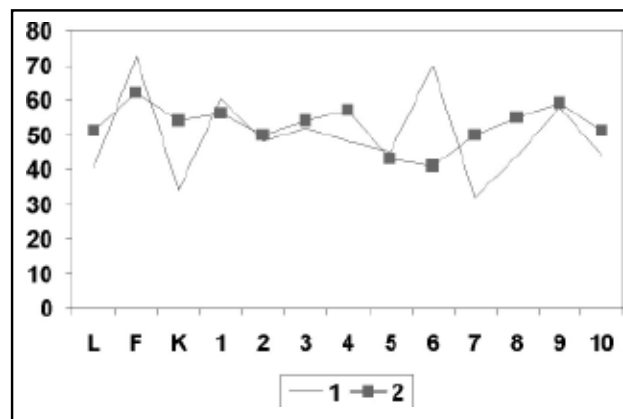


Рис. 2. Профиль теста МИЛ больных с аффективными реакциями на фоне последствий боевой травмы верхних конечностей

Примечание: 1 – при тревожных, 2 – при депрессивных реакциях. По оси абсцисс – шкалы теста МИЛ; по оси ординат – их выраженность в Т-баллах. * p<0,05.

Близкий тип профиля отмечался при депрессивной симптоматике: подъем по II (выше 80 Т-баллов) и VII-VIII шкалам при снижении IX шкалы отражал психастенический тип реагирования, с преувеличением тяжести состояния и элементами «умственной жвачки», при этом наблюдались более выраженные пики.

Представленные данные коррелировали с результатами анализа теста САН: если для пациентов с тревожными реакциями было характерно умеренное снижение показателей «самочувствия», то у больных с депрессивными реакциями, при сходном соотношении шкал, отмечалось значительное их падение (рис. 3.).

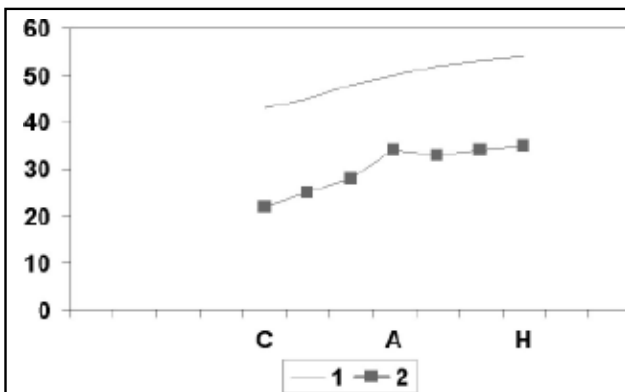


Рис. 3. Типичный профиль теста САН больных с аффективными реакциями на фоне последствий боевой травмы верхних конечностей.

Примечание: 1 и 2 – варианты профиля: 1- при тревожных, 2 – при депрессивных реакциях. По оси абсцисс – шкалы САН; по оси ординат выраженность в условных единицах. * показано различие параметров относительно значений нормы, $p < 0,05$.

В 58,8% (314 наблюдений) на фоне клинических проявлений остеохондроза прослеживались различные фазы астении, проявляющиеся расстройствами в виде раздражительной слабости (ирритации и быстрого спада эмоционально-волевого контроля) и соматопсихических проявлений, в том числе и непереносимости обычных нагрузок.

Выявляемый графически умеренный подъем по I шкале профиля теста МИЛ свидетельствовал о «сверхконтроле» за своим состоянием. В 17,1% (91 пациент) отмечался выраженный пик по VI шкале (рис.4).

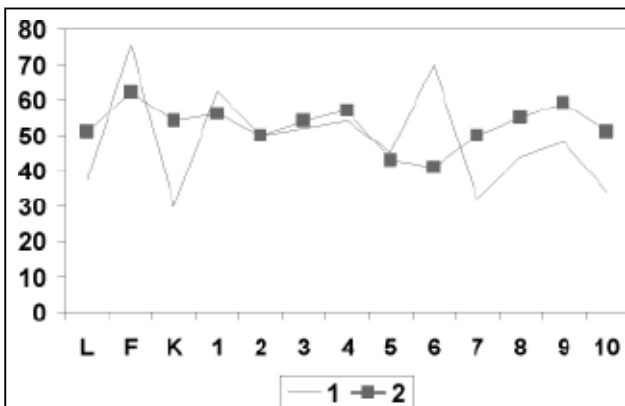


Рис. 4. Типичный профиль теста МИЛ больных с нерезкими астеническими реакциями на фоне последствий боевой травмы верхней конечности.

Примечание: 1 и 2 – варианты профиля. По оси абсцисс – шкалы МИЛ; по оси ординат – их выраженность в Т-баллах. * показано различие параметров относительно значений нормы, $p < 0,05$.

Данный тип профиля свидетельствовал о склонности к невротическим реакциям и определялся не столько соматическими причинами, сколько личностными особенностями – ригидностью установок, повышенным самоконтролем, тревожной мнительностью. При оценке теста САН в группе выявлено умеренное падение «самочувствия» и «активности» (рис.5).

В 11,4% (60 наблюдений), при длительном течении заболевания или частом рецидивировании (2-4 раза в год), астенические проявления приобретали выраженную ипохондрическую окраску. Этот тип психопатологического реагирования характерен при отягощении процесса со-

путствующей патологией (в 15,7% – 84 больных), чаще сердечно-сосудистой. Данные расстройства проявляются в виде противоречивого сочетания сдержанности и раздражительности, реализующегося в психо-соматических predispositions, постоянной напряженности, утрированной озабоченности своим состоянием. У ряда этих больных, основываясь на анамнестических данных, можно было предполагать наличие преморбидных особенностей, приближающихся к астеноневротическому и психастеническому вариантам акцентуации – с элементами повышенной утомляемости, склонностью к ипохондричности и легкостью образования obsessions. В данной группе около 2/3 раненых в период обострения предъявляли жалобы на боль выраженного характера, тщательно подбирая ее сенсорные характеристики в различных алгических зонах, нередко используя дополнительную информацию при их графической регистрации.

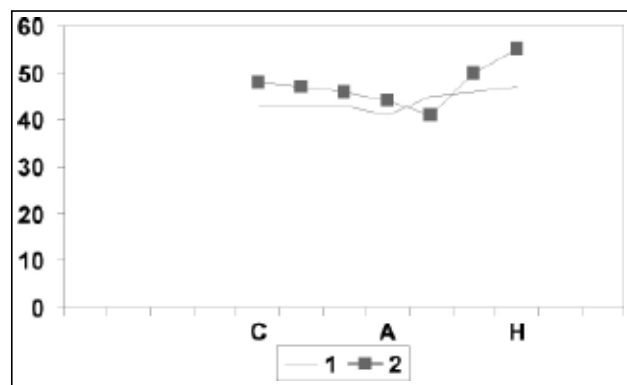


Рис.5. Типичный профиль теста САН больных с нерезкими астеническими реакциями на фоне последствий боевой травмы верхней конечности.

Примечание: 1 – при тревожных, 2 – при депрессивных реакциях. По оси абсцисс – шкалы САН; по оси ординат – их выраженность в условных единицах. * $p < 0,05$.

Отмечаемые в этом случае пик профиля теста МИЛ по I шкале (выше 80 Т-баллов) и менее выраженный подъем по VI-VIII шкалам (рис. 6) отражали сосредоточенность на соматических жалобах и проявление эмоционального стрессирования – по соотношению вспомогательных шкал. Вариантом профиля у больных с рефлекторными синдромами являлось резкое падение (на фоне высокого расщепления I и 0 шкал) VII-IX показателей, указывающее на внутреннюю эмоциональную напряженность.

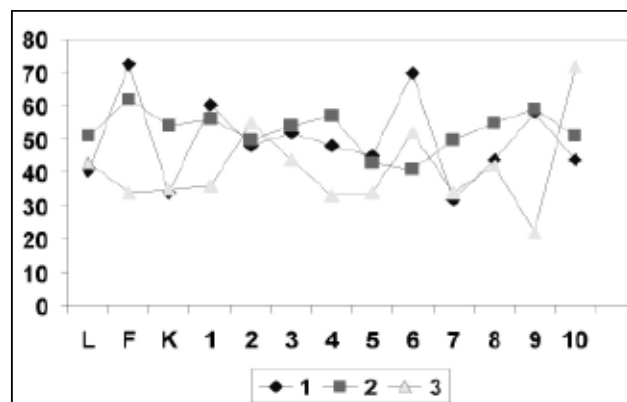


Рис. 6. Типичный профиль теста МИЛ больных с астеноипохондрическим (1 и 2 – варианты профиля) и истерическим (3) синдромом на фоне дискогенной поясничной радикулопатии.

Примечание: по оси абсцисс – шкалы МИЛ; по оси ординат – их выраженность в Т-баллах. * $p < 0,05$.

Для пациентов этой группы характерно снижение всех показателей теста САН, в большей степени – «активности»; при устойчивой напряженности параллельно с «активностью» снижалось и «самочувствие» (рис.7).

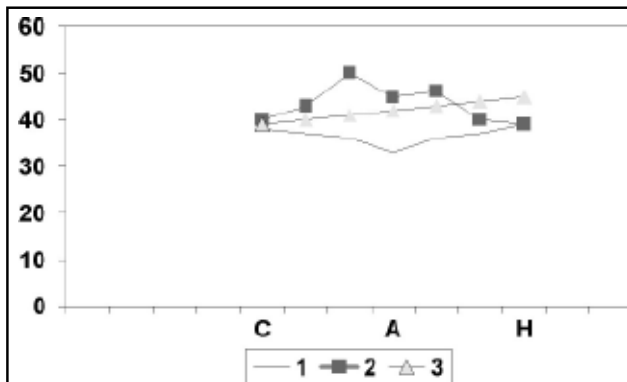


Рис. 7. Типичный профиль теста САН больных с астеноипохондрическим (1 и 2 – варианты профиля) и истерическим (3) синдромом на фоне последствий боевой травмы верхней конечности.

Примечание: по оси абсцисс – шкалы САН; по оси ординат – их выраженность в условных единицах, * $p < 0,05$.

В 21,4% (114 наблюдений) прослеживалась «завершенная патологическая организация» астении – с формированием истероипохондрического синдрома.

Выявляемые элементы эгоцентризма, демонстративности сочетались с требованием повышенного внимания к себе, эмоциональными нарушениями в виде страхов или пониженного настроения, как правило, неглубокими, и выраженной ипохондризацией. При длительном течении болезни продолжительность последнего обострения колебалась от 2 до 5 месяцев; жалобы на боль выраженного и нетерпимого характера, нередко с сенистопатическим оттенком, чаще не соответствовали клинической симптоматики и поведению больных.

Типичный профиль МИЛ в этом случае характеризовался ведущим подъемом по I и III шкалам (выше 80 Т-баллов) с формированием конверсионного V и выраженным пиком по VIII шкале, свидетельствуя о наличии ипохондрии в форме эмоциональной неустойчивости, а также преувеличении тяжести состояния (рисунок 6). Анализ теста САН подтвердил эту тенденцию равномерным снижением «самочувствия» и «настроения» при достаточно высоких цифрах «активности» (рисунок 7).

Заключение.

Таким образом, оценивая структуру психопатологических расстройств раненых с дорсопатиями при боевой травме верхней конечности, следует отметить характерную астенизацию и ипохондризацию раненых, выраженность и вариации проявлений которых зависят от тяжести последствий боевой травмы и степени выраженности болевого синдрома. Осложняющим обстоятельством явились психозомоциональные нарушения, существенно утяжеляющие течение заболевания и затрудняющие реабилитационные мероприятия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Белинский А.В., Лямин М.В. Медико-психологическая реабилитация участников боевых действий в многопрофильном госпитале // Воен.мед. журн. – 2000. - № 1. - С. 62-66.
- Бурлак А.М. Игровые технологии как средство социально-культурной реабилитации военнослужащих : дис. ... к. п. н. :13.00.05 Москва, 2000 202 с. :61 00-13/1347-4
- Бурлак А. М. Философские аспекты адаптации реабилитируемых в процессе медико-психологической реабилитации. / А. М. Бурлак // Философия и общество. – 2004. – N 1. – С. 138-153 ISSN 1681-4339
- Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеванием внутренних органов //Рук. для врачей. – М., «Медицина». – 2000. – 325 с.
- Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 432 с.
- Лыткин, В. М. К проблеме психического здоровья участников боевых действий / В. М. Лыткин В. К. Шамрей Г. П. Костюк//Рос. психиатр. журн. – 2007. – № 6. – С. 63-68.
- Медико-психологическая коррекция специалистов «силовых» структур //Методическое пособие под общей редакцией профессора Белевитина А.Б. – СПб: «АЙСИНГ», 2010. – 268 с.
- Медицинская реабилитация в ВС РФ (методическое пособие для врачей) //Терапевтические и инфекционные заболевания.-Ч. 1. – М.,Воениздат, 2004. – 192 с.
- Медицинская реабилитация в ВС РФ (методическое пособие для врачей) //Нервные и психические заболевания,- Ч. 3. – М., Воениздат,2004.-63 с.
- Медико-психологическая реабилитация военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации в военных санаториях (домах отдыха) //Временные методические рекомендации. – М.: ГВМУ МО РФ, 2009. – 72 с.
- Пономаренко В.А., Разинкин С.М., Шинкаренко В.С. Методы оценки профессионального здоровья//В кн.: Здоровье здорового человека.М.,2007.-С. 152-164.
- Приказ Министерства обороны Российской Федерации от 8 мая 2009 года № 385 «О медико-психологической реабилитации военнослужащих ВС РФ». – М., 2009. – 6 С.
- Розов В.И. Адаптивные способности человека в условиях травматического стресса // Социальная психология, 2006, - № 3(17).- С.108-120.
- Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессовым нагрузкам//Под ред. академика РАМН Покровского В.И. – М.: Медицина, 2004. -399с.
- Фисун А.Я., Щегольков А.М., Юдин В.Е., Белякин С.А., Иванов В.Н., Будко А.А., Овечкин И.Г. Система медицинской реабилитации в Вооруженных Силах: история, современность и перспективы развития // Воен. мед.журн. – 2009. – Т. 330. - № 8. - С.11-15.
- Howard S., Hopwood M. Posttraumatic stress disorder. A brief overview//Aust. Fain. Physitian. – 2003. – Vol.32, № 9. – P. 683-687.
- Perry J., Lanni F. Observer-rated measures of defense mechanisms //Journal of personality. – 2008. – Vol. 66, № 6 – P. 993-1024.
- Solter V., Thaller V., Karlovic D., Cnikovic D. Elevated serum lipids in veterans with combat-related chronic posttraumatic stress disorder // Croat.Med. J. – 2002. – Vol. 43, № 6. – P. 685-689.

Резюме. В статье анализируется психологическая картина изменений, выявленных у 534 раненых с дорсопатиями при боевой травме верхних конечностей на позднем госпитальном этапе медицинской реабилитации в сроки от 1,5 до 2 лет после ранений. У 374 раненых (70%) выявлены депрессивные реакции, проявляющиеся подавленным настроением, элементами агрессивности, моторной заторможенности, либо в виде скрытой депрессии.

Ключевые слова: психоэмоциональная сфера, раненые, дорсопатия, боевая травма, подавленное настроение, моторная заторможенность, скрытая депрессия.