

ОПЫТ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ АСТЕНО-ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Рехтин Н.Ф., заслуженный врач РФ, канд. мед. наук, главный врач;
Дьячкова-Рехтина Н.Н., врач-психотерапевт высшей категории, канд. мед. наук,
ООО «Санаторий «Эдем», г. Белокуриха, Алтайский край*

Центральное место в клинической концепции психосоматических расстройств занимает эмоциональный стресс. По выраженности вегетативной дисфункции можно косвенно судить о степени эмоциональной напряженности. Клиническая картина многих соматических заболеваний также нередко дополняется нейровегетативными расстройствами: психовегетативными и нейровегетативными симптомокомплексами, являющимися признаками коморбидной психической и соматической патологии. Формируются психосоматические расстройства, как правило, на фоне астенического синдрома. Хронические психоэмоциональные перегрузки выходят на первое место среди факторов риска развития психосоматических расстройств, и это определяет значительное распространение нарушений вегетативного и психоэмоционального статуса. Коррекция нарушений вегетативного обеспечения функций жизненно важных органов и систем является одной из актуальных проблем современной медицины.

В последнее время в медицинской практике при лечении психосоматических заболеваний шире стали применяться препараты растительного и животного происхождения, позволяющие активно управлять процессами адаптации и повышать энергетические резервы организма. Одним из наиболее перспективных и научно обоснованных направлений натуротерапии является применение лечебно-оздоровительных продуктов на основе пантового оленеводства. В последние годы активно исследовались механизмы их действия и разрабатывались различные оздоровительные и лечебные программы и препараты на основе пантового сырья. Применение данных препаратов основано на их иммуномодулирующем, гонадотропном, гипотензивном, общем адаптационном действии (Удуд В.В., Быков В.Т., Бородулин Е.В. и др., 2000; Левицкий Е.Ф., Гриднева Т.Д., Голосова Л.О. и др., 2003).

Согласно данным литературы (Михайлов В.М., 2000; Несина И.А., Люткевич А.А., 2009), эти препараты имеют специфическое воздействие на вегетативную регуляцию. Пантогематоген — природный продукт пантового оленеводства Горного Алтая, созданный на основе современных технологий. Технология производства позволяет сохранить в первозданном виде весь комплекс биологически активных веществ: макро- и микроэлементы, аминокислоты, пептиды, липиды, основания нуклеиновых кислот, а главное — биоэнергетическую информацию. Созданный в 1995 году препарат «Пантогематоген сухой», изученный в эксперименте и клинике, обладает доказано выраженным адаптогенным действием (Гольдберг Е.Д. и др., 1997; Марина Т.Ф., 1991; Сулов Н.И., 1995, 1999; Методические рекомендации № 2000/79 «Вегетостабилизирующие эффекты бальнеотерапии с пантогематогеном в лечении астеновегетативных нарушений»). Основное действие пантогематогена направлено на пробуждение и включение внутренних резервов организма, восстановление физиологических функций, подъем иммунного статуса.

На базе санатория «Эдем» проведено изучение клинической эффективности препарата «Пантогематоген сухой» в комплексной терапии астеновегетативных нарушений у пациентов с психосоматическими заболеваниями.

В группу наблюдения были включены 30 пациентов с соматоформными дисфункциями вегетативной нервной системы, астеническим синдромом и функциональными вегетативными расстройствами, которые получали в комплексной терапии бальнеолечение ваннами «О-Панто» для взрослых с содержанием 2 г пантогематогена на одну ванну. Контролем служила группа из 30 человек, которые получали ванны на природной азотно-кремнистой воде. Средний курс принятых ванн составил 8-10 процедур в обеих группах, продолжительность процедуры — 10-15 мин. Дополнительно проводимые процедуры в обеих группах были аналогичны (психотерапия, физиотерапевтические процедуры, АФК, массаж). Длительность лечения составила в среднем $11,2 \pm 2,1$ дня.

До лечения основными жалобами у пациентов обеих групп были мигреноподобная или постоянная тупая головная боль и эпизодические головокружения, эпизодические сердцебиения, онемение в пальцах рук и ног, усиленное потоотделение и др., которые характеризуют рассогласование в работе вегетативной нервной системы, а также астенические симптомы (усталость, вялость, недомогание, снижение физической и умственной работоспособности, нарушение сна, раздражительность, лабильность артериального давления — АД).

Критериями оценки эффективности лечения служили динамика клинических симптомов, оценка признаков вегетативных изменений, оценка психологического статуса, адаптивных реакций, качества жизни.

На фоне лечения достоверная динамика клинических симптомов наблюдалась в обеих группах. Так, в 91,8% случаев в основной группе сократилось число жалоб на головную боль, шум в голове, головокружение, все пациенты отметили улучшение самочувствия. В контрольной группе данная симптоматика по завершении лечения отсутствовала в 89,4% случаев. Положительная динамика со стороны жалоб неврологического характера в основной группе выразилась в уменьшении раздражительности, неустойчивости настроения и отмечена у 87,9% больных, в контрольной группе — лишь у 51% больных.

У пациентов основной группы средние значения систолического АД при поступлении в санаторий составили $139,0 \pm 12,5$ мм рт.ст., диастолического АД — $89,0 \pm 9,7$ мм рт.ст., в контрольной группе — $135,5 \pm 14,2$ и $90,0 \pm 9,1$ мм рт.ст. соответственно. У пациентов обеих групп в динамике лечения достоверно снижалось как систолическое, так и диастолическое АД: в основной группе до $123,0 \pm 10,1$ ($p < 0,05$) и $80,0 \pm 6,2$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), в контрольной — до $121,0 \pm 9,5$ ($p < 0,05$) и $79,0 \pm 7,1$ мм рт.ст. ($p < 0,05$) соответственно.

По данным I части опросника, для оценки вегетативных изменений, заполняемой пациентами, в основной группе суммарная балльная оценка составила до лечения $41,7 \pm 4,02$, в контрольной группе — $38,1 \pm 2,5$, после лечения — $29,3 \pm 2,1$ ($p < 0,01$) и $33,9 \pm 3,1$ соответственно. В динамике лечения в основной группе отмечено достоверное снижение признаков вегетативной дисфункции в 1,4 раза. В контрольной группе признаки вегетативной дисфункции снизились в 1,1 раза.

При оценке II части опросника для выявления признаков вегетативной дисфункции, заполняемой врачом, в основной группе суммарная балльная оценка составила до лечения $48,1 \pm 3,7$, в контрольной группе — $45,1 \pm 3,5$; после лечения — $32,1 \pm 3,5$ ($p < 0,05$) и $39,5 \pm 3,2$ соответственно. В динамике лечения признаки вегетативной дисфункции в основной группе достоверно снизились в 1,5 раза. В контрольной группе не наблюдалось достоверного снижения признаков вегетативной дисфункции. Возможно, курс бальнеотерапии азотно-кремнистыми ваннами из 8-10 процедур является недостаточным для полной реализации вегетостабилизирующего эффекта.

Оценка психологического статуса по значениям реактивной и личностной тревожности (шкала самооценки Спилбергера-Ханина) выявила исходно высокие значения реактивной и личностной тревожности в обеих группах. После санаторной реабилитации в основной группе достоверно снизились значения как реактивной ($p < 0,01$), так и личностной тревожности ($p < 0,05$): с $46,1 \pm 3,1$ до $34,5 \pm 3,1$ и с $45,1 \pm 3,1$ до $37,3 \pm 3,1$. В контрольной группе достоверно снизился только уровень реактивной тревожности с $47,5 \pm 3,1$ до $36,1 \pm 3,0$ ($p < 0,05$), уровень личностной тревожности в динамике лечения достоверно не изменился ($47,1 \pm 4,0$ и $40,1 \pm 3,3$ соответственно).

Депрессивные расстройства у наблюдаемых пациентов соответствовали легкому уровню депрессии и были отмечены в основной группе у 53,1%, в контрольной группе — у 52,7%. По завершении программы санаторного лечения у пациентов основной группы депрессивные расстройства регрессировали в 36,7% случаев, в контрольной группе депрессивные расстройства регрессировали только у 4 пациентов (13,3%), в остальном структура больных с легкими депрессиями не изменилась. В основной группе степень депрессии у пациентов по шкале Бека уменьшилась с $21,1 \pm 2,5$ до $13,1 \pm 1,5$ балла ($p < 0,01$). В контрольной группе степени депрессии снизилась недостоверно, и значения ее составили $22,3 \pm 2,1$ и $19,7 \pm 1,9$ балла.

При оценке показателей качества жизни по I части Ноттингемского профиля здоровья отмечено, что наиболее существенное снижение качества жизни в обеих группах было отмечено (в баллах) по шкалам «Сон», «Эмоциональные реакции», «Энергичность», «Социальная изоляция». В динамике лечения в обеих группах достоверно улучшилось качество жизни по шкале «Энергичность» (с $33,7 \pm 2,5$ до $23,8 \pm 2,3$ ($p < 0,05$) и с $29,7 \pm 9,6$ до $14,3 \pm 5,7$ ($p < 0,05$) соответственно группам). Кроме того, в основной группе достоверно улучшилось качество жизни по показателям «Эмоциональные реакции» (с $27,8 \pm 2,5$ до $12,7 \pm 1,7$, $p < 0,01$), «Сон» (с $26,5 \pm 3,1$ до $15,6 \pm 2,1$, $p < 0,01$), «Социальная изоляция» (с $17,9 \pm 2,1$ до $10,7 \pm 0,1$, $p < 0,05$). В контрольной группе данные показатели существенно не изменились.

Анализ показателей качества жизни по II части Ноттингемского профиля здоровья выявил, что в наблюдаемых группах больных состояние здоровья негативно влияло на такие стороны повседневной жизни пациентов, как «Профессиональная деятельность», «Ведение домашнего хозяйства», «Полноценный отдых», «Половая жизнь», «Отношения с близкими». По завершении курса санаторного лечения с применением бальнеологических процедур с препаратом «О-Панто» отмечена положительная динамика в отношении влияния здоровья на различные аспекты повседневной деятельности. Так, в 4,3 раза снизилось количество пациентов, у которых состояние здоровья негативно влияло на полноценный отдых, в 2,7 раза — на профессиональную деятельность, в 2,3 раза — на отношения с близкими и половую жизнь. В контрольной группе в 2 раза снизилось количество пациентов, у которых состояние здоровья негативно влияло на ведение домашней деятельности, существенной динамики в отношении других показателей не наблюдалось.

Оценка состояния неспецифических адаптационных реакций и уровня реактивности (по Л.Х. Гаркави и соавт.) показала, что число пациентов, завершивших лечение с реакцией повышенной активации низкого уровня реактивности, т.е. реакцией перерактивации, уменьшилось в среднем в 4,5 раза одинаково в обеих группах.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что программа санаторного лечения пациентов с астеновегетативными расстройствами при психосоматических заболеваниях, включающая бальнеотерапию на основе применения пантогематогеновых ванн «О-Панто», оказывает позитивное влияние на динамику клинической симптоматики, положительно действует на физические и социальные аспекты качества жизни больных, повышает адаптационные резервы организма, оказывает выраженный эффект в отношении нормализации психоэмоционального статуса, что проявляется снижением уровня как реактивной, так и личностной тревожности, регрессом депрессивных расстройств. Под влиянием данной программы более существенно снизились признаки вегетативной дисфункции. Кроме того, программа санаторного лечения у данной категории пациентов привела к снижению негативного влияния состояния здоровья на такие аспекты повседневной деятельности, как профессиональная деятельность, ведение домашнего хозяйства, половая жизнь, отношения с близкими, любимые занятия и полноценный отдых. Переносимость примененного лечебного комплекса можно оценить как хорошую. Клинических проявлений бальнеореакции в проведенном наблюдении отмечено не было.

Таким образом, саногенетические эффекты бальнеотерапии с использованием сухого пантогематогена «О-Панто» реализуются через нормализацию вегетативного тонуса и повышение адаптационных возможностей организма, что позволяет рекомендовать применение данной методики в 10-12-дневных программах комплексного санаторного лечения психосоматических больных с астеновегетативными нарушениями.