

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Л.А. Басова, А.Н. Басов*, Е.М. Васильченко

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов ФМБА России», г. Новокузнецк

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей», г. Новокузнецк*

Обследовано 128 пациентов, имеющих ампутационную кулью нижней конечности, поступивших на первичное протезирование в Федеральный центр реабилитации инвалидов. У 72 (56 %) пациентов этой группы обнаружены психические расстройства. Проведен клинический анализ психических расстройств с учетом особенностей структуры преморбидной личности, даны обоснованные рекомендации по психотерапевтическому и медикаментозному лечению этих пациентов, а также по коррекции фантомно-болевого синдрома, часто (в 70 % случаев) осложнявшего процесс протезирования. Определены относительные противопоказания к протезированию нижней конечности по психическому состоянию пациентов.

Ключевые слова: ампутация, первичное протезирование, реабилитация, психические расстройства

PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS AFTER LOWER LIMB AMPUTATIONS. PSYCHOTHERAPY AND DRUG THERAPY ASPECTS, OPTIMIZING PRIMARY PROSTHETIC FITTING

L.A. Basova, A.N. Basov, E.M. Vasilchenko

We examined 128 patients with lower limb stumps, entered for primary prosthetic fitting to the Federal Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons. Psychological disorders in seventy two (56 %) patients were observed. We carried out clinical analyzes, considering special features of premorbid personality structure and gave detailed recommendations on psychotherapy and drug therapy for these patients. Recommendations on treatment of phantom syndrome, complicating prosthetic fitting were given. Relative contraindications to prosthetic fitting of lower limb were given regarding mental health of patients.

Keywords: amputation, primary prosthetic fitting, rehabilitation, psychological disorders.

Последние десятилетия прошлого века и начало XXI характеризуются ростом частоты и распространенности ампутации нижней конечности во всем мире [10]. Увеличение числа ампутаций связано не только с ростом транспортного и производственного травматизма, но с возрастающим количеством больных сахарным диабетом и сосудистыми заболеваниями, осложнением которых является гангрена конечностей [4]. В России ежегодно выполняется около 43-45 тысяч ампутаций нижней конечности [3].

За последние десятилетия психотерапия активно преодолела психиатрические рубежи и стала успешно внедряться в лечебные системы других областей медицины – терапию, хирургию, онкологию, а также протезирование, включая этапы подготовки к протезированию и обучения пользованию

протезом. В нашей стране, а особенно за рубежом [9], стали происходить заметные изменения во взглядах на роль и возможности психотерапии, в том числе и при первичном протезировании больных. Установлено, что значительное число пациентов с утратой конечности имеют достаточно серьезные расстройства психического здоровья, раннее выявление которых улучшает результаты реабилитации больных. Поэтому врачи-протезисты в своей работе должны учитывать психиатрические проблемы пациентов.

Цель и задачи. Выявить круг психических расстройств у пациентов с культий нижней конечности, осложняющих процесс оказания протезно-ортопедической помощи. Обобщить методы работы психотерапевта по оптимизации процесса их протезирования. Определить относительные противопоказа-

ния данного контингента к протезированию по психическому состоянию пациента.

Материалы и методы. За период 2008–2011 гг. обследовано 128 пациентов (мужчин – 85 чел., женщин – 43 чел.), имеющих ампутационный дефект одной конечности, поступивших на первичное протезирование. Возраст больных от 20 до 65 лет. При обследовании применялся клинико-психопатологический метод, включающий в себя осмотр и расспрос больного, сбор субъективного и объективного анамнеза, регулярное наблюдение за поведением пациента [1]. Для уточнения психологического статуса пациентов использовался дополнительный набор методик: Тесты личностной и ситуативной тревожности Спилберга-Ханина; Субъективная оценка самочувствия, активности, настроения (САН); Проективные рисуночные тесты «Несуществующее животное», «Дом», «Дерево».

Результаты и обсуждение. Частота психических расстройств у пациентов, перенесших ампутацию конечности, составляет от 65 % до 95 % [5]. По своему воздействию на личность ампутация является тяжелым психотравмирующим фактором, негативные последствия которой часто сказываются на протяжении всей последующей жизни человека. Факт ампутации переживается как тяжелейшая трагедия, заключающая в себе громадный разрушительный смысл, часто означает для человека крушение всех его жизненных планов. Ампутация приводит к развитию комплекса неполноценности, существенному снижению уровня притязаний личности, зачастую утрате смысла существования, порождает ряд трудноразрешимых противоречий. Отсутствие конечности требует от личности серьезного напряжения механизмов адаптации, большой внутренней работы по переживанию реакции утраты конечности [8].

По нашим наблюдениям, наибольшая выраженность стрессовой реакции выявлялась в период подготовки к первичному протезированию, когда у больного имели место и соматические, и психические расстройства: повышенный тонус сосудов, гипертензионный синдром, физическая и психическая астения. Психическая астения проявлялась в раздражительности, несдержанности, обидчивости, капризности, пло-

хой концентрации внимания, непродуктивности мышления. Пациенты пребывали в состоянии растерянности и слабо представляли, как будут жить после выписки из стационара. Наше обследование выявило наличие психических расстройств личности у 72 пациентов (56 %). Как правило, это были люди, имевшие малый запас индивидуально-психологических ресурсов, и у них в процессе протезирования возникало психическое состояние, расцененное по МКБ-10 как *расстройство адаптации, возникшее в связи с тяжелым соматическим заболеванием (F43)*. Факторами, способствовавшими его развитию, послужили имевшиеся у многих пациентов преморбидные нарушения психики, соответствовавшие критериям *выраженной акцентуации личности или расстройства личности (F60)* – 50 пациентов, что составило 69,5 % из числа имеющих психические расстройства, и критериям *когнитивного расстройства органического генеза (F06.7)* – 22 пациента (30,5 %).

Клиническая картина расстройств адаптации была достаточно вариабельной и во многом зависела от преморбидных особенностей личности пациентов. Наиболее общими симптомами для всех были опасения по поводу своего здоровья и возможности полной социальной реабилитации, депрессивное настроение, нарушения сна и аппетита, повышенная утомляемость, мнительность, настороженность, иногда взрывчатость, капризность, истерические реакции [7].

У пациентов с расстройством личности *тревожного (избегающего) типа* расстройство адаптации протекало по типу *смешанной тревожно-депрессивной реакции (F43.22)*. У них нарастала неуверенность в себе, они избегали контактов с другими людьми, опасаясь критики и отвержения; в поведении проявляли робость, скованность, преувеличенную осторожность. Им было трудно заводить новые знакомства, так как они считали себя непривлекательными, неинтересными для окружающих, были склонны к развитию дисморфофобии (страх внешнего уродства) и социофобии (страх привлечь негативное внимание окружающих). Эти пациенты нуждались в постоянной защите и одобрении, и психотерапевтическая поддержка со стороны врача заключалась в постоянном про-

явлении эмпатии, внимания и сочувствия; следовало не скучиться на похвалу, постоянно подчеркивая их позитивные качества и достижения. Следовало учить их замечать малейшие успехи в процессе реабилитации, хвалить себя за это, гордиться собой.

У пациентов с расстройством личности *эмоционально неустойчивого типа* расстройство адаптации протекало в виде *реакции с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23)*. У них отмечалось сочетание таких эмоций как тревога, депрессия, беспокойство, гнев, взрывчатость, несдержанность, склонность к тяжелым аффективным вспышкам. Одни пациенты этой группы (чаще мужчины) были не в состоянии длительно поддерживать продуктивные контакты и при малейших затруднениях в процессе протезирования давали *импульсивные вспышки эксплозивных реакций*: эмоционально взрывались, начинали конфликтовать, бросали начатое дело и самовольно покидали стационар или начинали принимать алкоголь. В итоге процесс протезирования прерывался из-за выписки больного из стационара за нарушение режима. Другие пациенты этой группы (чаще женщины) проявляли *истерические формы реагирования*: проявляли повышенную эмоциональность и переменчивость настроения, стремились привлечь к себе внимание, «выделиться из толпы». Они преувеличивали несовершенство изготавляемых протезов, мечтали о дорогих импортных изделиях. Проявляли резко выраженный эгоцентризм, стремились манипулировать окружающими, часто требовали сменить «плохого» мастера-протезиста на «хорошего», и, перебрав всех на предприятии, «впадали в отчаяние» и заваливали жалобами администрацию учреждения.

В отношениях с пациентами эмоционально-неустойчивого типа необходимо следовать следующим психотерапевтическим правилам: 1) принимать пациента таким, как он есть, проявлять терпение, твердость, последовательность и доброжелательность, не позволяя пациенту провоцировать себя на конфликты; 2) не допускать манипуляций со стороны пациента, спокойно и равнодушно относиться как к похвале, так и осуждению со стороны пациента; 3) заключить с пациентом своего рода контракт, в котором установить правила поведения и

требовать их выполнения; 4) распределять с пациентом ответственность за результат протезирования и настаивать на том, чтобы он проявлял терпение и выполнял свою часть работы; 5) своевременно подключать медикаментозную терапию (транквилизаторы, антидепрессанты).

У больных с *когнитивными расстройствами органического генеза* при обследовании отмечались стойкое непродуктивное мышление, снижение внимания, памяти и критических способностей, что снижало включенность пациентов в социальные отношения и мешало им реально оценить потенциальные возможности протезирования. К тому же, часто при отсутствии конечности, они довольно легко передвигались, используя нехитрые самодельные приспособления, и при этом не желали менять привычный способ передвижения. Положение усугублялось ослабленной мотивационной сферой, не дающей достаточных ресурсов, чтобы приложить усилия для освоения протеза. В этом случае мы могли наблюдать установочное поведение, в основе которого лежало скрытое сопротивление протезированию. С такими больными приходилось использовать метод предметно-конкретного обучения с приведением наглядных примеров, знакомя их с другими пациентами, успешно освоившими протез, демонстрируя преимущества пользования протезом, показывая фильмы, альбомы с фотографиями больных на протезах.

При работе с пациентами, пережившими ампутацию и проходящими этап первичного протезирования, необходимо помнить, что они находятся в тяжелом эмоциональном кризисе, и их поведением руководят преимущественно негативные эмоции. Отсюда возникла задача психотерапевта – объяснить пациентам причины возникновения этих дезадаптирующих эмоций, чтобы они, по возможности, осознали их и взяли под контроль разума [8]. Если преобладала *тревога*, то ее результатом были растерянность, замешательство, постоянное внутреннее напряжение, искаженные и негативные суждения, сомнительные решения и пораженческое поведение. Другими эмоциями были: *глубокая печаль* из-за утраты конечности; *переживания беспомощности*, которая продуцирова-

лась затруднениями процесса передвижения; *чувство стыда* при ощущении своей некомпетентности и зависимости от других; *гнев*, адресованный другим людям, событиям или самому себе. В такой ситуации длительной эмоциональной охваченности пациента негативными эмоциями было совершенно недопустимым, в психотерапевтическом плане, врачам и другому медперсоналу проявлять (вольно или невольно) любое пренебрежение переживаниями больного, поскольку это очень быстро приводило к психической декомпенсации пациента. Напротив, в работе с такими пациентами врачам было необходимо постоянно проявлять важнейшее человеческое качество – эмпатию. Эмпатия – это глубокое понимание эмоционального состояния другого человека посредством сопереживания ему, проникновения в его внутренний мир, постоянной вербально и невербально передаваемой врачом пациенту информации: «Я с Вами». Степень эмпатичности врача зависит от его гуманистического мировоззрения, богатства профессионального и жизненного опыта, точности восприятия; умения настроиться, слушая и наблюдая пациента, на одну эмоциональную волну с ним.

Работая с пациентами данного профиля, необходимо также учитывать следующие моменты:

а) исключить в контакте с ними чувство жалости, акцентировать их внимание на возможности сотрудничества с врачом в будущем. Недопустимо поддерживать иждивенческие позиции больных и переоценивать роль одного только протезирования для успешности дальнейшей жизни. Важно предупредить у пациентов развитие отношения к себе как к несамодостаточным субъектам, не позволять им упасть духом и перестать бороться за свою самореализацию в жизни; нужно формировать у пациентов адекватное, но все же оптимистическое отношение к себе, ориентировать их на принятие своих изменившихся возможностей, переосмысление и самореализацию в новых жизненных условиях [7];

б) с самого начала обязательно предупредить пациента, что его первый протез, возможно, не будет антропоморфным, т.е. по-

хожим на человеческую конечность, чтобы уменьшить у него, насколько это возможно, реакцию разочарования при первой «встрече» с протезом. Действуя так, можно избежать многих немотивированных отказов от протеза, при этом, повысив чувство доверия и благодарности к врачу, который, как хороший лоцман, знает все «подводные камни» процесса протезирования и заранее предупреждает «столкновение» пациента с ними.

В нашей клинике мы широко применяли сеансы коллективной психотерапии в палатах (группы по 5-7 человек). Психотерапия включала в себя разъяснительную, седативную, отвлекающую и активирующую формы. Проводилась коррекция масштаба переживаний с использованием техник гештальт-терапии, нейролингвистического программирования, рациональной психотерапии. В результате удавалось изменить отношение больных к имеющимся жизненным обстоятельствам, наметить меры скорейшей адаптации к новой жизни. Во время коллективной терапии пациенты получали взаимную моральную поддержку, обменивались собственным опытом адаптации к своему заболеванию, совместно находили разнообразные пути преодоления эмоционального напряжения и проблем, вызванных отсутствием конечности. Во время сеанса они знакомились с больными, уже удачно освоившими протезное изделие, просматривали фильмы, альбомы с фотографиями таких пациентов; стенды, где на фотографиях демонстрировались примеры хорошей адаптации к жизни на протезе – пациенты за городом, в лесу, в горах, ловят рыбу, плавают, играют в теннис, мяч и пр. И всегда был очень показательным и надолго оставляющим положительное впечатление стенд с фотографиями спортсменов-паралимпийцев и описанием их спортивных и жизненных достижений.

Следует упомянуть о частом наличии у пациентов с отсутствием нижней конечности фантомно-болевого синдрома (ФБС), который так же затруднял процесс протезирования, как и описанные выше психические нарушения. Истинные фантомные боли – это интенсивные и крайне разнообразные болевые ощущения в ампутированной конечности. Причиной ФБС, по современным представлениям, является стойкий очаг патологического возбужде-

ния, сформировавшийся в мозге человека в результате длительной афферентной импульсации от рецепторов пораженного сегмента конечности [2]. По данным Н.Н. Бурденко и М.Д. Злотникова, ФБС после ампутации конечности возникал от 32 % до 50 % случаев и мог иногда оставаться на всю жизнь, причиняя мучительные страдания и вызывая невротические расстройства у пациентов. По нашим данным, ФБС возникал у еще большего числа пациентов, доходя до 70 %. Фантомные боли чаще были постоянными, ноющего характера с усилением в вечернее и ночное время. Больные ощущали в отсутствующих конечностях (чаще в дистальных отделах) онемение, жжение, «ползание мурашек». Реже фантомные боли носили приступообразный характер по типу «дергающих», «простреливающих». Их продолжительность варьировала от нескольких минут до нескольких часов, они возникали с частотой от 3-4 раз в неделю до 3-4 раз в месяц. У всех пациентов с ФБС отмечались неврозоподобные расстройства в виде нарушений ночного сна (трудность засыпания, фрагментированный сон, раннее пробуждение), слабости, раздражительности, сниженного настроения [6]. Наличие ФБС приводило к формированию негативного отношения к протезированию, скрытого сопротивления и неминуемо усложняло работу с пациентом. Лечение ФБС являлось трудной задачей и проводилось только при объединении усилий психотерапевта и врачей-ортопедов, врачей ЛФК и физиотерапевтов. С такими пациентами обязательно проводилась рациональная психотерапия, разъяснявшая суть ФБС, его происхождение, методы лечения. В нашей клинике мы широко использовали лечение ФБС электросном (до 10 сеансов), электрофорезом с аминазином интраназально (до 7-8 сеансов), медикаментозной терапией минимальными дозами галоперидола (до 3 мг/сут.) в комплексе с транквилизаторами сибазоном (5 мг на ночь) или алпразаламом в дозе 1 мг на ночь. При фантомных болях приступообразного характера полезным было назначение антиконвульсанта карбамазепина по 200-400 мг/сут. курсом до 1 месяца. Также проводили групповые сеансы гипноза, когда во время лечебного рапорта проводилось внушение по замене болевых

ощущений на ощущения тепла, расслабления, общей седации, улучшения настроения и самочувствия [8]. Следует отметить, что выраженный болевой синдром иногда являлся помехой для проведения лечения больного гипнозом из-за его невозможности расслабиться.

Наш опыт работы с пациентами с утратой конечности показал, что иногда, несмотря на совместные усилия психотерапевта с врачами-интернистами, процесс протезирования все же заканчивался неудачно из-за неудовлетворительного психического состояния пациента. Оно могло быть таким, что больной не мог или не хотел пользоваться протезом. Эти случаи были редкими, не более 2 %, но ведь и такой процент неудач — пустая трата денег из госбюджета, даром потраченные время, силы и нервы сотрудников. В результате наших наблюдений были определены *относительные противопоказания к протезированию по психическому состоянию*. К ним можно отнести следующие психические расстройства:

1. Средние и глубокие степени патологии интеллекта (врожденная умственная отсталость в степени имбэцильности и идиотии; приобретенные деменции при болезни Альцгеймера, Пика, цереброваскулярных заболеваниях головного мозга и др.);

2. Выраженные эмоционально-волевые расстройства с частыми декомпенсациями (причины — врожденные и приобретенные расстройства личности в результате черепно-мозговых травм, нейроинфекций, эндокринных заболеваний и др.);

3. Душевные заболевания с грубыми личностными деформациями (шизофрения, частые аффективные расстройства психотического уровня, эпилепсия).

Заключение. Таким образом, своеевременная и квалифицированная помощь врача-психотерапевта пациентам с отсутствием конечности в процессе протезирования может предупреждать развитие у них психических расстройств, помогает сохранить и укрепить у них способность к социальной адаптации, делает процесс протезирования более успешным и повышает тем самым общий реабилитационный потенциал личности.

Литература

1. Антропов, Ю.А. Основы диагностики психических расстройств: руководство для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Т. Незнанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.
2. Арзамас, О.В. Фантомная боль как медицинская и социальная проблема / О.В. Арзамас, А.Н. Котов // Медицинская помощь. – 2001. – № 6. – С. 21-27.
3. Васильченко, Е.М. Вероятностная оценка числа ежегодно выполняемых ампутаций конечности на территории федеральных округов Российской Федерации / Е.М. Васильченко // Вестник Всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2005. – № 3 (21). – С. 36-40.
4. Заболеваемость населения России в 2006 году. Статистические материалы / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации; Департамент развития медицинской помощи и курортного дела; ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава». – ч. 1-2. – Москва, 2007. – 169 с.
5. Каменченко П.В., Воробьев В.Ю. Психические нарушения при ампутации конечности // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1992. – № 2. – С.74-77.
6. Лифшиц Л.Я. Фантом ампутированных // БМЭ. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1985. – Т. 26. – С. 190-191.
7. Морозова Е.В. Социально-психологическая адаптация личности на различных этапах заболевания // Медицина в Кузбассе. – 2010. – Спецвыпуск № 4 (Материалы Всероссийского научно-практического семинара, г. Новокузнецк, 1-3 декабря 2010 г.). – С. 15-19.
8. Чорба Н.Е., Капичникова Л.Г., Поплерова М.А. Значение психотерапии в общей системе подготовки к протезированию больных с ампутационными культурами конечностей // Сборник трудов ЦНИИПП по протезированию и протезостроению. – М., 1997. – Вып. № 43. – С.47-51.
9. Steel F., Mackenzie R., Bach T., O'Halloran P. Exploring the Effectiveness of the Mental Health First Aid Course for Prosthetists and Orthotists in Australia // ISPO – the 13th World Congress, Leipzig, 10-15 May 2010.
10. Ephraim P.L., Dillingham T.R., Sector M. et al. Epidemiology of limb loss and congenital limb deficiency: a review of the literature // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2003. – V. 84, № 5. – P. 747-761.

Сведения об авторах

Басова Любовь Андреевна – ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов ФМБА России», Врач-психотерапевт, 654055, Кемеровская обл., г. Новокузнецк, ул. Малая, 7. Тел. 8 (3843) 37-29-25, факс 8 (3843) 37-59-08. E-mail: root@reabil-nk.ru

Басов Александр Николаевич – ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздравсоцразвития России», кандидат мед. наук, доцент кафедры «Психиатрии, психотерапии и наркологии» 654005, Кемеровская обл., г. Новокузнецк, ул. Строителей, 5. Тел. 8 (3843) 36-87-52, факс 8 (3843) 37-59-08. E-mail: postmaster1@ngiuv.net, postmaster-giduv@rambler.ru

Васильченко Елена Михайловна – ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов ФМБА России», Зам. генерального директора по организационно-методической работе, кандидат мед. наук, 654055, Кемеровская обл., г. Новокузнецк, ул. Малая, 7. Тел. 8 (3843) 37-82-94, факс 8 (3843) 37-59-08. E-mail: root@reabil-nk.ru