



3. Руденко Р. Є., Вяткіна К. С. Фізична реабілітація осіб, хворих на цукровий діабет / Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. 2015. Вип. 28. С. 41-45.
4. Скачко Б. Г., Орещук Г. О. Цукровий діабет: хвороба століття, чи розплата за легковажність. Київ: Здоров'я, 2012. 96 с.
5. Фадеев П. О. Цукровий діабет. Тернопіль: Навчальна книга. Богдан, 2010. 168 с.
Стаття надійшла до редакції 25.11.2018 р.

Petrenko A.V.
Kopytina Ya.M.

Петренко А.В.,
Копитіна Я.М.

THE INFLUENCE OF PHYSICAL THERAPY ON PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PATIENTS AFTER INTERMEDIATE DISKS' HERNIA SURGICAL TREATMENT

The features of the influence of surgical intervention and physical therapy on the psycho-emotional state of patients are deals. The ways to reduce the manifestation of pain and improve the psycho-emotional are background.

Key words: hernias of intervertebral disks, physical therapy, pain.

ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПСИХО-ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГРИЖ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ

У статті розкрито особливості впливу хірургічного втручання та фізичної терапії на психо-емоційний стан пацієнтів. Зазначено шляхи зменшенню прояву болю та покращання психо-емоційного фону.

Ключові слова: грижі міжхребцевих дисків, фізична терапія, біль

Останнім часом у багатьох країнах світу спостерігається збільшення рівня захворюваності на дегенеративно-деструктивні ураження хребта. Вказана проблема є одним із найбільш гострих та далеко не вирішених питань сучасної медицини, оскільки за даними статистики, болями в спині страждає більше половини населення Землі, а поширеність в індустріально розвинених країнах становить 60-80%. Дегенеративно-дистрофічні ураження хребта зустрічаються в різних варіантах: деформуючий спондиліоз, спондилоартроз, остеохондроз міжхребцевого диска, фіброз диска, остеопороз хребта і їх поєднання. Кожен з цих видів дегенерації складових хребта має свої особливості в патогенезі залучення нервової системи [2].

Грижа міжхребцевого диска (ГМЖ) – це не просто ускладнення остеохондрозу внаслідок деструкції тканин хребетного стовпа. Це закономірний фінал розвитку даного захворювання. Фінал, який здатний привести до інвалідності та можливості самостійного пересування. Грижа диска – це найчастіше втрата працездатності, постійні сильні болі і загроза оперативного втручання. Джерелом больових відчуттів при остеохондрозі є защемлення нервових корінців, яке відбувається після випинання міжхребцевого диска і звуження міжхребцевого простору. Біль при даній патології є нестерпним і веде за собою великий негативний вплив на психічний фон людини [4].

Мета дослідження – визначити ступінь впливу фізичної терапії на психо-емоційний стан осіб зрілого віку після хірургічного лікування гриж міжхребцевих дисків.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури; аналіз документальних матеріалів та історій хвороб; вкопювання з



медичних карт; нейропсихологічні (госпітальна шкала депресії і тривоги HADS, Освестрі, ВАШ); методи математичної статистики.

Дослідження проводилося на базі КЗ «Сумська обласна клінічна лікарня», у якому взяло участь 18 пацієнтів, хворих на грижі міжхребцевих дисків.

Грижа диска – фокальне випинання міжхребцевого диска внаслідок дегенеративно-дистрофічних процесів (остеохондрозу), травми спини або поєднання цих двох чинників. Основні клінічні ознаки грижі міжхребцевого диска можуть проявлятися окремо або в поєднанні наступними синдромами: локальний біль (цервікалгія, люмбалгія), відображений біль (цервікобрахіалгія, люмбоішіалгія), корінцевий синдром (радикулопатія), синдром ураження спинного мозку (мієлопатія). Потрібно відмітити, що випинання краю міжхребцевого диска на 2-3 мм вважається фізіологічним [1; 4].

Біль є не простим відчуттям, викликаним специфічними подразниками, а складним явищем, котре включає як фізичний, так і емоційний компоненти. Це явище чисто суб'єктивного характеру. Об'єктивних методів вимірювання болю не існує.

Найважливішим етапом хірургічного лікування є оперативне втручання, яке являє собою багатокомпонентний стрес. Одну з провідних позицій, що визначають його розвиток, займає психоемоційний стан пацієнта. Стрес викликає виражену дезорганізацію функцій основних життєво важливих органів і систем. Саме з їхнього боку під час оперативного втручання і в найближчому післяопераційному періоді найбільш відчутні проблеми, які вносять вагомий внесок у визначення ступеня операційного ризику. Агресивні фактори оперативного втручання запускають каскад реакцій в організмі – які слід розглядати не тільки як фактор фізичної агресії, але й як фактор психоемоційних переживань. На жаль, психоемоційний фактор - важливе, але далеко не завжди адекватно враховується лікарями обставина, що визначає оперативний стрес. Різні спотворення уявлення хворого про особливості його стану, перспективи лікування і повернення до здорового життя змінюють систему мотивації, поведінкові реакції і ступінь активності в реабілітаційному процесі, що створює додаткові труднощі для медичних працівників [3].

Наше дослідження реалізовувалось шляхом використання анкет-запитальників для пацієнтів із грижами міжхребцевих дисків перед та після хірургічного лікування.

У світовій практиці добре зарекомендувала себе шкала HADS, яка використовується в соматичних стаціонарах з метою визначення рівня тривоги і депресії. Вона досить проста, але зручна тим, що не лише швидко відображає стан, але і обґрунтовує призначення препаратів.

Анкета Освестрі демонструє порушення життєдіяльності хворих із болями в нижній частині спини. Вона заповнюється пацієнтом і дає можливість у балах оцінити вплив болю на самообслуговування, сон, суспільне життя, ходьбу, пересування в просторі, здатність піднімати тяжкість, тривалий час стояти і сидіти.

Суб'єктивні відчуття болю визначали за допомогою візуальної аналогової шкали болю (Visual Analogue Scale (VAS)). Метод дозволяє встановити силу прояву болю у часовому проміжку перед хірургічним втручанням та після нього під час перебування у стаціонарному відділенні та у процесі фізичної терапії. Під час дослідження інтенсивності болю зосереджували увагу на тому, чи приймав пацієнт знеболювальні препарати у певний проміжок часу [5].

Пацієнти були розподілені на основну групу (ОГ) та групу порівняння (ГП) по 9 осіб у кожній (табл. 1.). Головним критерієм відбору дослідженого контингенту було клінічна діагностика та огляд лікаря невролога.



Таблиця 1.

Статеві-віковий розподіл осіб у досліджуваних групах

Групи людей	Вік, роки		Стать	
	46–50	51–55	жінки	чоловіки
Основна група (n=9)	3	6	4	5
Група порівняння (n=9)	4	5	6	3

В ОГ увійшли 9 пацієнтів із ГМД, які отримували стандартне хірургічне лікування та кортим була надана розроблена нами програма фізичної терапії. До ГП увійшли – 9 пацієнтів із ГМД, які отримували хірургічне лікування захворювання та керувалися у післяопераційному періоді методичними рекомендаціями щодо організації власного рухового режиму лікарями та здійснювали відновлення фізичної кондиції самостійно. Всього в дослідженні брало участь 18 пацієнтів. Середній вік хворих склав $54,34 \pm 6,1$ років. Середній вік пацієнтів ОГ становив $52,6 \pm 2,7$ років, середній вік пацієнтів ГП становив $53,9 \pm 3,1$ років (при $p > 0,05$).

У всіх хворих ОГ, що були прооперовані з приводу ГМД тривалість захворювання до операції становила $5,2 \pm 1,8$ років, у пацієнтів ГП – $6,01 \pm 2,6$ років (при $p > 0,05$). Тривалість фази загострення захворювання до моменту операції, при якій проводилась консервативна терапія становила у пацієнтів ОГ $4,02 \pm 1,24$ місяця, у пацієнтів ГП – $3,87 \pm 0,9$ місяця (при $p > 0,05$). Всі хворі були прооперовані по відносним показникам, та відсутності ефекту від консервативного лікування протягом 3 місяців.

Для уточнення локалізації ГМД хворим у передопераційному періоді було призначено МРТ. Результати дослідження подані у табл. 2.

Таблиця 2.

Особливості локалізації ГМД

Локалізація ГМД	Основна група (n=9)	Група порівняння (n=9)
L ₃ -L ₄	3	4
L ₄ -L ₅	4	4
L ₅ -S ₁	2	1

Пацієнтам ОГ була запропонована розроблена нами програма фізичної терапії, що включала у себе ЛГ та лікувальний масаж та фізіотерапію. Реалізація програми здійснювалась під керівництвом фізичного реабілітолога. Пацієнти ГП після хірургічного лікування ГП самостійно організовували рухові режими згідно методичних рекомендацій, наданих лікарями.

Усі хворі відчували біль у місці ГМД, проте його інтенсивність була різною. Дослідження сили прояву больових відчуттів перед хірургічним лікуванням засвідчило наявність різниці у відповідях чоловіків та жінок обох груп. У обох групах чоловіки дали більш високу оцінку сили прояву болю, ніж жінки. Так, жінки ОГ оцінили біль у спині на $6,73 \pm 0,81$ бала, а чоловіки ОГ – на $7,43 \pm 0,35$ бала. Жінки ГП дали оцінку болю, що дорівнював $7,01 \pm 0,57$ бала, чоловіки ГП – $7,93 \pm 0,35$ бала. Результати обстеження свідчать про те, що біль у ділянці ГМД значно підсилювався наприкінці дня, а також збільшувався за помірного і сильного ФН незалежно від часу доби.

Хірургічне лікування ГМД та подальша фізична терапія осіб ОГ та самостійне відновлення пацієнтів ГП значно покращили показники прояву болю в обох групах ($p \leq 0,05$). Проте, пацієнти ОГ, займаючись за запропонованою методикою фізичної терапії, відмітили більш виражену позитивну динаміку за шкалою VAS. Так, жінки ОГ



оцінили біль у спині на $3,21 \pm 0,57$ бала ($p \leq 0,01$), а чоловіки ОГ – на $4,62 \pm 0,49$ бала ($p \leq 0,05$). Жінки ГП дали оцінку болю, що дорівнював $4,6 \pm 1,03$ бала ($p \leq 0,05$), чоловіки ГП – $5,11 \pm 0,72$ бала ($p \leq 0,05$).

Згідно анкети Освестрі, до хірургічного лікування 55 % пацієнтів ОГ та 44 % пацієнтів ГП мали мінімальні порушення, біль посилювався при фізичному навантаженню, переохолодженні ($p \geq 0,05$). 33 % пацієнтів ОГ та 44 % пацієнтів ГП мали помірні порушення які характеризувалися значними болями та важкість при сидінні, піднятті предметів, поїздки, соціальне життя утруднені, самообслуговування, інтимне життя та сон мають незначні порушення ($p \geq 0,05$). По 11 % пацієнтів ОГ та ГП мали сильні порушення ($p \geq 0,05$). 11 % пацієнтів ГП мали біль, який погіршує абсолютно всі аспекти життя. У пацієнтів ОГ таких больових відчуттів не було у жодної із опитаної особи ($p \geq 0,05$). Після хірургічного лікування та подальшого відновлення 33 % пацієнтів ОГ та 44 % пацієнтів ГП мали мінімальні порушення, біль посилювався при фізичному навантаженню, переохолодженні ($p \geq 0,05$). 22 % пацієнтів ОГ та 33 % пацієнтів ГП мали помірні порушення які характеризувалися значними болями та важкість при сидінні, піднятті предметів, поїздки, соціальне життя утруднені, самообслуговування, інтимне життя та сон мають незначні порушення ($p \geq 0,05$). 22 % пацієнтів ОГ та 11 % пацієнтів ГП мали сильні порушення. Біль – основна проблема, активність в повсякденному житті утруднена ($p \geq 0,05$). 22 % пацієнтів ОГ 11 % пацієнтів ГП мали біль, який погіршує абсолютно всі аспекти життя ($p \geq 0,05$).

Згідно зі шкалою HADS у пацієнтів до хірургічного лікування субклінічний рівень тривоги був виявлений у 22 % пацієнтів ОГ та 22 % пацієнтів ГП, у 33 % пацієнтів ОГ та 44 % пацієнтів ГП була клінічно виражена тривога, 22 % пацієнтів ОГ та 11 % пацієнтів ГП була виявлена субклінічна депресія, у 22 % пацієнтів ОГ та 22 % пацієнтів ГП – клінічна депресія. У неврологічному відділенні субклінічний рівень тривоги у 11 (44%) пацієнтів, у 5 (20%) пацієнтів клінічно виражена тривога, у 3 (12%) субклінічна депресія, у інших пацієнтів 6 (24%) – відсутні відхилення за шкалою HADS. При дослідженні також було відмічено, що жінки мають більші психоемоційні порушення ніж чоловіки.

Після проведеного лікування зменшення психоемоційних порушень спостерігалось в обох групах пацієнтів. Субклінічний рівень тривоги був виявлений у 55 % пацієнтів ОГ та 33 % пацієнтів ГП, у 44 % пацієнтів ОГ та 44 % пацієнтів ГП була клінічно виражена тривога, у 11 % пацієнтів ГП була виявлена субклінічна депресія, у 11 % пацієнтів ГП – клінічна депресія.

Висновки. Розроблена програма фізичної терапії спрямована на покращання функціональних можливостей пацієнтів, формування основи для розвитку компенсаторних можливостей, забезпечення повної рухової незалежності у повсякденному житті з урахуванням щоденних потреб у руховій активності, зниження больового синдрому, поліпшення загального самопочуття.

Література:

1. Богачева, Л.А. Боль в спине: клиника, патогенез, принципы ведения, принципы ведения (опыт работы амбулаторного отделения боли в спине) / Л.А. Богачева, Е.П. Снёткова // Боль. 2005. – № 4. – С. 26–30.
2. Мурашко Н.К. Нейропатическая боль: тактика лечения // Врачебное дело. – 2012. – №6. – С. 106–113.



3. Ольхов О.Г. Оценка уровня депрессии у больных хирургического профиля в предоперационном периоде. Медицинские исследования, 2001. – Т.1. – Вып.1. – С.27.

4. Силантьев К. Классическая неврология : руководство по периферической нервной системе и хроническим болевым синдромам. – Волгоград : Панорама, 2006. – 400 с.

5. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации : рук. для врачей и науч. работников [под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепотовой]. – М. : Антодор, 2002. – 440 с.

Стаття надійшла до редакції 25.11.2018 р.

Rogala Y.L.
Karova M.M.

Рогалю Ю.Л.
Карпова М.М.

THE ROLE OF A DIFFERENTIATED APPROACH TO THE USE OF PHYSICAL THERAPY IN THE REHABILITATION OF ATO PARTICIPANTS

The article deals with the principles and role of the use of therapeutic physical culture in the complex of medical and social rehabilitation of combatants, the types of physical activity, the most effective in various forms of post-traumatic disorders.

Key words: *combat stress, post-traumatic stress disorder, physical therapy, rehabilitation, comprehensive rehabilitation program.*

РОЛЬ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО

У статті розглянуті принципи та роль застосування лікувальної фізичної культури у комплексі медико-соціальної реабілітації учасників бойових дій, визначено види фізичної активності, найбільш ефективні при різних формах перебігу посттравматичних розладів.

Ключові слова: *бойовий стрес, посттравматичний стресовий розлад, лікувальна фізична культура, реабілітація, комплексна програма реабілітації.*

Постановка проблеми. Наявність військового конфлікту на Сході України призводить до зростання кількості тих військовослужбовців, що безпосередньо були учасниками бойових дій. На жаль, поряд з фізичними травмами, вояки зазнають відчутних психологічних травм. Наслідки впливу бойового стресу, найчастіше у вигляді посттравматичного стресового розладу (ПТСР) тепер відносять до так званих нових пограничних психічних розладів [1;5].

ПТСР розвивається під впливом екстремальної травматичної події, що викликала інтенсивні негативні емоції. Вона нав'язливо повторюється в переживаннях чи снах потерпілого, змушує уникати обставин, що сприяли її виникненню, супроводжується дратівливістю, розладами сну, порушенням уваги [1; 4; 5].

Тривалий перебіг цих порушень, їх соціальна значимість, зумовлюють необхідність розробки ефективних систем реабілітації таких військовослужбовців та ветеранів бойових дій.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема реабілітації учасників бойових дій займалися такі вчені, як В.С. Гічун, В.В. Ковтун, О.М. Коржиков,