

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Данілова О.О.

студент,

Міжрегіональна академія управління персоналом

ВИКОРИСТАННЯ МАГНІТОЛАЗЕРНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ В ПРОГРАМІ КОРЕКЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ З ДИСКОГЕННИМИ ДОРСОПАТІЯМИ

Біль, на думку більшості дослідників, завжди забарвлена емоційними переживаннями, і це надає їй індивідуальний характер. Найважливішими факторами визначальними рівень болю є емоційно-особистісні особливості суб'єкта, рівень його невротизації, наявність депресивно-іпохондричних-сенестопатичних проявів. Істотно, що антиноцицептивні системи і психічний стан взаємодіють один з одним за рахунок анатомо-функціональних і нейрохімічних зв'язків.

Слід також зазначити порушення соціального інтелекту у хворих депресіями (Холмогорова А.Б., Пуговкіна О.Д., 2015). За результатами досліджень [6] у всіх хворих з депресіями було виявлено значуще і суттєве зниження всіх показників соціального інтелекту (здатності передбачати наслідки поведінки, розуміти і інтерпретувати невербальні аспекти поведінки і значення вербальних реакцій, здатність розуміти логіку розвитку ситуації). Було встановлено також, що хворі депресіями, в порівнянні зі здоровими випробуваними людьми, значно нижче оцінюють якість соціальних навичок, як у себе, так і у тих, що оточують. Однак в зв'язку з виразним зниженням соціального інтелекту з суб'єктивної вагою (яка визначається за психометричними шкалами депресії і тривоги А. Бека) і давністю захворювання не виявляється.

Успішність боротьби з болем залежить від уміння комбінувати різні варіанти протибольовий терапії в поєднанні з психотерапією або адекватними психорегуляторами і сучасними методами фізіотерапії.

Сучасні вимоги до організації мультидисциплінарного підходу до реалізації процесу відновного лікування та реабілітації хворих з больовими синдромами, засновані на необхідності системного,

поліфакторного підходу із застосуванням інноваційних технологій, що дозволяють оптимізувати використання медикаментів, забезпечити фізіологічне відновлення порушення роботи органів або функціональних систем, знизити витрати і скоротити терміни відновного лікування або реабілітації, а також поліпшити якість життя хворих з дискогенними дорсопатіями [1-3].

У зв'язку з цим, розробка нових методів консервативного лікування болів в спині є перспективною і актуальною.

Мета дослідження. Розробка протоколів і дослідження ефективності психологічного стану хворих з дискогенними дорсопатіями на основі лазерної стимуляції.

Матеріали і методи дослідження. Для визначення найбільш ефективного протоколу лікування хворих з дискогенними дорсопатіями проводилися пілотні дослідження і було відібрано 30 хворих, які були розділені випадковим чином на 2 групи. Критерієм для включення в досліджувану групу було наявність у хворих дискогенною дорсопатією тривожної депресії по психометричних шкалах А. Бека [4,5], а також їх інформаційна згода на участь в дослідженні. До групи увійшли хворі у віці 32-47 років, включаючи 12 жінок і 18 чоловіків. Хворі розподілялися випадковим чином на дві групи по 15 хворих (6 жінок і 9 чоловіків).

1 група – лікування проводилося методом імпульсного ультразвукового форецу з допомогою препарату «Траумель С» на зону болю. Параметри процедури: апарат МІТ-11, частота коливань ультразвукових хвиль – 44 кГц, частота повторення пачок ультразвукових хвиль – 9,4 Гц, амплітуда ультразвукових коливань 3 мкм, форецу виконувалася по лабільній методиці паравертебрально на зону болю, час однієї процедури 15 хвилин, курс лікування 9 процедур, процедури проводяться 3 рази на тиждень. Для імпульсного ультразвукового форецу використовувався препарат «Траумель С» компанії Heel. Вміст 1 ампула (2,2 мл) «Траумель С» безпосередньо перед процедурою наносять на процедурну серветку і накладають на зону болю. Процедури проводили в стані декомпресії хребта (хворий розташовувався на кушетці з кутом нахилу 10-25 градусів відносно горизонту) і додатковим одночасним впливом магнітного поля в терапевтичній дозі на зону болю.

2 група – лікування проводилося аналогічно першій групі з додаванням одночасного магнітолазернастимуляції зони міжбрівних дуг і великого потиличного отвору на індивідуальній терапевтичній

частоті в видимому діапазоні спектра електромагнітного випромінювання.

Індивідуальна терапевтична частота отриманої за результатами індивідуального дослідження для кожного хворого. Визначення індивідуальної терапевтичної частоти виконувалося за методом Самосюк-Чухраєва [2]. У всіх хворих, що брали участь в дослідженні вона склала $(9,5 \pm 1,1)$ Гц.

Магнітолазерна стимуляція зони міжбрівних дуг виконувалася на індивідуальній терапевтичній частоті червоного діапазону спектра (0,67 мкм) електромагнітного випромінювання.

Магнітолазерна стимуляція зони великого потиличного отворувиконувалася на індивідуальній терапевтичній частоті в синього діапазоні спектра (0,45 мкм) електромагнітного випромінювання.

Параметри магнітолазерна стимуляції: апарат МІТ-МТ, частота повторення імпульсів підбиралася індивідуально по методу Самосюк-Чухраєва [2]. У більшості хворих вона становила $(9,5 \pm 1,1)$ Гц. Магнітна індукція – 30 мТл, потужність оптичного потоку червоного спектра – 30 мВт, потужність оптичного потоку синього спектра випромінювання – 30 мВт, час однієї процедури – 15 хвилин, курс лікування – 12 процедур, процедури проводяться 3 рази в тиждень. Магнітолазерний аплікатор червоного спектра встановлюється в зону надбрівних дуг. Під час процедури очі хворого закриті. Магнітолазерний аплікатор синього спектра випромінювання встановлюється в зону великого потиличного отвору.

Модель дослідження включала визначення інтенсивності болю за шкалою ВАШ до і після лікування та оцінку рівня депресивних розладів на основі психометричної таблиці А. Бека.

Результати та їх обговорення. До лікування клінічна картина була типовою. Основним симптомом у хворих з дискогенними дорсопатіями була біль і супутні їй депресивні стани. До початку лікування всі показники, які оцінювались хворими, були однорідні в обох групах.

Результати наших досліджень показали позитивну динаміку клінічних проявів в обох групах хворих. Після аналізу отриманих даних було встановлено, що поєднання ультрафонофореза протибольових препаратів на зону болю при дискогенних дорсопатіях в поєднанні з магнітолазерною стимуляцією кори головного мозку на індивідуально підібраній терапевтичній частоті

на 35-40% знижуються клінічні прояви болю і майже на 50% рівень депресії. У цьому випадку спостерігається більш виражена позитивна динаміка зменшення больового синдрому і тривожної депресії, що, в свою чергу, сприяло поліпшенню якості життя даної категорії хворих. Зменшення м'язевотонічного і особливо больового синдрому під дією розробленого комплексу лікування призводить до значного поліпшення емоційного стану хворих.

Виконавши аналіз отриманих результатів, ми визначили, що найбільш ефективним протоколом лікування дискогенних дорсопатій є поєднання місцевого впливу з введенням «Траумель С» методом ультрафонофорезу в зону болю в стані декомпресії хребта. Додаткове проведення корекції тривожної депресії на основі застосування магнітостимуляції на індивідуальній частоті підсилює терапевтичний ефект лікування і більш ефективно знижує рівень депресії.

Актуально подальше вивчення поєданого застосування ультрафонофорезу протибольових препаратів і психофізіологічних методів корекції депресивних розладів на основі магнітолазерної терапії для підвищення ефективності лікування дискогенних дорсопатій.

Список використаних джерел:

1. Боренстайн Д. Епідеміологія, етіологія, діагностична оцінка та лікування поперекового болю // *Межд. Мед. Ж.* – 2000; (1):36-43.
2. Самосюк И. З., Малюта В. И., Чухраев Н. В. Лечение болевых синдромов // *Вена.* – 2016; 224.
3. Самосюк І. З., Самосюк Н. І., Чухраєв М. В. Системний принцип організації рухових функцій і можливість багаторівневого впливу для їх відновлення з застосуванням фізичних чинників. *Український вісник психоневрології*, 2007;15:1 (50):110-113.
4. Владимиров А. А., Левковская В. И., Униченко А. В., Чухраев Н. В. Многофакторный подход в психофизиологической коррекции тревожно-депрессивных расстройств у больных с хроническими заболеваниями // *Лазернабіологія та лазернамедицина: Міжнародний науково-практичний журнал.* – 2014; XII: (3, 4):35-40.
5. Vladimirov A. A., Levkovskaya V. I., Chuhraev N. V., Zukow W. Psychophysiological correction anxious depressive disorders in patientsdorsopathy. *Journal of Education, Health and Sport.* – 2015; 5 (6):273-280.
6. Холмогорова А. Б., Пуговкина О. Д. Основные этапы и направления изучения когнитивных дисфункций при депрессиях // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.*, 2015; 6 (35):45-53 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mpgj.ru>