

Дуло О.А., Гузак А.Ю., Мелега К.П., Мальцева О.Б., Качанова В.В.
Особенности дифференцированного подхода в комплексной реабилитации больных
остеохондрозом шейного отдела позвоночника (ОШОП) с симптомами психоэмоциональных
нарушений

Дуло Елена Анатольевна, кандидат медицинских наук, декан факультета здоровья человека
Гузак Александра Юрьевна, преподаватель кафедры физической реабилитации
Мелега Ксения Петровна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой основ здоровья
Мальцева Ольга Борисовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры основ здоровья
Ужгородский национальный университет, г. Ужгород, Украина
Качанова Вера Васильевна, главный врач Ужгородской городской поликлиники, г. Ужгород, Украина

Аннотация. В статье представлены результаты применения комплекса реабилитации больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника (ОШОП) с симптомами психоэмоциональных нарушений. Предварительная коррекция психоэмоционального состояния пациентов и индивидуально подобранные, специальные упражнения лечебной физкультуры (ЛФК) для мышечных групп шейного отдела позвоночника и плечей способствовали уменьшению клинико-функциональных и психоневрологических проявлений болезни, улучшению показателей качества жизни больных.

Ключевые слова: остеохондроз шейного отдела позвоночника, психоэмоциональные нарушения, лечебная физкультура

Актуальность данной темы определяется увеличением количества больных с заболеваниями шейного отдела позвоночника (ШОП), при этом на ОШВХ страдает 80-90% трудоспособного населения [2].

Исследования последнего десятилетия свидетельствуют о тенденциях ухудшения психического здоровья населения. При этом наблюдается увеличение количества психоэмоциональных расстройств, обусловленных неблагоприятными изменениями производственных отношений, социально-психологических стереотипов и ценностей в условиях кризиса и рыночных преобразований, экологическими условиями. Значительное распространение психоэмоциональных расстройств среди людей работоспособного возраста, длительная утрата трудоспособности, свидетельствуют о том, что это не только медицинская, но и важная социальная проблема [3].

Физическая реабилитация, по определению Европейского союза медицинских специальностей (Секция PRM), характеризуется с позиций современных медицинских подходов как таковая, которая направлена на нормализацию функциональных нарушений, восстановление физической активности и когнитивных

функций, повышение качества жизни у больных всех возрастных категорий при заболеваниях внутренних органов. Реализация основных задач реабилитации в восстановительный период зависит от индивидуализации программ восстановительного оздоровления, что позволяет, с учетом адаптационных и компенсаторных возможностей организма пациента, не только объективизировать результаты реабилитации, но и оптимизировать её эффективность [1].

Под наблюдением находились 35 больных ОШВХ, среди них 20 женщин и 15 мужчин. Обследование включало, в динамике, сбор и анализ субъективных и объективных проявлений болезни, изучение функциональных и психоневрологических показателей. Использовались опросники: интенсивности головной боли в соответствии с классификацией HIS (шкала ВАШ); оценки показателей, характеризующих головокружение (шкала Dizziness Handicap Inventory); динамики показателей тревожности (шкала Гамильтона (HAMD); шкала Спилбергера (Spielberger C. D., 1970) в обработке Ю.Л. Ханина (СТАИ). Статистическая обработка результатов осуществлялась при помощи пакета программ Statistika 6,0.

Таблица 1. Динамика клинических показателей у больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника (ОШОП) с симптомами психоэмоциональных расстройств

№ п/п	Показатели	До курса ЛФК, n = 35		После курса ЛФК, n = 35		% исчезновения
		абс	%	абс	%	
1.	Болезненность (неприятные ощущения) в шее, области надплечий, передне-внешней поверхности плечей (C _V), задне-внешнему краю плечей (C _{V1}), задней поверхности плечей (C _{VII}), шейно-затылочной области	35	100	18	51	49
2.	Болезненность волосистой части кожи головы при пальпации и расчёсывании	35	100	10	29	71
3.	Головная боль, головокружение, которые усиливались при запрокидывании головы вверх	19	54	4	21	79
4.	Дискомфорт, тугоподвижность в области шеи	35	100	6	39	71
5.	Болезненность, хруст при наклонах головы и её поворотах в стороны	35	100	7	20	80
6.	Напряжённость задней группы мышц плечей, паравертебральных мышц ШОП в C _V – D _I	35	100	6	39	71
7.	Болезненность при пальпации остистых отростков и паравертебральных точек ШОП, надербовских точек	35	100	7	20	80

Все пациенты прошли курс реабилитации путём выполнения специально разработанного комплекса упражнений ЛФК; со всеми больными была проведе-

на коррекция проявлений психоэмоциональных нарушений; все больные прошли инструктаж и освоили технику выполнения отдельных упражнений.

При поступлении на курс реабилитации в условиях поликлиники все 35 (100%) больных жаловались на болезненность в ШОП, шейно-затылочной зоне, иногда в плечах – в покое и при движениях, наклонах и поворотах головы в стороны. Большинство больных отмечали болезненность кожи головы при пальпации и расчесывании волос, дискомфорт и тугоподвижность в области шеи, таблица 1.

Головная боль часто приводила к раннему пробуждению больных, клинически доминирующим симптомом было ощущение тяжести в голове, а также головокружения, усиливающиеся при запрокидывании головы вверх.

Пальпация отдельных мышечных групп плечей и ШОП, исследования подвижности шеи – подтвердили наличие функциональных нарушений. Отмечено огра-

ничение активных и пассивных движений в ШОП: тугоподвижность отдельных позвоночно-двигательных сегментов при разгибаниях и ротации. У большинства больных – снижение амплитуды движений ШОП во всех направлениях, особенно выраженное при наклонах головы в фронтальной плоскости; при поворотах в обе стороны движения сопровождались “хрустом”.

При поступлении на оздоровление было также проведено психоневрологическое тестирование, которое подтвердило наличие у больных ОШОП комплекса психоэмоциональных нарушений. Все больные отмечали быструю утомляемость, общую слабость, снижение энергии, упадок сил, уменьшение общей активности, эмоциональную лабильность, раздражительность, несдержанность, таблица 2.

Таблица 2. Динамика психоэмоциональных показателей у больных ОШОП под влиянием курса ЛФК

№ п/п	Психоэмоциональные нарушения	До курса ЛФК, n = 35		После курса ЛФК			
				Значительное улучшение и улучшение		Незначительное улучшение, без перемен	
		абс	%	абс	%	абс	%
1.	Быстрая утомляемость, общая слабость, снижение энергии, упадок сил, уменьшение общей активности	35	100	19	54	16	46
2.	Эмоциональная лабильность, раздражительность, несдержанность	35	100	19	54	16	46
3.	Снижение интереса к ранее обычной активности на работе и в быту (включая и секс), негативные ощущения при общении с друзьями и близкими	21	60	12	57	9	43
4.	Снижение самооценки и уверенности в себе, способности к концентрации внимания, неудовлетворённость собой	18	51	10	56	8	44
5.	Нарушения сна: чувство разбитости по утрам, отсутствие чувства бодрости и отдыха, трудности засыпания, пробуждение по утрам невыспаным	21	60	11	52	10	48

Одновременно с нарушениями сна, 21 (60%) больных отмечали снижение интереса к ранее обычной активности на работе и в быту (включая и секс), негативные ощущения при общении с друзьями и близкими, в 51% (18 больных) случаев – снижение самооценки и уверенности в себе, способности к концентрации внимания, неудовлетворённость собой.

При первичном обследовании отдельных показателей качества жизни удовлетворительное состояние уровня физического функционирования, энергичности и жизнеспособности были установлены у 21 (60%) больных ОШВХ, а: физической трудоспособности, общего восприятия здоровья, социальной активности, эмоционального функционирования – только у 14 (40%) больных, таблица 3.

Таблица 3. Динамика показателей качества жизни у больных ОШОП под влиянием курса ЛФК

№ п/п	Показатели качества жизни	До курса ЛФК, n = 35		После курса ЛФК			
				Значительное улучшение и улучшение		Незначительное улучшение, без перемен	
		абс	%	абс	%	абс	%
1.	Физическая трудоспособность						
	– удовлетворительная	14	40	10	71	4	29
	– низкая	21	60	13	62	8	38
2.	Физическое функционирование:						
	– удовлетворительное	21	60	14	67	7	33
	– низкое	14	40	10	71	4	29
3.	Общее восприятие здоровья:						
	– удовлетворительное	14	40	11	79	3	21
	– низкое	21	60	13	62	8	38
4.	Социальная активность:						
	– удовлетворительная	14	40	9	64	5	36
	– низкая	21	60	11	52	10	48
5.	Эмоциональное функционирование:						
	– удовлетворительное	14	40	10	71	4	29
	– низкое	21	60	21	100	-	-

При оценке степени выраженности в комплексе психоэмоциональных нарушений интенсивности головной боли, головокружения, элементов депрессии и тревоги - был установлен легкий уровень нарушений, таблица 4.

Таблица 4. Динамика психоэмоциональных показателей у больных ОШОП под влиянием курса ЛФК

№ п/п	Показатели	До использования ЛФК, n =35	После использования ЛФК, n = 35	Контрольная группа
		Баллы (M ± m)		
1.	Интенсивность головной боли (HIS)	3,0 ± 1,1 p < 0,01	1,1 ± 0,5 p < 0,05	0
2.	Головокружение (Dizziness Handicap Inventory)	3,3 ± 1,3 P < 0,01	2,1 ± 0,9 p < 0,05	1,0 ± 0,9
3.	Показатели оценки депрессии и тревоги (шкала Гамильтона – HAMD)	13,5 ± 1,7 p < 0,01	9,4 ± 2,5 p < 0,1	5,9 ± 1,3
4.	Уровень тревожности (шкала “тревоги” Спилбергера в обработке Ю.Л. Ханина – STAI)	23,1 ± 2,9 p < 0,05	17,7 ± 2,1 p < 0,1	12,9 ± 1,4

Включение элементов коррекции психоэмоциональных нарушений в комплекс упражнений ЛФК для больных ОШВХ с симптомами психоэмоциональных нарушений способствовало повышению эффективности реабилитации в условиях поликлиники. Наряду с улучшением клинико-функциональных показателей было установлено улучшение общего психоэмоционального фона, см. таблицы 3, 4. Уменьшилась общая слабость, общая активность усилилась. Улучшился сон, аппетит.

Таким образом, коррекция психоэмоционального состояния пациентов и индивидуально подобранные, специальные упражнения ЛФК для мышечных групп шейного отдела позвоночника и плечей способствовали уменьшению клинико-функциональных и психоневрологических проявлений болезни, улучшению показателей качества жизни больных ОШВХ.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES TRANSLATED AND TRANSLITERATED)

1. Клименко А.В., Бельская И.В. Особенности лечения вертебральных болевых синдромов // Международный медицинский журнал. – 2011. – №4. – С.15-20.
Klimenko A.V., Belskaya I.V. Osobennosti lecheniya vertebrogenyih bolevyih sindromov [Features of treatment of vertebral pain syndromes] // Mezhdunarodniy meditsinskiy zhurnal. – 2011. – № 4. – S.15-20.
2. Крадинов А.И., Черноротов В.А., Крадинова Е.А. Распространённый дегенеративно-дистрофический процесс в шейном отделении позвоночника // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2012. – № 2. – С. 128-129.
Kradinov A.I., Chernorotov V.A., Kradinova E.A. Rasprostranennyiy degenerativno-distroficheskiy protsess v sheynom otdelenii pozvonochnika // Vestnik fizioterapii i kurortologii. – 2012. – № 2. – S. 128-129.
3. Мороз Г.З. Депрессивні та тривожні розлади в терапевтичній практиці: поширеність, діагностика та лікування // Therapia. – №3(56). – 2011. – С.19-24.
Moroz G.Z. Depresivni ta trivozhni rozladi v terapeutichniy praktitsi: poshirenist, diagnostika ta likuvannya [Depressive and anxiety disorders in therapeutic practice: prevalence, diagnosis and treatment] // Therapia. – № 3(56). – 2011. – S.19-24.

Dulo O.A., Guzak O.U., Melega K. P., Maltseva O.B., Kachanova V.V. Features differentiated access of complex rehabilitation of patients with osteochondrosis of the cervical section of the spine with symptoms of psycho-emotional disorders

Abstract. The article presents the results of complex rehabilitation of patients with osteochondrosis of the cervical section of the spine with symptoms of psycho-emotional disorders. Correction psycho-emotional state of patients and special physical culture therapy for the muscle groups of the cervic and shoulder have reduced the clinical and functional and psycho-emotional manifestations of the disease, improving the quality of life of patients.

Keywords: osteochondrosis of the cervical spine, psycho-emotional disorders, rehabilitation