

ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

УДК 616.132

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ТЕМП СТАРЕНИЯ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Захарова Н.О., Тренева Е. В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия,
e-mail: eka1006@yandex.ru

Демографическая ситуация, складывающаяся в последние десятилетия в нашей стране, характеризуется биологическим постарением лиц, формально не относящихся к категории пожилых. Цель нашего исследования - заключается в оценке показателей удовлетворенности качеством жизни, степень психологической адаптации и темп старения ветеранов боевых действий из числа контингента, проживающего на территории Самарской области для разработки в последующем методов диагностики и профилактики геронтогенеза у комбатантов. В результате было установлено, что качество жизни ветеранов боевых действий значительным образом связано с уровнем их психической адаптации. Нарушения личностно-средового взаимодействия за счет снижения функциональных резервов организма приводят к формированию психосоматических расстройств у комбатантов. Артериальная гипертензия у ветеранов боевых действий носит стресс-индуцированный характер, так как раннее проявление болезни связано с усилением стрессорных нагрузок. Увеличение биологического возраста испытуемых, ассоциированное со снижением психической адаптации, свидетельствует об ускоренном старении ветеранов боевых действий. Резко ускоренный тип старения ветеранов боевых действий, страдающих артериальной гипертензией, свидетельствует о возраст-ассоциированном характере сердечно-сосудистой патологии, наиболее отягчающем и искажающем физиологическое старение организма. Отсутствие достоверных показателей между различными способами определения БВ свидетельствуют о сопоставимости полученных результатов и о взаимозаменяемости методик.

Ключевые слова: психологическая адаптация, артериальная гипертензия, ветераны, старение.

EFFECT OF LEVEL OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION ON THE QUALITY OF LIFE AND RATE OF AGING COMBAT VETERANS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Zakharova N.O., Treneva E.V.

State Educational Institution of Higher Professional Education "Samara State Medical University", Samara, Russia, e-mail: eka1006@yandex.ru

The demographic situation developing in the last decade in our country, is characterized by the biological aging of individuals who are not formally categorized as elderly. The aim of our study was to assess the - indicators of satisfaction with quality of life, the degree of psychological adjustment and the rate of aging war veterans among the contingent of living in the territory of the Samara region to develop in a subsequent diagnosis and prevention gerontogenesis from combatants. As a result, it was found that the quality of life of veterans of operations significantly associated with their level of psychological adaptation. Violations of student- environment interactions by reducing the functional capacities of the lead to the formation of psychosomatic disorders among combatants. Arterial hypertension in combat veterans is stress-induced nature, as an early manifestation of the disease is associated with increased stress loads. The increase in the biological age of subjects associated with a decrease in mental adaptation is indicative of accelerated aging combat veterans. Dramatically accelerated type of aging war veterans suffering from hypertension, evidence of age-related nature of cardiovascular disease, the most aggravating and distorting physiological aging. The lack of reliable indicators between the different definitions of BV indicate comparability of the results and methods of interchangeability.

Keywords: psychological adjustment, hypertension, veterans and aging.

Введение. Демографическая ситуация, складывающаяся в последние десятилетия в нашей стране, характеризуется биологическим постарением лиц, формально не относящихся к категории пожилых. Накопление многих соматических заболеваний на фоне последствий перенесенных боевых физических и психологических травм способствует активизации процесса ускоренного, патологического старения ветеранов современных войн [1, 7, 8, 9, 11, 12]. Сохранение и восстановление здоровья участников вооруженных конфликтов продолжает оставаться одной из важных медико-социальных проблем современного общества [10, 13].

Цель исследования: оценить показатели удовлетворенности качеством жизни, степень психологической адаптации и темп старения ветеранов боевых действий из числа контингента, проживающего на территории Самарской области для разработки в последующем методов диагностики и профилактики геронтогенеза у комбатантов.

Материал и методы. Исследование выполнено на базе Центра для медицинской и медико-психологической реабилитации участников боевых действий, контртеррористических операций и членов семей, погибших военнослужащих Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн (СОКГВВ).

Общий объем клинико-физиологического материала составил 60 человек. Основная группа испытуемых представлена 31 пациентом мужского пола, средний возраст $53,13 \pm 2,9$ лет. В группу вошли больные, страдающие Гипертонической болезнью II стадии, Артериальная гипертензия 2 степени, высокий риск, принимавшие

участие в боевых действиях на территории Афганистана (1979 - 1989 гг.) и Чеченской Республики (1994 – 2002 гг.). Группу сравнения составили 29 пациентов мужского пола, средний возраст $49,18 \pm 2,7$ лет, без клинико-инструментальных проявлений сердечно-сосудистой патологии, принимавшие участие в боевых действиях на территории Афганистана и Чеченской Республики. Срок службы в условиях боевых действий у обследуемого контингента составил $14 \pm 4,6$ мес. У всех обследованных в анамнезе присутствовал факт перенесенного боевого стресса (ведение боевых действий).

Для определения признаков посттравматического стрессового расстройства использовался адаптированный «Миссисипский опросник для боевого посттравматического стрессового расстройства» (США, 1985) [6].

Оценка удовлетворенности качеством жизни производилась в соответствии с психолого-диагностической методикой «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ) [3].

Определение интегрального биологического возраста организма осуществлялось с использованием методики Киевского НИИ Геронтологии методом множественной регрессии биомаркеров [2, 4, 5]. Применялся набор количественных показателей важнейших физиологических функций организма человека, значительно изменяющихся в процессе инволюции.

Использовались следующие формулы:

$$БВ_1 = 26,985 + 0,215 \times АДС - 0,149 \times ЗДВ_{\text{вд}} - 0,151 \times СБ + 0,723 \times СОЗ;$$

$$БВ_2 = 44,3 + 0,68 \times СОЗ + 0,40 \times АДС - 0,22 \times АДД - 0,004 \times ЖЕЛ - 0,11 \times ЗДВ + 0,08 \times ЗДВ_{\text{вд}} - 0,13 \times СБ, \text{ где}$$

БВ - биологический возраст,

АДС и АДД - артериальное давление систолическое и диастолическое в мм.рт.ст. Измерялось по общепринятой методике с помощью откалиброванного стрелочного сфигмоманометра на правой руке, в положении сидя, трижды с интервалом 5 мин. В расчете учитывалась наименьшая величина.

ЗДВ - продолжительность задержки дыхания после глубокого вдоха в сек. Измерялось в положении сидя трижды с интервалом 5 мин с помощью секундомера. В расчетах учитывалась наибольшая величина.

ЗДвд — продолжительность задержки дыхания после глубокого вдоха на глубоком выдохе в сек. Измерялось в положении сидя трижды с интервалом 5 мин с помощью секундомера. В расчетах учитывалась наибольшая величина.

ЖЕЛ - жизненная емкость легких измерялась в положении сидя, не менее, чем через 2 ч после приема пищи спирометром Spirolab II.

СБ - статическая балансировка. Определялась при стоянии испытуемого на левой ноге (правая нога прижата или находится около средней трети голени), без обуви, глаза закрыты, руки опущены вдоль туловища (без предварительной тренировки). Допустимы балансировка с изменением положения рук и ног, с последующим возвращением в исходное положение. Продолжительность СБ измерялась с помощью секундомера трижды с интервалом 5 мин. Учитывался наилучший результат.

СОЗ - субъективная оценка здоровья. Использовалась стандартная анкета из 29 вопросов.

Определение сосудистого биологического возраста производилось автоматически сфигмоманометром Vasera VS-1000 (Fukuda Denshi, Япония) по стандартной методике в горизонтальном положении больного после 10-минутного отдыха, через 3–4 ч после еды с регистрацией сфигмограмм на четырех конечностях. С помощью объемной сфигмографии на приборе рассчитывался биологический возраст артерий (БВ_з), определяемый по графику с учетом полученных значений лодыжечно - плечевой скорости распространения пульсовой волны (СРПВ). Также для расчета БВ_з использовались параметры фактического возраста пациента, роста и массы тела, введенных в меню программы, и стандартного статистического отклонения скорости распространения пульсовой волны.

После определения БВ производилось вычисление функционального класса старения и определение темпа старения организма.

Статистическую обработку полученных данных проводили в среде программного пакета Statistica 6.0 (Stat. Soft Inc., USA). Использовали параметрические методы. Рассчитывали средние показатели по группам, для всей выборки (M) и стандартное отклонение (SD). Проводили проверку нормальности распределения выборки по возрасту, полу и другим параметрам с помощью критериев Колмогорова и Лилиефорса. Сравнения межгрупповых различий проводили с использованием дисперсионного анализа Anova. Результаты считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам Миссисипского опросника для диагностики боевого посттравматического стрессового расстройства для ветеранов боевых действий, страдающих артериальной гипертонией характерны хронические посттравматические стрессовые нарушения, средние показатели $87,6 \pm 10,8$ баллов. Среди комбатантов без патологии сердечно-сосудистой системы хорошо адаптированными являются 20,7% (6 человек) респондентов, $54,8 \pm 2,6$ баллов, однако данные значения являются пороговыми с нарушением адаптации. У 23 испытуемых также, как и в основной группе, диагностированы хронические посттравматические нарушения, средние показатели $72,73 \pm 8,1$ баллов, что не имеет достоверных различий с основной группой ($p > 0,05$). Основными проявлениями психического расстройства являются: интрузия в виде периодических навязчивых дистрессирующих воспоминаний травмирующих событий, интенсивный психологический дистресс под воздействием событий, символизирующих или имеющих сходство с аспектами травматических событий. Избегание проявляется эмоциональной гипэстезией, чувством отчуждения к окружающим, снижением способности к сопереживанию и душевной близости с другими людьми, неуверенностью в будущем. Для гиперактивности среди ветеранов боевых действий характерны: трудность засыпания и поверхностный сон, повышенная раздражительность или вспышки гнева, повышенная бдительность и избыточная реакция на внезапные раздражители.

Таким образом, среди испытуемых в основном преобладает пассивно – оборонительный тип психической дезадаптации с интрапсихической направленностью, и в меньшей мере — активно-оборонительный (преимущественно адаптированный).

При анализе результатов, полученных при использовании методики «УСФ», выявлено, что в основной группе испытуемых удовлетворенность уровнем жизни значительно ниже, чем в группе контроля (12,9% и 48,2% соответственно). Социальная фрустрированность, являясь следствием реальной социальной ситуации, носит личностный характер, определяя стрессогенность социальных фрустраторов. Основными фрустрирующими факторами для ветеранов боевых действий, страдающих артериальной гипертензией являются неудовлетворенность уровнем здоровья и работоспособностью, в то время как для контрольной группы испытуемых в роли таких факторов выступают в основном относительно низкое положение в обществе и социально-экономический статус. Оценка конкретных параметров СФ позволяет наполнить конкретным внутренним содержанием и понятие качества жизни с позиций

социального функционирования личности и ее адаптивных возможностей. Следует отметить, что длительное дестабилизирующее действие социально-фрустрирующих факторов формирует напряженность адаптивных механизмов и парциальную дезадаптацию (предболезнь), а при малоэффективной психологической защите и отсутствии социальной поддержки - тотальную психическую дезадаптацию (болезнь), приводящую впоследствии к возникновению психосоматической патологии и, как следствие, снижению качества жизни.

Изучение темпов возрастных изменений у ветеранов боевых действий, страдающих артериальной гипертонией и сопоставимого контингента без клинико-инструментальных проявлений сердечно-сосудистой патологии проводилось тремя способами. Статистически обработанные результаты данного исследования представлены в (табл. 1).

Таблица 1

Показатели календарного и биологического возрастов у ветеранов боевых действий

Показатели	Основная группа	Контрольная группа
КВ, лет	53,16 ± 2,3	49,18 ± 2,7
БВ ₁ , лет	64,61 ± 3,4* [^]	58,0 ± 3,2 [#]
БВ ₂ , лет	63,29 ± 2,76*	56,7 ± 3,4 [#]
БВ ₃ , лет	62,61 ± 3,06* [^]	57,4 ± 2,46 [#]
БВ ₁ - КВ, лет	11,45 ± 2,76	8,82 ± 0,51
БВ ₂ - КВ, лет	11,0 ± 0,46	7,52 ± 0,77
БВ ₃ - КВ, лет	9,45 ± 0,76	8,22 ± 0,24

*p<0,05 по сравнению с календарным возрастом основной группы, #p<0,05 по сравнению с календарным возрастом контрольной группы, ^p<0,05 по сравнению с группой контроля.

При анализе показателей биологического возраста испытуемых отмечается достоверное различие при сравнении с календарным в обеих группах. При этом достоверных различий между показателями БВ не выявлено, следовательно, все три

метода диагностики старения сопоставимы. Получена достоверная разница между интегральным биологическим возрастом, определяемым по формуле 1 и возрастом артерий, измеренных в основной группе в сравнении с группой контроля.

Для лиц в возрастном диапазоне 35 - 65 лет при использовании метода определения БВ по формуле В.П. Войтенко нет необходимости в дополнительном показателе ДБВ, так как исследуемая возрастная группа находится в центре регрессии. В связи с этим, в качестве характеристики степени постарения индивидуума по сравнению со сверстниками достаточно использовать разность биологического и календарного возраста.

На основании разницы между календарным и биологическим возрастом оценивался темп старения пациентов. Из результатов исследования, представленных в таблице 4 видно, что биологический возраст в обеих группах ветеранов боевых действий значительно превышает календарный. В соответствии с классификацией темпов старения [4], для пациентов основной группы характерен V функциональный класс старения, характеризующийся самым неблагоприятным, резко ускоренным темпом старения. Для испытуемых контрольной группы характерен IV функциональный класс старения, определяющий ускоренное старение организма.

Заключение. В нашей работе установлено, что качество жизни ветеранов боевых действий значительным образом связано с уровнем их психической адаптации. Нарушения личностно-средового взаимодействия за счет снижения функциональных резервов организма приводят к формированию психосоматических расстройств у комбатантов. Артериальная гипертензия у ветеранов боевых действий носит стресс-индуцированный характер, так как раннее проявление болезни связано с усилением стрессорных нагрузок. Увеличение биологического возраста испытуемых, ассоциированное со снижением психической адаптации, свидетельствует об ускоренном старении ветеранов боевых действий. Резко ускоренный тип старения ветеранов боевых действий, страдающих артериальной гипертонией, свидетельствует о возраст-ассоциированном характере сердечно-сосудистой патологии, наиболее отягчающем и искажающем физиологическое старение организма. Отсутствие достоверных показателей между различными способами определения БВ свидетельствуют о сопоставимости полученных результатов и о взаимозаменяемости методик.

Список литературы.

1. Алишев Н.В. Психоэмоциональный стресс и соматические заболевания у ветеранов подразделений особого риска / Н.В. Алишев, В.Н. Цыган, Б.А. Драбкин, В.Я. Апчел, Николаева Н.А., Тарумов А.В., Фезун А.Д., Федосеев В.М. // Успехи геронтологии. - 2008. –Т. 21, - № 2. – С. 276 - 285.
2. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. - Ростов н/Д. :Феникс, 2000. 248 с.
3. Вассерман Л.И. Методика для психоневрологической диагностики уровня социальной фрустрированности и её практическое применение. Методические рекомендации / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, М.А. Беребин – СПб.: Лаборатория клинической психологии Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, 2004. 28 с.
4. Войтенко В.П., Токарь А.В., Полюхов А.М. Геронтология и гериатрия. Ежегодник. Биологический возраст. Наследственность и старение. - Киев,1984.
5. Кишкун А.А. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции: Руководство для врачей / А.А. Кишкун. – М.: Геотар-Медиа, 2008. 973 с.
6. Шанин Ю.Н. Медицинская реабилитация раненых и больных. – Спб.: Специальная литература, 1997. 960 с.
7. Панкратова С.А. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у бывших участников боевых действий / С.А. Панкратова, Т.А. Раскина, И.А. Шибанова // Медицина в Кузбассе. - 2011. –Т. 10, - № 1. – С. 19 - 24.
8. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам / Под ред. В.И. Покровского. – М. : Медицина, 2004. 400 с.
9. Царегородцева С.А. Психофизиологические признаки возрастных изменений при посттравматических стрессовых расстройствах / С.А Царегородцева., А.Л. Азин, А.Л. Арьев // Успехи геронтологии. - 2006. - № 12. – С. 57 - 63.
10. Юрьев В.К. Состояние здоровья и удовлетворенность качеством медицинского обслуживания ветеранов вооруженных конфликтов и войн / В.К. Юрьев, В.А.

- Медик, А.И. Хорошевская [и др.] // Вестник российской военно-медицинской академии. - 2010. – Т. 29, № 1. - С.160 - 162.
11. Costa D.L. Health, wartime stress, and cohesion: evidence from Union Army veterans / D.L. Costa, M.E. Kahn // *Demography*. - 2010. - Vol. 1, № 47. - P. 45 – 66.
12. Nicholson A. Psychological distresse as a predictor of CHD events in men: The effects of persistence and components of risk / A. Nicholson, R. Fuhrer, M. Marton // *Psychosom Med*. -2005. – № 67. – P. 522 - 530.
13. Petty F. Olanzapine treatment for post-traumatic stress disorder: an open-label study / F. Petty, S. Brannan, J. Casada // *International Clinical Psychofarmacology*. – 2004. - № 16. – P. 331 - 337.

References

1. Alishev N.V., Cygan V.N., Drabkin B.A., Apchel V.Ja., Nikolaeva N.A., Tarumov A.V., Fesiun A.D., Fedoseev V. M. *Uspehi gerontologii*. 2008, Vol. 21, no. 2, pp. 276 - 285.
2. Apanasenko G.L., Popova L.A. *Medicinskaja valeologija* [Medical valueology]. Rostov n / D. : Feniks, 2000. 248 p.
3. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Berebin M.A. *Metodika dlja psihonevrologicheskoj diagnostiki urovnja social'noj frustrirovannosti i ejo prakticheskoe primenenie. Metodicheskie rekomendacii* [Methodology for neuropsychiatric diagnosis of the level of social frustration and its practical application. guidelines]. SPb.: Laboratorija klinicheskoj psihologii Psihonevrologicheskogo instituta im. V.M.Behtereva, 2004. 28 p.
4. Vojtenko V.P., Tokar' A.V., Poljuhov A.M. *Gerontologija i geriatrija. Ezhegodnik. Biologicheskij vozrast. Nasledstvennost' i starenie* [Gerontology and Geriatrics. Yearbook. Biological age. Heredity and aging]. Kiev,1984.
5. Kishkun A.A. *Biologicheskij vozrast i starenie: vozmozhnosti opredelenija i puti korrekcii: Rukovodstvo dlja vrachej* [Biological age and aging to be identified and ways of correction: A Guide for Physicians]. M.: Geotar-Media, 2008. 973 p.
6. Shanina Ju.N. *Medicinskaja rehabilitacija ranenyh i bol'nyh* [Medical rehabilitation of the wounded and sick]. Spb.: Special'naja literatura, 1997. 960 p.
7. Pankratova S.A., Raskina T.A., Shibanova I.A. *Medicina v Kuzbasse*. 2011, Vol. 10, no. 1, pp. 19 - 24.

8. Pokrovsky V.I. *Rukovodstvo po rehabilitacii lic, podvergshihsjja stressornym nagruzkam* [Guidelines for rehabilitation of persons affected by stress stressor]. M. : Medicina, 2004. 400 p.
9. Caregorodceva S.A., Azin A.L., Ar'ev A.L. *Uspehi gerontologii*. 2006, no. 12. pp. 57 - 63.
10. Jur'ev V.K., Medik V.A., Horoshevskaja A.I. [et al.] *Vestnik rossijskoj voenno-medicinskoj akademii*. 2010, Vol. 29, no. 1, pp. 160 - 162.
11. Costa D.L., Kahn M.E. *Demography*. 2010, Vol. 1, no. 47, pp. 45 – 66.
12. Nicholson A., Fuhrer R., Marton M. *Psychosom Med*. 2005, no. 67, pp. 522 - 530.
13. Petty F., Brannan S., Casada J. *International Clinical Psychofarmacology*. 2004, no. 16, pp. 331 - 337.