



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 616-001.36-08

В.П.Ярошенко, А.М.Щегольков, В.Е.Юдин, М.В.Лямин — Особенности течения травматической болезни у раненых с висцеральной патологией и их комплексная медицинская реабилитация.

В современных вооруженных конфликтах течение *травматической болезни* (ТБ) у раненых характеризуется развитием тяжелых соматических и психосоматических расстройств, существенным снижением адаптационных возможностей организма, тотальной нуждаемостью в медико-психологической реабилитации. Патология внутренних органов у раненых изучена преимущественно в ранний послераневой период, но особенности госпитального этапа реабилитации раненых с *висцеральной патологией* (ВП) разработаны недостаточно.

Цель исследования. На основании изучения особенностей висцеральной патологии и психического состояния раненых с последствиями *минно-взрывных ранений* (МВР) в период реконвалесценции ТБ разработать программы их реабилитации в условиях реабилитационного центра с применением современных медицинских технологий.

В условиях 6 ЦВКГ обследовано 215 раненых (мужчин в возрасте 19–43 лет), поступивших на реабилитацию после МВР в сроки от 1 до 3 мес.

Программа их обследования включала современные общеклинические, лабораторные, инструментальные и психофизиологические методы исследования. Для повышения эффективности медицинской реабилитации раненых с ВП разработаны специальные комплексные реабилитационные программы, включающие: режимы 1, 2 или 3 в зависимости от состояния пациента, диету № 15 (при дефиците массы тела назначалась нутриционная поддержка), ЛФК, массаж, физиотерапию, психотерапию, медикаментозное лечение (по показаниям), лечебно-тренировочное протезирование. Для раненых с психологическими стрессовыми реакциями дополнительно назначались психофармакологические средства (транквилизаторы и ноотропы, седативные и стимулирующие средства растительного происхождения), методы групповой психотерапии, аутогенной тренировки. Раненым с патологическими психогенными реакциями дополнительно назначались нейролептики и антидепрессанты, иглорефлексотерапия. Для купирования *посттравматических стрессовых расстройств* (ПТСР) дополнительно применялись мето-

ды косвенного внушения и биоакустической психокоррекции. Для раненых с нарушениями вентиляционной функции легких типовая реабилитационная программа была дополнена комплексами лечебной гимнастики с применением упражнений для коррекции нарушений вентиляции.

При поступлении в реабилитационный центр у 13,5% раненых выявлено адекватное отношение к ранению, у 44,6% — незначительное снижение функциональных возможностей психической адаптации, у 24,7% — достоверное повышение уровней тревожности, психастеничности, социальной дизадаптации, невротизации и вегетативной неустойчивости, что свидетельствовало о развитии патологических психогенных реакций. ПТСР диагностированы у 17,2% пострадавших.

Недостаточность питания отмечена у 78 (36,2%) раненых. Снижение массы тела происходило не только за счет потери жира организмом, но и за счет уменьшения мышечного компонента, что свидетельствует о длительной гиперметаболической и катаболической направленности обмена веществ.

Наиболее часто наблюдались нарушения внутрижелудочковой проводимости (45,5%), синусовая тахикардия (23,7%), синусовая аритмия (21,8%), гипертрофия миокарда левого желудочка (14,8%), статистически достоверное снижение фракции выброса по сравнению со здоровыми лицами.

У 14,2% раненых выявлены умеренные нарушения функции внешнего дыхания по обструктивному типу, у 19,8% — по рестриктивному. В 21,8% случаев диагностирован гипервентиляционный синдром с высокими уровнями личностной и реактивной тревожности.

Наиболее частыми изменениями пищеварительной системы были: хронический гастродуоденит с повышенной кислотностью (83,6%), рубцовые изменения луковицы двенадцатиперстной кишки (11,9%).

По данным *электроэнцефалографии* (ЭЭГ) выявлено снижение амплитудного уровня потенциалов головного мозга. Очаговые изменения были нечеткими и проявлялись в 21,1% случаев. У 31,6% раненых отмечались эпилептиформные знаки, что



отражает дисфункцию диэнцефальной области мозга.

Повышение АКТГ, ТТГ, снижение уровня СТГ, снижение активности щитовидной железы и тестостерона соответствовало стадии истощения по Г.Селье. Иммунный статус характеризовался снижением абсолютного и относительного числа Т-лимфоцитов, хелперной и супрессивной функции Т-лимфоцитов, умеренным повышением числа В-лимфоцитов, отсутствием нарастания концентрации сывороточных иммуноглобулинов.

У 90,3% обследованных диагностировано нарушение адаптационных реакций различной степени выраженности, в т. ч. в 16,9% случаев — состояние дизадаптации.

Реабилитация по оптимизированным программам способствовала гармонизации показателей ЭЭГ, нормализации состояния психики и повышению ее адаптивных возможностей: улучшение самочувствия, активности, настроения, состояния нейродинамических процессов, снижение уровней тревожности и невротизации.

У всех пациентов отмечено улучшение общего состояния, уменьшение или исчезновение одышки при физической нагрузке, улучшение показателей ФВД и нормализация газового состава крови, произошло существенное улучшение показателей центральной и периферической гемодинамики.

О существенном укреплении иммунитета свидетельствовал прирост общего количества лимфоцитов, Т-лимфоцитов и Т-хелперов на фоне снижения количества Т-супрессоров, В-лимфоцитов, иммуноглобулинов G и уровня циркулирующих иммунных комплексов.

Следствием успешной реабилитации явилось увеличение числа лиц с полной и

неполной адаптацией 1-й степени с 40,2 до 88% и уменьшение числа лиц с неполной адаптацией 2-й и 3-й степеней с 59,8 до 12%.

На фоне положительной динамики большинства исследуемых показателей у раненых отмечалось улучшение показателей качества жизни.

Установлено, что включение профессиональной переподготовки в комплексную реабилитацию пострадавших (обучение основам компьютерной грамотности) способствовало улучшению их психофизиологического и эмоционального состояния, снижению уровня невротизации, оптимизации процессов торможения и возбуждения в коре головного мозга.

Полученные данные позволяют заключить, что основными чертами общей и висцеральной патологии у раненых с МВР в период реконвалесценции травматической болезни являются: связь с патологией острой фазы болезни, нередко ее персистенция или дальнейшее развитие; преимущественно функциональный характер общей патологии; нарушение психоэмоциональной и вегетативно-нервной сфер; изменения адаптационного, метаболического и иммунологического характера.

Комплексные программы реабилитации раненых с последствиями МВР, основанные на синдромо-патогенетическом и клинко-функциональном принципах, существенно повышают эффективность реабилитации на позднем госпитальном этапе. Профессиональная переподготовка обеспечивает улучшение их психофизиологического состояния, повышает возможности преодоления возникших в результате ранения ограничений жизнедеятельности и способствует более успешной социальной адаптации.

© В.В.МАТВИЕНКО, А.Д.БУЧНОВ, 2009
УДК 616.721-057.36-036.86

В.В.Матвиенко, А.Д.Бучнов — Оценка эффективности и прогноз успешности реабилитации военнослужащих с заболеваниями позвоночника.

Высокие показатели заболеваемости, дисквалификации и увольняемости военнослужащих по классу болезней костно-мышечной системы, проявление в более молодом возрасте указанной патологии в последние десятилетия и ее социальная значимость обуславливают актуальность проблемы *дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (ДДЗП)* в ВС РФ.

ДДЗП в настоящее время получили весьма широкое распространение. По данным материалов ВОЗ «Инициатива по бо-

лям в пояснице», боль в спине является второй по частоте после респираторных заболеваний причиной обращаемости к врачу и третьей — по частоте госпитализации. ДДЗП относят к мультифакторным заболеваниям, первично поражающим межпозвоночный диск, вторично — другие отделы двигательного позвоночного сегмента, опорно-двигательного аппарата и нервную систему, имеющими генетическую предрасположенность, реализуемую факторами внешней и внутренней среды.