

Г.Н. Пономаренко, В.Н. Ищук, А.В. Мерзликин,
Б.М. Адхамов, Л.А. Воронина

Реабилитационно-восстановительное лечение военнослужащих, страдающих дезадаптивными расстройствами, в условиях военного санатория

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Представлен сравнительный анализ результатов лечения военнослужащих, страдающих дезадаптивными расстройствами, проявляющимися в виде артериальной гипертензии I степени, нарушениями в психической сфере и ожирением. Показано, что у военнослужащих, получавших на базе военного санатория комплексное реабилитационно-восстановительное лечение, включавшее медикаментозную и немедикаментозную терапию, а также физиотерапевтические процедуры улучшились показатели липидного профиля, снизилось артериальное давление, уменьшилась масса тела, полностью редуцировалась тревожно-депрессивная симптоматика. У военнослужащих, получавших традиционную терапию, в условиях специализированного отделения военного госпиталя значимого улучшения исследуемых показателей не выявлено. Установлено, что медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение военнослужащих как неотъемлемая часть лечебно-профилактических мероприятий проводимых в войсках играет значительную роль в поддержании стабильного уровня соматического здоровья у военнослужащих, страдающих хроническими заболеваниями, в особенности средних и старших возрастных групп. При этом в военных санаториях имеется возможность проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий, сочетающих в себе элементы медицинской реабилитации и традиционного санаторно-курортного лечения – реабилитационно-восстановительное лечение. В целом, комплексное реабилитационно-восстановительное лечение дезадаптивов у военнослужащих, реализуемое в условиях военных санаторно-курортных организаций является более эффективным по сравнению с традиционным лечением в условиях военного госпиталя и позволяет улучшить результативность оказания медицинской помощи такого рода военнослужащих, страдающих хроническими заболеваниями.

Ключевые слова: военнослужащие, медицинская реабилитация, восстановительное лечение, дезадаптивные расстройства, ожирение, артериальная гипертензия, санаторно-курортное лечение, лечебно-профилактические мероприятия.

Ведение. Следствием хронической стрессовой ситуации у военнослужащих является возникновение регуляторного сбоя и развитие дезадаптивного расстройства, которое очень часто проявляется в виде артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия у таких больных часто комбинируется с наличием у них избыточной массы тела и с патологией в психической сфере. В этих случаях, выделить какое заболевание является основным, а какое сопутствующим, бывает нелегко. Поэтому необходимо говорить о сочетании заболеваний. Сочетание заболеваний, по данным А.А. Алмазова [1], В.И. Денисюка [3], наблюдается у 80–90% больных с современной патологией системы кровообращения. При этом артериальная гипертензия является одной из самых частых причин, приводящих к инвалидизации, а нередко и к смерти больных. В последнее время большое внимание у больных с артериальной гипертензией стало уделяться их психологическому состоянию, так как тревожно-депрессивное расстройство у таких пациентов, наряду с курением, гиперхолестеринемией, алкоголизацией, ожирением, рассматривается как одно из основных патогенетических звеньев запускающих заболевание.

В России около 25% лиц трудоспособного возраста имеют избыточную массу тела и 30% страдают ожирением [5]. Во многих индустриально развитых странах число больных ожирением за последние десятилетия увеличилось вдвое. Предполагается, что к 2025 г. в мире от ожирения будут страдать 40% мужчин и 50% женщин [6]. У лиц, страдающих ожирением, вероятность развития дезадаптивных расстройств в виде артериальной гипертензии (АГ) на 50% выше, чем у лиц с нормальной массой тела. На каждые лишние 4,5 кг систолическое артериальное давление (САД) повышается на 4,4 мм рт. ст. у мужчин и на 4,2 мм рт. ст. у женщин. Особую опасность представляет центральный тип ожирения с преимущественным отложением жира в абдоминальной области. Частое сочетание висцерального ожирения, нарушений углеводного и липидного обмена, также АГ и наличие тесной патогенетической связи между ними послужило основанием для выделения их в самостоятельный метаболический синдром (МС) [7]. Выделение МС имеет большое клиническое значение, поскольку, с одной стороны, это состояние является обратимым, т.е. при соответствующем лечении можно добиться

исчезновения или, по крайней мере, уменьшения выраженности основных его проявлений, а с другой стороны, оно предшествует возникновению таких грозных заболеваний как ишемическая болезнь сердца, АГ и атеросклероз – заболеваний, которые в настоящее время являются основными причинами повышенной смертности населения.

Важность наличия у таких больных тревожно-депрессивного расстройства, которое усугубляет течение как самого дезадаптоза, так и ожирения, что, несомненно, говорит о неблагоприятном прогнозе. Патологическое воздействие тревожно-депрессивного расстройства включает активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что сопровождается гиперкортизолиемией, нарушением функций эндотелия, дислипидемией. Происходит активация симпат-адреналовой системы, что сопровождается повышением артериального давления (АД), снижением вариабельности сердечного ритма, увеличением риска жизнеопасных аритмий и внезапной коронарной смерти. Подавление активности серотонинергической системы способствует тромбообразованию за счет повышения агрегации тромбоцитов и снижения активности фибринолиза, а также развитию коронарораспазма. Часто тревожно-депрессивное расстройство проявляется через изменение поведения больного. Таких пациентов отличает повышенная склонность к курению, злоупотребление алкоголем, снижение физической активности, несоблюдение диеты и, как правило, ожирение. У этих больных наблюдается сниженный уровень участия в лечебном и реабилитационном процессе.

Цель исследования. Оценить эффективность реабилитационно-восстановительного лечения в условиях санатория при дезадаптивных расстройствах, проявляющихся в виде артериальной гипертензии в сочетании с ожирением и нарушениями в психической сфере.

Материалы и методы. Обследованы 56 больных с дезадаптозом, проявляющимся в виде АГ I степени, ожирением и тревожно-депрессивным расстройством. Обследуемых разделили на две группы. Первая группа включала 26 человек, которым были проведены реабилитационные мероприятия, включающие медикаментозную и немедикаментозную терапии, а также физиотерапевтическое лечение на базе военного санатория «Марфинский». Во вторую группу вошли 30 пациентов, которые получали обычное лечение в кардиологическом отделении 3-го центрального военного клинического госпиталя им. А.А. Вишневого. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, массе тела и длительности заболевания. Медикаментозная терапия включала в себя:

- β-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина II (симптоматическая кардиологическая терапия);
- психотропные препараты – бензодиазепиновые и не бензодиазепиновые транквилизаторы и

антидепрессанты – преимущественно блокаторы обратного захвата серотонина (коррекция тревожно-депрессивного расстройства).

Немедикаментозная терапия включала в себя:

- диетотерапию (умеренная гипокалорийная диета с дефицитом 500–600 ккал/сут, сниженное содержание жиров в пище до 20–30%, гиполлипидемическую направленность диеты (допустимое содержание насыщенных жиров не превышало 10%);
- повышенную физическую активность в виде нордической ходьбы;
- физические методы терапии: магнитолазерная терапия, через 15 мин электросон-терапия в течение 10 дней;
- цветокоррекцию и компьютерные виртуальные информационно-корректирующие программы суггестивного воздействия;
- психотерапевтическую терапию – рациональная, поведенческая, суггестивная.

Характеристика обследованных больных представлена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика обследованных больных, М±σ

Показатель	1-я группа	2-я группа
Пол, м/ж	11/15	12/18
Возраст, лет	38,9±3,5	40,3±4,7
ИМТ, кг/м ²	35,8±5,9	34,0±5,1
ОТ/ОБ	1,27±0,09	1,25±0,06
Ожирение I–II ст., кол-во больных	24	26
Ожирение III ст., кол-во больных	2	4
Продолжительность заболевания, лет	4,1±1,2	4,6±1,2

Примечание: ИМТ – индекс массы тела; ОТ/ОБ – соотношение объема талии к объему бедер.

При поступлении в санаторий всем больным выполняли комплексное обследование, включавшее оценку клинических данных, лабораторные и инструментальные исследования, а также исследования психического статуса (клинические шкалы депрессии и тревоги Гамильтона [8], шкала астенического состояния Л.Д. Малковой в модификации Т.Г. Чертовой [4]). Степень ожирения устанавливалась в соответствии с общепринятой классификацией Всемирной организацией здравоохранения [2], согласно которой при значении ИМТ, равном 30–34,9 кг/м² диагностировалась I степень, 35–39,9 кг/м² – II степень, 40 кг/м² и более – III степень ожирения.

Статистическую обработку результатов проводили с применением пакета прикладных программ Statistica for Microsoft Windows. Рассчитывали средние значения, стандартную ошибку, среднее квадратичное отклонение. Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у всех исследуемых были выявлены гипотим-

ные ситуационные реакции, ситуационная тревога имела значительную выраженность, беспредметная тревога была выражена умеренно. Всем было присуще чувство тоски, угнетенности, подавленности, апатии, раздражительно-недовольное настроение, умеренная астения. Выявлено, что у 12 человек 1-й группы и 16 2-й группы в крови был повышен уровень общего холестерина, липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП). У обследуемых 1-й группы после проведенного комплексного реабилитационного лечения АГ I степени стала встречаться достоверно ($p < 0,05$) реже, чем до лечения. Среди больных 2-й группы по окончании периода наблюдения частота встречаемости АГ I степени достоверно ($p < 0,05$) не изменилась. У пациентов 1-й группы после проведенного лечения наблюдалось снижение концентрации триглицеридов, ЛПНП, общего холестерина сыворотки крови ($p < 0,05$). Во 2-й группе существенной динамики показателей липидограммы не выявлено. У больных 1-й группы в конце 2-й, начале 3-й недели проводимых комплексных реабилитационных мероприятий достоверно снизились депрессивные проявления, уменьшился уровень тревоги и раздражительности, нормализовался сон, улучшились когнитивные функции, редуцировалась астения. Во 2-й группе больных уровень депрессии, тревожности, раздражительности и астении после лечения оставался на прежнем уровне.

Установлено, что до начала лечения частота сердечных сокращений (ЧСС) в обеих группах выходила за пределы нормальных колебаний. Существенно повышенными оказались все параметры АД (систолического – САД, диастолического – ДАД и среднего – СрАД,). Средние значения, которых были практически одинаковыми в обеих группах и соответствовали АГ I степени. Увеличение ударного объема (УО) и минутного объема (МО) сердца сочеталось с некоторым повышением общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). Приведение МО и УО к единице поверхности тела, то есть расчет минутного и ударного индексов (МИ и УИ) не выявил существенного их увеличения (табл. 2).

После проведенного лечения большинство гемодинамических показателей в исследуемых группах достоверно различались. Так, в 1-й группе произошло снижение всех видов системного АД, нормализовалось ОПСС. Кроме того, реабилитационно-восстановительное лечение военнослужащих, страдающих дезадаптозами, проявляющимся в виде АГ I ст., страдающих ожирением и тревожно-депрессивным расстройством, в условиях военного санатория сопровождалось быстрым и стойким улучшением показателей липидного и углеводного обмена, снижением АД, стойким снижением массы тела, полным редуцированием тревожно-депрессивной симптоматики, заинтересованностью и участием самих обследуемых в проводимой терапии в сравнении с такими же военнослужащими, проходившими стандартное лечение в специализированном отделении военного госпиталя.

Заключение. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение военнослужащих, как неотъемлемая часть лечебно-профилактических мероприятий проводимых в войсках, играет значительную роль в поддержании стабильного уровня соматического здоровья у военнослужащих, страдающих хроническими заболеваниями, в особенности средних и старших возрастных групп. При этом в военных санаториях имеется возможность проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий, сочетающих в себе элементы медицинской реабилитации и традиционного санаторно-курортного лечения – реабилитационно-восстановительное лечение. Комплексное реабилитационно-восстановительное лечение дезадаптов у военнослужащих, реализуемое в условиях военных санаторно-курортных организаций, является более эффективным по сравнению с традиционным лечением в условиях военного госпиталя и позволяет улучшить результативность оказания медицинской помощи такого рода военнослужащим, страдающим хроническими заболеваниями.

Литература

1. Алмазов, А.А. Метаболический сердечно-сосудистый синдром / А.А. Алмазов [и др.] – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 1999. – 202 с.

Таблица 2

Показатели системной гемодинамики, ИМТ и ОТ/ОБ у больных до и после лечения

Показатель	До лечения		p≤	После лечения		p≤
	1-я группа	2-я группа		1-я группа	2-я группа	
САД, мм рт. ст.	154,1±11,4	151,5±10,9	0,01	126,1±8,3	135,9±9,1	0,001
ДАД, мм рт. ст.	90,3±9,6	91,8±9,8	0,05	86,5±8,0	96,5±9,7	0,01
СрАД, мм рт. ст.	119,6±9,6	120,1±9,9	0,01	105,1±7,9	125,3±8,9	0,05
ЧСС, уд/мин	88,7±3,1	94,2±2,2	0,05	70,0±3,0	81,2±2,3	0,001
УО, мл	91,67±4,8	94,70±4,6	–	99,16±3,2	94,34±7,8	0,01
УИ, мл/м ²	43,65±3,4	45,10±3,2	–	47,22±2,6	44,02±4,1	–
МО, л	7,24±0,4	7,29±0,5	0,05	6,92±0,3	7,16±0,4	0,05
МИ, л/м ²	3,45±0,3	3,47±0,3	–	3,30±0,2	3,41±0,2	–
ИМТ, кг/м	35,8±5,9	34,0±5,1	0,05	26,8±5,9	35,1±5,1	0,001
ОТ/ОБ	1,27±0,09	1,25±0,06	0,05	3,47±0,09	1,15±0,06	0,05

2. Бессесен, Д.Г. Избыточный вес и ожирение / Д.Г. Бессесен, Р. Кушнер; пер. с англ. А. Анваера [и др.]. – М.: Бином, 2006. – 239 с.
3. Денисюк, В.И. Болезни сердца и сосудов в сочетании с патологией других органов и систем / В.И. Денисюк. – Винница: Держ. картогр. фабрика, 2012. – 350 с.
4. Ильин, Е. П. Психология общения и межличностных отношений / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2013. – 573 с.
5. Маколкин, В.И. Метаболический синдром. Современные представления / В.И. Маколкин, Д.А. Напалков. – М.: Миклош, 2012. – 110 с.
6. Морбидное ожирение / под ред. И.И. Дедова. – М.: Мед. информ. агентство, 2014. – 605 с.
7. Шепелев, А.А. Абдоминальное ожирение и метаболический синдром / А.А. Шепелев, А.П. Шепелев, Л.А. Шовкун. – Ростов н/Д.: РостГМУ, 2013. – 394 с.
8. Штейнберг, И. Качественные методы. Полевые социологические исследования / И. Штейнберг [и др.]. – СПб.: Алетейя Историческая книга, 2009. – 345 с.

G.N. Ponomarenko, V.N. Ischyc, A.V. Merzlikin, Adhamov B.M. , L.A. Voronina

Rehabilitation and recovery treatment of servicemen with dezadaptivny disorders in a military sanatorium

Abstract. *We present comparative analysis of the treatment of soldiers suffering from maladaptive disorders, manifested in the form of I degree of hypertension, mental health disorders and obesity. It is shown that the soldiers treated on the basis of the military sanatorium complex rehabilitation treatment, which included medication and non-drug therapy and physiotherapy improved lipid profile, decreased blood pressure, decreased body weight, completely reduced anxious and depressive symptoms. In the military, receiving traditional therapy in a specialized department of the military hospital significant improvement in the parameters studied were found. It has been established that the medical rehabilitation and sanatorium-resort treatment of servicemen, as an integral part of treatment and prevention activities, carried out in the army, plays an important role in maintaining stable level of physical health in military personnel suffering from chronic diseases, especially of the middle and older age groups. In the military sanatorium there is the possibility of complex therapeutic and preventive measures, combining elements of traditional medical rehabilitation and spa treatment - rehabilitation treatment. Overall, a comprehensive rehabilitation treatment maladaptive disorders in servicemen, realized in a military sanatorium organizations is more effective than traditional treatment in a military hospital, and can improve the effectiveness of care of such soldiers suffering from chronic diseases.*

Key words: *military personnel, medical rehabilitation, recovery treatment, maladaptive disorders, obesity, arterial hypertension, sanatorium and recovery treatment, treatment and preventive measures.*

Контактный телефон: +79117330404; e-mail: bundeswer@mail.ru