



**Применение физических факторов
в лечении и реабилитации
больных с тревожно-депрессивными
невротическими расстройствами**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ «СПб НИПНИ им.
В.М. Бехтерева»
Минздравсоцразвития России,
д.м.н., профессор



Применение физических факторов в лечении и реабилитации больных с тревожно-депрессивными невротическими расстройствами

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы) по государственному контракту №К-16-НИР/46-1 от 7 июня 2010 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка методов управления качеством ранней диагностики, профилактики и терапии аффективных расстройств в условиях первичной медицинской сети».

Санкт-Петербург
2012

АННОТАЦИЯ

Усиление стрессовых психологических нагрузок в современных условиях жизни приводит к увеличению количества невротических, и в том числе тревожно-депрессивных расстройств. Возникает необходимость разработки дополнительных способов лечения этих нарушений с большей эффективностью, кратковременностью и экономичностью. Применение физических факторов (электросон, хвойные и жемчужные ванны) целесообразно в комплексном лечении тревожно-депрессивных невротических расстройств, наряду с психотерапией и фармакотерапией, улучшает эффект, сокращает сроки лечения при его удешевлении.

Информация, представленная в методических рекомендациях, окажется полезной для широкого круга врачей (физиотерапевтов, психиатров, психотерапевтов, неврологов, врачей восстановительной медицины и общей практики), поскольку показывает, что лечение тревожно-депрессивного синдрома при невротических расстройствах более эффективно, экономично и статистически достоверно при сочетании фармакотерапии и физиотерапии.

Организация разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева.

Авторы-составители: кандидат медицинских наук старший научный сотрудник И.Н. Бабурин, кандидат медицинских наук Ю.В. Гольдблат.

ВВЕДЕНИЕ

Целью настоящей работы являлось доведение до врачей различного профиля, в первую очередь до врачей психиатров, психотерапевтов и физиотерапевтов, возможностей применения в комплексном лечении больных с тревожно-депрессивными невротическими расстройствами физических факторов (электросон, хвойные и жемчужные ванны), а также разработка лечебных комплексов для больных с преобладанием тревожных или депрессивных проявлений. Данная работа написана по результатам собственных исследований.

Учитывая направленность данных рекомендаций в первую очередь на физиотерапевтов и врачей восстановительной медицины, более детально описаны понятия и клиника тревожно-депрессивного синдрома при невротических расстройствах, а так как второй большой группой врачей, которым предназначена эта работа, являются психиатры и психотерапевты, достаточно подробно изложены физиотерапевтические вопросы.

Сложность дифференциальной диагностики тревожных и депрессивных синдромов определяется общностью ряда проявлений: сниженного настроения, суицидальных намерений, синдромов деперсонализации и дереализации, колебаний нейропсихологического и вегетативного тонуса. Клинически синдром тревоги отличается от меланхолического на невротическом уровне наличием цефалгий, вегетативных расстройств и навязчивых мыслей, а также ипохондрических сверхценных идей.

По мнению ряда известных отечественных учёных, депрессия и тревога являются отдельными, часто сочетающимися, психопатологическими феноменами. Трудности дифференциальной диагностики тревоги и депрессии на непсихотическом уровне обусловлены сглаживанием тимического компонента аффективных расстройств соматовегетативными нарушениями.

Чем ярче аффективные нарушения и чем меньше длительность заболевания, тем проще дифференцировать депрессию и тревогу и наоборот – чем длительнее заболевание, и стёрта клиническая симптоматика, тем больше неспецифичных соматовегетативных расстройств, присущих как тревоге, так и депрессии.

В сложных случаях для разграничения тревоги и депрессии проводят диазепамовый тест, при котором на фоне доминирования тревоги происходит снижение патологической симптоматики.

Тревога и депрессия могут быть как коморбидными психическими нарушениями, так и «смешанным тревожно-депрессивным расстройством» по МКБ-10.

Современная жизнь крайне динамична и требует большого напряжения, быстрой смены адаптационной направленности для восприятия и анализа всё возрастающего потока информации. Зачастую это приводит к перенапряжению, тревоге и затем к развитию тревожных расстройств. По данным ряда зарубежных исследований, они встречаются у 95 % населения, то есть практически полностью охватывают все возрастные и социальные контингенты.

Распространенность невротических расстройств была высока в XX веке и продолжает расти в XXI, особенно среди городского населения. Причиной этого является неспособность центральной нервной системы справляться со стрессами, вызванными все ускоряющимся темпом жизни, повторяющимися мировыми экономическими кризисами, ухудшением экологических условий жизни людей, увеличением угрозы мирового терроризма и другими фрустрирующими факторами. Значительную часть невротических расстройств составляют тревожные, тревожно-фобические и тревожно-депрессивные синдромы.

Для психиатров наличие тревожного расстройства предполагает крайнее беспокойство и страх, подозрительное отношение ко всему окружающему, общее перевозбуждение, мышечное напряжение.

При тревоге характерно усиление и патологическая лабильность процесса возбуждения при одновременной слабости внутреннего тормозного процесса. Больные могут быть раздражительны, несдержанны, гневливы, с изменчивым настроением, нарушенным сном, головной болью.

Применение физических факторов в лечении и реабилитации больных с тревожно-депрессивными невротическими расстройствами недостаточно изучено и описано, а те данные, которые приводятся в литературе, зачастую исследованы не физиотерапевтами, а психиатрами и психотерапевтами, что приводит к общему описательному, а иногда и поверхностному подходу без указания дозировок, времени и количества конкретных процедур. Необходимо также отметить, что литературные данные, приводимые физиотерапевтами, в основном относятся к середине 20-го века (далее просто переписываемые, как общеизвестные) и, по сути, не носят доказательного характера.

Основными преимуществами физиотерапевтических процедур являются значительная эффективность, сокращение сроков

лечения, длительный период ремиссии, возможность уменьшения дозы или отказа от назначения химиопрепаратов, доступность, возможность лечения большинства заболеваний амбулаторно, безболезненное введение лекарственных веществ. Под действием тока при электросне усиливается регуляторная функция нервной системы, стимулируются функции эндокринной системы, нормализуется состояние внутренних органов и обмен веществ. При проведении физиопроцедур стимулируются процессы микроциркуляции, улучшается насыщение тканей кислородом, снимается стресс. Физиопроцедуры ускоряют и улучшают адаптационные способности организма.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Физиотерапия в лечении невротических расстройств

В настоящее время в основе лечения пациентов с невротическими расстройствами лежит сочетание разнообразных методов психотерапии и психофармакологических препаратов. Однако во многих случаях односторонняя лекарственная терапия недостаточно эффективна и сопровождается рядом нежелательных побочных эффектов. Длительное использование транквилизаторов и антидепрессантов нередко приводит к усилению астении или тревоги, общей слабости, затруднению концентрации внимания, ухудшению памяти, повышению артериального давления, нарушению функции пищеварительного аппарата, сонливости. Клинический эффект такой лекарственной терапии обычно отсрочен на 7–14 дней после начала лечения. В его процессе нередко возникает привыкание к препарату, вынуждающее постепенно увеличивать его дозировку, а иногда – и лекарственная зависимость.

Существенным дополнением лекарственной терапии является дифференцированное использование физических факторов. В современной медицине, особенно в системе активной восстановительной терапии пациентов с заболеваниями нервной системы и пограничной психиатрии, роль физиотерапии непрерывно возрастает. Это объясняется разработкой новых щадящих методик воздействия, не превышающих порог физиологической рецепторной реакции, и новых, более эффективных и мягко действующих физических факторов. Их применение имеет ряд преимуществ по сравнению с лекарственной терапией: практически отсутствуют побочные токсические и аллергические осложнения, нередко наблюдается более устойчивый клинический эффект, многие виды физиотерапии можно применять в любом возрасте, а некоторые

из них (например, массаж и лечебную гимнастику) – и в домашних условиях.

Физические методы лечения широко используются для восстановления функций вегетативной нервной системы.

В зависимости от клинических проявлений невротических расстройств могут применяться успокаивающие (расслабляющие, седативные) или стимулирующие (возбуждающие) физиотерапевтические процедуры. Наилучшие результаты достигаются при комбинировании в курсе лечения нескольких физических факторов.

При электротерапии применяются с лечебной целью различные виды токов, электрических и магнитных полей. При контактных видах электротерапии происходит непосредственное соприкосновение находящихся под напряжением электродов или увлажненных прокладок с кожей или слизистой пациента. К ним относят использование постоянного тока (гальванизация, электрофорез), импульсных токов низкой и звуковой частот (диадинамические и синусоидальные модулированные токи, лечение электроном и др.) и переменных электрических токов высокого напряжения и частоты (ультратонотерапия и местная дарсонвализация).

В настоящей работе из методов электротерапии описывается применение электросна. Электросон как методика, гармонизирующая деятельность ЦНС, применяется и при преобладании тревоги и при преобладании депрессии.

Водолечение как способ терапии и профилактики также известен с древнейших времён. К водолечению, то есть наружному использованию воды различного состава и температуры, относятся: общие влажные укутывания, души, ванны, подводный душ-массаж. Важнейшие факторы лечения водой: температура, химические и механические воздействия.

Теплые и индифферентные воды снижают возбудимость ЦНС и усиливают процессы торможения в ней, обладая успокаивающим действием, улучшают сон, снижают интенсивность парестезий. Динамика сосудистого тонуса внутренних органов антагонистична реакции на термические влияния сосудов кожных покровов: расширение сосудов внутренних органов следует за сужением кожных, и наоборот; лишь сосудистые системы головного мозга и почек независимы от кожных влияний.

Ниже рассматривается применение хвойных ванн у больных с невротическими расстройствами при преобладании тревожного компонента и жемчужных ванн при преобладании депрессии.

Хвойные ванны можно приготовить с помощью порошкообразного или жидкого хвойного экстракта или сделать отвар самим. Для этого 300 г хвойных игл заливают 3 л холодной воды и кипятят в течение 10–20 минут. Отвар выливают в ванну.

Жемчужные ванны готовятся искусственным путем. Компрессором через специальную решётку с большим количеством отверстий на дне ванны нагнетается воздух. Свое название ванны получили в связи с тем, что образующиеся крупные пузырьки воздуха покрывают тело больного подобно жемчугу.

При тревожных и тревожно-депрессивных расстройствах с преобладанием тревоги применяются седативные физические факторы (в данной работе – это электросон и хвойные ванны).

При депрессивных и тревожно-депрессивных расстройствах с преобладанием депрессии назначается тонизирующая физиотерапия (в данной работе – это электросон и жемчужные ванны).

Физические методы, наряду с участием в комплексном лечении тревожно-депрессивного синдрома, при невротических расстройствах могут применяться и для профилактики.

При лечении пациентов со смешанными тревожно-депрессивными расстройствами для оценки выраженности этих синдромов в целом и обоих его компонентов в отдельности используется специальный опросник – Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, см. Приложения, табл. 1)

Представленная информация может оказаться полезной широкому кругу врачей, использующих в системе комплексного лечения тревожно-депрессивного синдрома при невротических расстройствах для повышения его эффективности, экономичности и сокращения сроков лечения также и физические методы.

Клиническая характеристика больных с тревожно-депрессивным синдромом при невротических расстройствах

Как известно, характер невротических проявлений во многом определяется преморбидными личностными особенностями и связанными с ними типами акцентуации характера. Тревожно-фобические и тревожно-депрессивные расстройства формируются у лиц с сенситивными и тревожно-мнительными личностными характеристиками. Депрессивные нарушения обычно развиваются у лиц с заниженной самооценкой, недостаточными волевыми качествами, сдержанностью, скрытностью и склонностью к подав-

лению внешних проявлений эмоций. В настоящее время указанные расстройства составляют в общей популяции от 6,5% до 16,0%.

Тревожный синдром невротической природы предполагает постоянную избыточную готовность организма к быстрому ответу на внешние повреждающие факторы и включает три основных компонента:

1) аффективное переживание с внутренним напряжением, ощущением неопределенной грядущей угрозы и неприятностей, возникающее в стереотипной ситуации и обращенное в будущее; критика к своему состоянию при этом сохраняется;

2) внутреннее напряжение сопровождается симптомами спазмирования мышц (проявляется головными болями, подергиванием мышц, болями в них и в опорно-двигательном аппарате) и вегетативными расстройствами (тахикардией, повышением артериального давления, чувством нехватки воздуха, гипервентиляцией с затруднением вдоха, спастическими болями в животе, потливостью, расстройством стула, полиурией, головокружением и др.);

3) ограничительное поведение, направленное на попытку избежать попадания в условно опасные ситуации – например, выходить из дома, пользоваться общественным транспортом и т.д.

Почти у 60% больных с тревогой наблюдается коморбидность с депрессией, в результате чего возникает тревожно-депрессивное расстройство, или синдром тревожной депрессии. При длительном сохранении тревожного расстройства возможность ее дополнения депрессией возрастает в 4,5-9 раз, а риск суицида в течение жизни повышается до 15-17%.

Депрессивный синдром при неврозах характеризуется тремя основными признаками: сниженным настроением, интеллектуальной и двигательной заторможенностью. Настоящее и прошлое зачастую представляются больными в мрачном свете, будущее видится бесперспективным. Больные ангедоничны (ничто не вызывает удовольствия), жизнь теряет для них интерес, движения замедлены, мимика однообразна. При вопросах они ограничиваются односложными ответами. Замедляются психические процессы, ухудшается память, концентрация внимания. В состоянии депрессии у больных может снижаться аппетит, масса тела, часто нарушается сон, могут быть вегетативные расстройства (склонность к запорам, вегетативно-сосудистая дистония, тахикардия).

Если сейчас первые места в статистических отчетах занимают сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, то по прогнозам к 2020 году на первое место в мире выйдет депрессия.

Для **тревно-депрессивного синдрома** типично пониженное настроение, сочетающееся с тревожной симптоматикой: повышенной возбудимостью, неадекватно повышенной реакцией. Этот синдром часто развивается в связи с эмоциональным перенапряжением или психотравмой. Депрессии предшествуют продромальные стадии – гиперстенически-астеническая и психосоматическая с вегетодистоническими проявлениями и жалобами на функции внутренних органов. При этом часто наблюдается развитие тревожно-ипохондрической симптоматики.

Обычно депрессия развивается значительно позже тревоги, и тогда к характерным клиническим проявлениям тревоги при тревожной депрессии присоединяются признаки депрессии:

- постоянное пониженное, тоскливое или угнетенное настроение с негативной оценкой прошлого, комплексом собственной вины, неверием в будущее и утратой жизненной перспективы;
- ослабление или утрата мотиваций, привычных интересов и способности получать удовольствие;
- заниженная оценка своей личности и одновременно – ценности жизни в целом;
- снижение идеаторной и психомоторной активности в сочетании со слабостью, пониженной работоспособностью и быстрой утомляемостью, приводящее к социальной дезадаптации.

Тревно-депрессивный синдром втрое чаще встречается у женщин.

Кроме того, у больных с депрессивными проявлениями развиваются раздражительность, разнообразные вегетативные нарушения (тахикардия, лабильность артериального давления, сухость во рту, одышка, тошнота, нестабильность работы кишечника, головокружения), ухудшение сна, снижение либидо, импотенция, нарушения менструального цикла, расстройство аппетита и снижение массы тела. Интенсивность вегетативных расстройств особенно нарастает при сочетании тревоги и депрессии из-за характерной для тревожной депрессии активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с тенденцией к формированию панических расстройств и доминированием симпатикотонии. Во многих случаях депрессия сопровождается также неспецифическим болевым синдромом с периодическими или постоянными болями в разных частях тела и стабильным ограничительным поведением на протяжении не менее 2-3 мес. Максимальная выраженность депрессивной симптоматики наблюдается в утреннее время.

Лечение электросном

Оборудование для электросна. Для лечения электросном рекомендуется аппарат ЭС-10-5.

Механизм действия электросна. Механизм действия электросна заключается в прямом и рефлекторном воздействии импульсов электрического тока на кору головного мозга и подкорковые образования больного. Этот ток является слабым раздражителем, проникая во время процедуры через глазницы, он проходит по ходу сосудов и другим тканям в головной мозг, оказывает воздействие на все его структуры, нормализуя высшую нервную деятельность, оказывает седативное и усыпляющее действие. Достигая гипоталамуса и ретикулярной формации, ток вызывает изменение электрической активности и функционального состояния лимбической системы. При этом происходит восстановление эмоционального, вегетативного и гуморального равновесия, в результате чего улучшается деятельность всех систем организма, восстанавливается белковый, липидный и минеральный обмен, снижается уровень холестерина в крови и другие положительные сдвиги в организме.

Проведение процедуры электросна. Пациент укладывается на кушетку. Один раздвоенный электрод накладывается на закрытые веки, другой располагается на сосцевидных отростках в заушной области. Рекомендуемый курс лечения 10 сеансов по схеме: 1-я процедура – 30 мин., 2-я – 40 мин., с 3-ей по 10-ю – 60 мин. по методике проф. В.М. Банщикова стандартными прямоугольными импульсами, с частотой 100 Гц.

Противопоказания для электросна. Электросон противопоказан при индивидуальной непереносимости, воспалительных заболеваниях глаз, близорукости высокой степени, отслойке сетчатки, дерматите кожи лица, наличии металлических предметов в тканях мозга и глазного яблока, лихорадочных состояниях, эпилепсии, истерическом неврозе, краевой глаукоме, нарушении кровообращения II – III степени, онкологических заболеваниях.

Лечение хвойными ваннами

Оборудование для хвойных ванн. Возможно использование, как стандартных бытовых ванн, так и специализированных. Ванна для проведения процедуры должна быть эмалированной или кафельной.

Механизм действия хвойных ванн. Хвойные ванны, раздражая рецепторы кожи, благотворно действуют на центральную

нервную систему, снимают утомление, повышают тонус организма. Хвойные ванны обладают седативным, болеутоляющим, антиспастическим и сосудорасширяющими свойствами. Известен положительный эффект хвойных ванн на верхние дыхательные пути и кожные покровы тела. Они улучшают периферическое кровообращение и трофику, обладают противозудным действием.

Проведение процедуры. В ванну с пресной водой (200-250 литров) при индифферентной температуре 35-37°C добавляется 100 мл жидкого хвойного экстракта на ванну, при этом вода приобретает зеленовато-розовый цвет и приятный запах. Больной должен лежать в ванне спокойно, расслабленно. Под голову желательно подложить полотенце. В ванне надо лежать так, чтобы вода покрывала все тело, а верхняя часть груди оставалась открытой. Рекомендуемое время проведения хвойных ванн 15 мин. После ванны промокните кожу мягким махровым полотенцем. После окончания процедуры необходимо отдохнуть в течение 30–60 минут, лежа или сидя в кресле. Процедуры проводятся ежедневно или через день. Длительность курса 10 процедур. Лучше всего хвойную ванну принимать непосредственно перед сном. Кроме этого, можно принимать хвойные ванны после перенесенного стресса, тогда можно полноценно расслабиться и забыть обо всем, что так взволновало.

Противопоказания для хвойных ванн. Противопоказаниями являются острые воспалительные процессы, недостаточность кровообращения II и III степени, гипертоническая болезнь III степени, нарушения мозгового кровообращения, ишемическая болезнь сердца III и IV степени, злокачественные новообразования, кровотечения, туберкулез легких в активной фазе, инфекционные заболевания, СПИД, эпилепсия, тяжёлые психические заболевания, беременность, гемофилия, частые кровотечения, инфекционные и грибковые поражения кожи и др.

Хвойные ванны отменяют при появлении повышенной возбудимости, плохого сна.

Лечение жемчужными ваннами

Оборудование для жемчужных ванн. Возможно использование, как стандартных бытовых ванн, так и специализированных. Ванна для проведения процедуры должна быть эмалированной или кафельной.

Для подачи в воду воздуха от компрессора под давлением 1,5 атм. рекомендуется к использованию решетка жемчужная для распыления газообразных сред (Словакия) Вод-58.2.

Решётка состоит из резиновых трубок с множеством мелких отверстий (1000-1500 шт.). Решётка кладётся на дно ванны.

Механизм действия жемчужных ванн. Общее действие жемчужной ванны обеспечивают пузырьки воздуха, выходящие из специальной решетки. Они оказывают слабо раздражающее воздействие на кожу всего тела под водой. Кроме этого в механизме действия, присутствует контрастное температурное воздействие воды (35-37 °С) и воздуха (20-25 °С). Раздражение рецепторов кожи оказывает нормализующее действие на периферическую и центральную нервную систему. Усиливается периферическая импульсация в ЦНС, что по принципу прямой и обратной связи приводит к активации корковых и подкорковых центров, в том числе центров сна и бодрствования, тем самым устраняя бессонницу, нормализуя психоэмоциональное состояние, понижается уровень тревожности, улучшается сон. Выраженное механическое раздражение кожи приводит к рефлекторному расширению кожных капилляров и ускорению в них кровотока и улучшению трофики, происходит обогащение кожи кислородом, стимулируется тканевое дыхание. Снижается общее периферическое сосудистое сопротивление, что приводит к снижению артериального давления и повышению систолического выброса. При этом усиливается деятельность сердечнососудистой и дыхательной систем, активизируется лимфоток, обмен веществ и выделительные функции. В результате активизируется центральная нервная система и весь организм в целом. Жемчужные ванны назначают как тонизирующий метод и усиливающий периферическое кровообращение.

Проведение процедуры. В ванну укладывается на дно решётка Вод-58.2, наливается пресная вода (200-250 литров) при индифферентной температуре 35-37°С. Больной должен лежать в ванне спокойно, расслабленно. Под голову желательно подложить полотенце. В ванне надо лежать так, чтобы вода покрывала все тело, а верхняя часть груди оставалась открытой. Включается компрессор для подачи воздуха. Рекомендуемое время проведения жемчужных ванн 15 мин. После ванны промокните кожу мягким махровым полотенцем. После окончания процедуры необходимо отдохнуть в течение 30–60 минут, лежа или сидя в кресле. Процедуры проводятся ежедневно или через день. Длительность курса – 10 процедур.

Противопоказания для жемчужных ванн. Жемчужные ванны противопоказаны при спастических параличах из-за возможности повышения мышечного тонуса, при индивидуальной непереносимости, противопоказанием являются злокачественные но-

вообразования, туберкулез легких, сердечно-сосудистая недостаточность, гипертония II и III степени, тяжелые формы стенокардии, эпилепсия, беременность, инфекционные и грибковые поражения кожи и др.

Психотерапевтическое опосредование и потенцирование физиотерапии

В широком понимании психотерапевтическое опосредование и потенцирование при физиотерапии – усиление эффективности физиотерапии за счёт психотерапевтического сопровождения физиопроцедур.

В механизмах опосредования и потенцирования представлены психологические явления различного уровня. Особое значение играет характер взаимодействия в терапевтической диаде «врач-больной». Сложность и многоплановость процесса терапевтической коммуникации известна. Так, например, обсуждение с пациентом планируемого лечения в значительной мере повышает его эффективность и снижает частоту и выраженность негативных эффектов физиотерапии.

Индивидуально-психологические эффекты опосредования и потенцирования проявляются в первую очередь через процессы косвенного (опосредованного, вооруженного) внушения и плацебо-эффекты. В обязательном порядке учитываются оценочные суждения больного о том лечении, которое врач намерен ему назначить; учет мнения пациента о физиопроцедуре; формирование эмоционального положительного отношения больного к предстоящему лечению; формирование реакции ожидания лечебного действия физиопроцедуры; потенцирование лечебного эффекта, как врачом, так и остальным медицинским персоналом, принимающим участие в лечении больного; дезактуализация возможных побочных явлений, связанных с процедурой; формирование лечебной перспективы в связи с проводимой терапией.

Важным неспецифическим фактором психотерапевтического опосредования и потенцирования является дизайн интерьера и функциональное использование территории вокруг отделения. Оформление помещений проводится с учетом особенностей контингентов больных, психологического воздействия элементов дизайна, создающего непринужденную обстановку, уют и комфорт. Рекомендуется для оформления отделения использовать картины, декоративные растения, приборы бокового освещения и пр.

Проведение различных мероприятий (консультация врача-физиотерапевта, проведение процедур, отдых после процедур) в разных помещениях позволяет осуществить пространственное разделение разных форм работы, что значительно увеличивает их эффективность. Собственная приемная комната позволяет пациенту с первых минут пребывания настроиться на иной, по сравнению с общемедицинским, характер отношений между посетителями и медицинскими работниками. Созданию общего контекста начала психотерапевтического воздействия помогает специальное оформление приемной комнаты, в которой могут находиться книга отзывов пациентов, завершивших лечение, квалификационные удостоверения врачей и медсестёр, цитаты, выдержки из популярной литературы и др.

В кабинете приема, в котором начинается общение, заполняется первичная и иная медицинская документация, уточняются ожидания пациента, касающиеся лечения методами физиотерапии. Здесь может находиться рабочее место среднего медицинского работника, оказывающего помощь врачу в оформлении медицинской документации.

Физиотерапевтические отделения дополнительно могут быть оснащены цветоустановками, позволяющими менять цвет и интенсивность освещения, стереофоническими аудиосистемами для создания необходимого звукового фона (специально разработанные программы классической и «трансовой» музыки, звуки природы), слайдпроекторами для демонстрации изображений, видеосистемами.

Организация работы физиотерапевтического отделения определяется условиями деятельности лечебно-профилактического учреждения, на базе которого оно функционирует. Обычно выделяется время для работы с первичными пациентами и повторными отдельно. Специализированную помощь оказывают физиотерапевтические отделения, созданные на базе профильных лечебно-профилактических учреждений. Например, в психоневрологических, кардиологических и др. институтах или центрах.

Проведение процедур электросна, хвойных и жемчужных ванн возможно как в условиях стационара, так и амбулаторным больным или стационарным (психотерапевтическое отделение в психоневрологическом учреждении), переведённым на более свободный режим, при условии значительного улучшения состояния больного, в целях пробного практического разрешения актуальных производственных и бытовых проблем, намеченных в процессе лечения. Своевременное изменение режима пребывания паци-

ента в отделении способствует восстановлению утраченных в период болезни и нахождения в стационаре социальных связей и служит профилактикой явлений «госпитализма».

При работе с пациентами с выраженными невротическими, нейровегетативными расстройствами, тяжелыми формами неврозов с хроническим течением, осложненными другой патологией, больными, для которых повседневное социальное окружение является постоянным источником декомпенсации, проведение *амбулаторной физиотерапии* является затруднительным или даже невозможным. Желательными условиями при работе с больными с тревожно-депрессивным синдромом в физиотерапевтическом отделении являются:

- наличие специалистов и персонала, имеющих хорошую психотерапевтическую подготовку;
- обязательным условием работы является методичная и последовательная организация психотерапевтической среды, в противном случае в отделении возможно формирование «антитерапевтической» направленности социально-психологического климата;
- для анализа микросоциальных явлений, преодоления «синдрома эмоционального сгорания» специалистов, разрешения трудностей в среде пациентов и персонала должны регулярно проводиться специальные мероприятия, направленные на преодоление этих явлений. В качестве таких мероприятий могут использоваться еженедельные встречи сотрудников отделения для анализа и управления микросоциальными явлениями и выработки стратегии поведения всех сотрудников. Позитивный эффект достигается благодаря максимальному использованию терапевтической роли межличностного взаимодействия персонала отделения и больных.

Алгоритм действий врача - физиотерапевта при лечении тревожно-депрессивного синдрома при невротических расстройствах

1. Уточнение диагноза тревожно-депрессивного расстройства или тревожно-депрессивного синдрома при невротических расстройствах (ставит диагноз врач психиатр, психотерапевт) либо отдельно тревожного или депрессивного синдрома при невротических расстройствах.
2. Выявление преобладания и степени выраженности тревожного или депрессивного синдрома (Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS).

3. Выбор стратегии лечения (по преобладанию тревоги или депрессии, тормозные или активирующие процедуры).
4. Назначение и проведение процедур (хвойные ванны и электросон при преобладании тревоги, жемчужные ванны и электросон при преобладании депрессии).
5. Определение эффективности проведённого лечения через 3 недели (Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS).

Использование электросна в комплексном лечении тревожно-депрессивных невротических расстройств с преобладанием тревоги более эффективно, чем применение только фармакотерапии. Применение хвойных ванн и электросна (именно в такой последовательности и с получасовым перерывом между ними) в комплексе с фармакотерапией более эффективно, чем применение только фармакотерапии, чем лечение электросном с фармакотерапией и чем лечение хвойными ваннами с фармакотерапией.

Применение электросна в комплексном лечении тревожно-депрессивных невротических расстройств с преобладанием депрессии более эффективно, чем применение только фармакотерапии. Применение жемчужных ванн и электросна (в такой последовательности и с получасовым перерывом между ними) в комплексе с фармакотерапией более эффективно, чем применение только фармакотерапии, чем лечение электросном с фармакотерапией и чем лечение жемчужными ваннами с фармакотерапией.

В случае фармакотерапии с комплексной физиотерапией (водные процедуры и электросон) эффективность лечения достоверно выше как по показателям тревоги, так и депрессии, чем при отдельных процедурах. Это относится и к преобладанию тревоги и к преобладанию депрессии.

Применение физических факторов в лечении и реабилитации больных с тревожно-депрессивными невротическими расстройствами повышает эффективность лечения, удешевляет процесс лечения, исключает побочные токсические и аллергические осложнения от лекарственной терапии.

Необходимо более широкое внедрение физиотерапевтических методов в практику работы стационаров (соматических и психоневрологических), поликлиник, психоневрологических диспансеров и санаториев.

Дальнейшая разработка вариантов физиотерапевтического лечения невротических больных с преобладанием в клинической картине тревожных или депрессивных расстройств является перспективной задачей.

Приложения

Таблица 1

Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS (по Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983)

Тревога	Депрессия
<p>Я испытываю напряжённость, мне не по себе: 3 – всё время 2 – часто 1 – время от времени, иногда 0 – совсем не испытываю</p>	<p>Мне кажется, что я стал всё делать очень медленно: 3 – практически всё время 2 – часто 1 – иногда 0 – совсем нет</p>
<p>Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь: 0 – совсем не испытываю 1 – иногда 2 – часто 3 – очень часто</p>	<p>То что приносило мне большое удовольствие и сейчас вызывает у меня такое же чувство: 0 – определённо это так 1 – наверное это так 2 – лишь в очень малой степени это так 3 – это совсем не так</p>
<p>Я испытываю страх кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться: 3 – определённо это так и страх очень сильный 2 – да, это так, но страх не очень сильный 1 – иногда, но это меня не беспокоит 0 – совсем не испытываю</p>	<p>Я не слежу за своей внешностью: 3 – определённо это так 2 – я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 – может быть, я стал меньше уделять этому внимания 0 – я слежу за собой также, как и раньше</p>
<p>Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться: 3 – определённо это так 2 – наверное это так 1 – лишь в некоторой степени это так 0 – совсем не испытываю</p>	<p>Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное: 0 – определённо это так 1 – наверное, это так 2 – лишь в очень малой степени это так 3 – совсем не способен</p>

Продолжение таблицы 1

<p>Беспокойные мысли крутятся у меня в голове: 3 – постоянно 2 – большую часть времени 1 – время от времени и не так часто 0 – только иногда</p>	<p>Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения: 0 – точно так же, как и обычно 1 – да, но не в такой степени, как раньше 2 – значительно меньше, чем обычно 3 – совсем так не считаю</p>
<p>У меня бывает внезапное чувство паники: 3 – очень часто 2 – довольно часто 1 – не так уж часто 0 – совсем не бывает</p>	<p>Я испытываю бодрость: 3 – совсем не испытываю 2 – очень часто 1 – иногда 0 – практически всё время</p>
<p>Я легко могу сесть и расслабиться: 0 – определённо это так 1 – наверное, это так 2 – лишь изредка это так 3 – совсем не могу</p>	<p>Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы: 0 – часто 1 – иногда 2 – редко 3 – очень редко</p>

Шкала предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Отличается простотой применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общемедицинской практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга).

Выдача пациенту шкалы сопровождается инструкцией следующего содержания: «Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Прочитайте внимательно каждое утверждение и отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной».

Каждый из симптомов оценивается по 4-балльной шкале: от 0 (нормальное состояние, нарушения нет) до 3 (максимальное расстройство). После ответа на все вопросы подсчитывается суммарный балл отдельно для тревоги (Т) и депрессии (Д). Итоговая оценка позволяет градуировать тяжесть нарушения: 0-7 – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8-10 – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы.
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80. E-mail: onmi@bekhterev.ru

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 16.04.2012. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № . Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80