

ФИЗИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.

Алшбул Муханнад

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины

Аннотация. В статье приведен обзор литературы о факторах, способствующих развитию пороков сердца. Изложены методические подходы, определена роль аппаратной физиотерапии, бальнео и гидротерапии в реабилитации больных ревматическими пороками сердца. Освещен комплексный дифференцированный подход к проведению физической реабилитации больных в пред- и послеоперационный период.

Ключевые слова: ревматизм, пороки сердца, физическая реабилитация, аппаратная физиотерапия.

Анотація. Алшбул Муханнад. **Фізична терапія в реабілітації хворих з ревматичними вадами серця.** В статті наведений огляд літератури про фактори ризику, що сприяють розвитку вад серця. Викладено методичні підходи, визначена роль апаратної фізіотерапії, бальнео і гідротерапії в реабілітації хворих на ревматичні вади серця. Освітлено комплексний диференційований підхід до проведення фізичної реабілітації хворих в перед- і післяопераційний період.

Ключові слова: ревматизм, вади серця, фізична реабілітація, апаратна фізіотерапія.

Annotation. Alshobool Muhannad. **Physical therapy in rehabilitation of patients with rheumatic cardiac disorders.** In the article has been presented a literature review on risk factors which cause the development of cardiac disorders. Method approaches are stated, the role of apparatus physical therapy, balneo and hydrotherapy for rheumatic cardiac disorders is defined. A complex differentiated approach to physical rehabilitation of patients in preoperative and postoperative periods is covered.

Key words: rheumatism, cardiac disorders, physical rehabilitation, apparatus physical therapy.

Введение.

В связи с изменением стиля и образа жизни, ухудшением экологической и социальной ситуации, последнее время увеличилось число инфекционно-аллергических заболеваний, среди которых ведущее место занимает ревматизм. При этом заболевании происходит воспалительное поражение соединительной ткани, главным образом сердечно-сосудистой системы с вовлечением в патологический процесс миокарда. Ревматический миокардит обычно сочетается с ревматическим эндокардитом, объединенных общим названием ревмокардит. В начале заболевания преобладают симптомы миокардита. По мере прогрессирования заболевания вовлекается в патологический процесс эндокард с формированием ревматических пороков сердца. Установлено, что в возникновении осложненных форм ревмокардита с развитием приобретенных пороков сердца главная роль принадлежит ревматическому эндокардиту [2,3,5].

Наиболее частой причиной ревмокардита является ревматизм, ведущий к постепенному поражению клапанного аппарата сердца и развитию стеноза или недостаточности сердечных клапанов, нередко требующих хирургического лечения и адекватных реабилитационных мероприятий с использованием комплексных, взаимодополняющих средств и методов физической терапии в пред- и послеоперационный период [1,4,6].

В имеющихся работах основное внимание уделено лечебной физической культуре. Однако, с нашей точки зрения, недостаточно освещены вопросы применения средств физической терапии, включающих аппаратную физиотерапию, бально-гидро- и пеллоидотерапию. Все это обуславливает актуальность проблемы, научную и практическую значимость проводимых комплексных реабилитационных мероприятий. Они будут способствовать повышению резистентности организма, функциональных возможностей сердечной мышцы, а после проведенной хирургической коррекции возникших изменений в структуре клапанного аппарата предупреждать развитие осложнений и ускорять восстановление нарушенных функций и трудоспособности. Проведение исследований в данном направлении будет иметь не только большой социальный, но и экономический эффект.

Однако вопрос, посвященный сочетанию различных физиотерапевтических процедур в реабилитации больных с данной патологией, с нашей точки зрения, был освещен недостаточно. Это побудило нас провести исследования в этом направлении.

Формулирование целей работы.

Цель работы - анализ методических подходов с использованием физиотерапевтических методов реабилитации больных с ревматическими пороками сердца.

Результаты исследований и их обсуждение.

Как показал анализ литературы и наш опыт, наряду со средствами и методами лечебной физической культуры при консервативном и хирургическом лечении приобретенных ревматических пороков сердца следует широко применять соответствующие методы аппаратной физиотерапии, бальнео-, гидро- и пеллоидотерапии.

Несмотря на большие успехи в диагностике и хирургическом лечении ревматических клапанных пороков сердца, в связи с отсутствием комплексных реабилитационных программ, они по-прежнему занимают одно из ведущих мест в нарушении трудоспособности и развитию инвалидности [2,3].

Данные литературы и наш опыт обосновывает целесообразность применения наряду с лечебной гимнастикой, физиотерапевтических методов реабилитации лиц с ревматическим пороками сердца при консервативном и хирургическом лечении.

Профилактика прогрессирования заболевания заключается, в первую очередь, в активной санации очагов хронической инфекции (применение физиотерапевтических процедур в комплексе мероприятий, наряду с медикаментозным и хирургическим лечением). Лечение острых стрептококковых заболеваний, повышение защитных сил организма (путем закаливания, занятий физической культурой и спортом) для уменьшения восприимчивости к инфекции, переохлаждению, перегреванию, физическому переутомлению.

Ультрафиолетовое облучение (УФО). Для УФО миндалин стерилизованный тубус ультрафиолетовой лампы вводят в полость рта на расстояние 1,5 см от миндалин. Процедуру начинают с 2 мин для каждой миндалины, ежедневно добавляя по 1 мин, доводят до 5 мин. Курс лечения 15-20 сеансов [3,7]. После тепловых или бальнеологических процедур массажа облучение проводить не рекомендуется.

Электрическое поле (УВЧ). Электроды располагают симметрично под углами нижней челюсти на расстоянии 1,5 см от кожи с таким расчетом, чтобы область миндалин находилась между ними. Используемая мощность 6-16 Вт. Продолжительность процедуры 10-15 мин, ежедневно курс лечения 15-20 сеансов [7,8].

Аэроионизация (аэроэлектрофорез). Используют ионизированный воздух или ионизированные лекарственные вещества. Применяют высоковольтные электроионизаторы (для легких ионов), гидроионизаторы (для легких и тяжелых ионов) или бета-ионизаторы (для легких ионов). Процедуры проводят ежедневно по 10-20 мин.

Аэрогелиотерапию рекомендовано проводить практически в любом месте. Воздушные ванны можно проводить самостоятельно, а также до или после солнечных ванн. Лучше их делать утром, через 30 мин после легкого завтрака, при температуре воздуха 20-м 25°C, отсутствии ветра и относительной влажности 50-70 %. В зависимости от закаленности организма процедуру начинают с 10-15 мин, с каждым днем продолжительность увеличивают на 15 мин, доводя ее до 2-3 ч в день. После воздушной ванны приступают к прохладному душу, обливанию, обтиранию или плаванию. Длительно болеющим или истощенным показано пребывание на воздухе в больших, хорошо проветриваемых палатах, на открытых верандах и террасах. Летом в легкой одежде и укрытые, они проводят там по несколько часов в день, а при хорошей погоде - всю ночь. Зимой процедуру проводят в комнате на теплой постели при открытых окнах без сквозняков [38,48,55].

Солнечные ванны - активная процедура закаливания, обеспечивающая напряжение терморегуляционных кардиокондукторных механизмов. Их проводят при температуре 20-24 °C и легком ветре, предупреждая перегревание. Время облучения распределяют на 3 части - по одной части на грудь и спину и по 1/2 на каждый бок. При щадящем режиме облучение начинают с 4-5 мин в день, добавляя каждый день по 1-1,5 мин. Таким образом, к 30-му дню продолжительность солнечной ванны - 40 мин в день, при умеренном режиме - 60 мин (прибавляя по 2 мин в день), а при усиленном - до 120 мин (прибавляя по 3 мин в день). После окончания процедуры больные 10-15 мин находятся в тени, а затем принимают прохладный душ или плавают. Солнечные ванны принимают каждый день. Купание в море, реке или в открытом бассейне проводят утром при температуре воды не ниже 21-22 °C после 5-10-минутной воздушной ванны. В воде рекомендуется плавать или непрерывно двигаться. Продолжительность купания от 5 до 10-15 мин каждый день, курс до 30. Показаны гимнастические упражнения, бег, спортивные игры, терренкур [3,7,8].

Лечение больных ревматизмом, осложненными пороками сердца, осуществляется в 3 этапа: при активной фазе заболевания в стационаре, санаторно-курортное лечение, диспансерное наблюдение и лечение. При активном ревматизме наряду с комплексным медикаментозным лечением (антибиотики, салицилаты, препараты хинолинового ряда, глюкокортикоиды) широко применяют методы физического воздействия. Физиотерапия оказывает десенсибилизирующее, локальное и общее противовоспалительное, а также анальгезирующее действие, улучшает кровообращение и микроциркуляцию трофику тканей, способствует нормализации обмена веществ. При выборе лечебных факторов необходимо учитывать активность процесса, характер клапанного поражения сердца, суставов и периферической нервной системы, стадию недостаточности кровообращения, нарушение сердечного ритма, наличие очагов хронической инфекции и сопутствующих заболеваний [4,6].

Индуктотермия проводится с помощью индуктора, диска или индуктора-кабеля на поясничную область доза слаботепловая (II - III ступени мощности на аппарате ИКВ-4), продолжительность процедуры 10-15 мин, ежедневно курс лечения 15-20 воздействий. Больным с тяжелыми клапанными поражениями сердца (комбинированные пороки) при наличии признаков застойной сердечной недостаточности индуктотермия не показана. Электромагнитное поле дециметровых волн мощностью 40 Вт (слаботепловая доза) направляют последовательно на поясничную и надчревную области по 7-10 мин. Процедуры проводят ежедневно, курс лечения 12-20. При нарушении менструального цикла, фибромиоме матки данные методы физического воздействия противопоказаны [3,7,9].

Больных с затяжным вялым и латентным течением ревматизма целесообразно направлять на курорты с контрастными климатическими условиями и на бальнеологические курорты. Наиболее благоприятны

климатические зоны Южного берега Крыма, Одессы, Черноморского побережья Кавказа, Прибалтики, Среднегорья (Кисловодск).

В неактивной фазе ревмокардита физиопрофилактика и физиотерапия направлены на закаливание, повышение сопротивляемости организма к инфекционным факторам путем стимулирования противовоспалительных и противоаллергических механизмов; нормализацию иммунных процессов, коррекцию нарушенных кардиогемодинамики микроциркуляции внешнего дыхания и функционального состояния нервной системы, тренировку адаптационных возможностей организма [1,5,8].

Как и при активной фазе, рекомендуют электрофорез кальция, четырехкамерные гальванические ванны (ручные ванны соединяют с анодом, ножные - с катодом); температура воды 36-37 °С, сила тока 20-30 мА, длительность воздействия 10-20 мин, ежедневно, курс лечения 15 процедур.

Широко используют гидротерапию - пресные, хвойные ванны (35-36 °С, 10-15 мин, курс лечения 16-18 процедур), общие и частичные обливания (с постепенным снижением температуры до 20-18 °С), дождевой душ [3,7].

Бальнеотерапию назначают не ранее чем через 6 мес после протезирования клапанов сердца, лучше в условиях бальнеологического курорта. Используют ванны различного газового и химического состава, которые оказывают общее для всех ванн (гидростатическое, температурное) и специфическое (влияние растворенных в воде химических веществ и газов) действие. Это способствует перестройке гемодинамики увеличению сердечного выброса при некотором урежении сердечного ритма. Достигается более высокий уровень функционирования сердечно-сосудистой системы, а следовательно, предупреждается развитие недостаточности кровообращения, что и является основной предпосылкой для широкого применения ванн при ревматических поражениях сердца. Кроме мобилизации компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой системы, бальнеотерапия оказывает влияние на иммунологическую реактивность организма (усиливая неспецифическую защиту и уменьшая, как правило, аутоиммунные нарушения). Применяют углекислые, сульфидные, радоновые, хлоридные, натриевые, йодобромные, кислородные, азотные ванны [2,6,9].

Для дифференцированного лечения больных ревматическими пороками сердца В.М.Боголюбов [3], Т.Л.Руденко [7] рекомендуют учитывать особенности действия ванн. Углекислые ванны оказывают выраженное положительное влияние на сократительную функцию миокарда, нормализуют ритм сердечной деятельности, периферическую гемодинамику. Углекислые ванны более эффективны, чем другие методы бальнеотерапии, при наличии у больных стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия. Их можно применять при наличии мерцательной аритмии (умеренно тахисистолической формы). При наличии комбинированных митрально-аортальных пороков сердца предпочтительнее назначать радоновые ванны, вызывающие нерезко выраженную перестройку гемодинамики. Как и углекислые, радоновые ванны оказывают положительное влияние на нарушенный сердечный ритм (синусовая тахикардия, экстрасистолия), а также седативное и анал-гезирующее действие, улучшают трофику тканей и обмен веществ. Радоновые ванны целесообразно применять с индуктотермией или дециметровой терапией на область надпочечников.

Кислородные ванны по данным авторов оказывают положительное влияние на больных пороками сердца с признаками сердечной недостаточности не выше I стадии. Хлоридные натриевые ванны способствуют улучшению кровообращения, микроциркуляции и трофики тканей, устранению гиперкоагуляционной крови у больных ревматизмом и нормализации иммунологических процессов [5,8].

Бальнеотерапия противопоказана при хронической недостаточности кровообращения выше ПА стадии, сочетанных митральных пороках с преобладанием стеноза или изолированном стенозе левого венозного отверстия, аортальных пороках с недостаточностью кровообращения выше I стадии, тяжелых нарушениях сердечного ритма. Ванны назначают ежедневно или 2 дня подряд с одним днем перерыва, температура 36-37 °С, курс лечения 10-12 процедур.

Грязелечение проводят в виде аппликаций на суставы, температура грязи 38-42 °С, продолжительность 15-20 мин, через день, курс лечения 10-14 процедур. В условиях курорта целесообразнее чередовать грязелечение с ваннами (морскими, рапными) [3,7,8].

Для нормализации функциональных расстройств дыхательной системы, наблюдающихся при ревматических поражениях клапанного аппарата сердца, А.Я. Бендет [2], В.М.Боголюбов [3] рекомендуют использовать электроаэрозольную терапию с эуфиллином и аэроионотерапию (10-15 мин, ежедневно, курс лечения 15-20). Эти процедуры улучшают функцию внешнего дыхания, снижают гипертензию малого круга кровообращения, облегчают работу сердца. Противопоказания: гнойные и опухолевые процессы дыхательной системы, гипотензия, сердечная недостаточность III стадии, пароксизмы мерцательной аритмии и частая экстрасистолия.

ЛФК и массаж у больных с пороками сердца в фазе компенсации и I - ПА стадии недостаточности кровообращения оказывают положительное влияние на общий крово- и лимфоток, микроциркуляцию и трофику тканей. При мерцательной аритмии массаж назначать не рекомендуется [4,6].

Таким образом, анализ литературы показал, что наиболее выраженный восстановительный эффект при реабилитации больных с ревматическими пороками сердца достигается при дифференцированном комплексном применении средств лечебной физической культуры и физитерапии, включающих аппаратную, бальнео-, гидро-, пеллоидо-, и аэротерапии.

Выводы.

1. Анализ литературы и собственные клинические наблюдения показали, что ревматические пороки сердца являются одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, требующих хирургической коррекции.
2. В комплексе реабилитационных мероприятий ведущее значение имеют кинезитерапия и различные физиотерапевтические процедуры.
3. Наряду с аппаратной физиотерапией (УФО, УВЧ, индуктотерапия, электрофорез), значительный лечебный эффект достигается при одновременном применении аэрогелиотерапии, пеллоидотерапии, бальнеотерапии в виде углекислых, кислородных, родоновых, сульфидных, азотных и йодобромных ванн.

Дальнейшие исследования будут направлены на изучение кинези- и физиотерапии на этапах восстановительного лечения после хирургической коррекции клапанных пороков сердца.

Список литературы

1. Амосов А.Н., Бендет Я. А. Терапевтические аспекты кардиохирургии- К.: Здоровья, 1991.-296 с.
2. Бендет Я.А. Экспертиза трудоспособности больных оперированных по поводу пороков сердца. -Киев: Здоровье, 1991.-318 с.
3. Боголюбова В.М. Курортология и физиотерапия. В 2 Т. – М.: Медицина 1995,- 427 с.
4. Воловой В.Л. Реабилитация больных оперированных по поводу приобретенных пороков сердца.- М.: Медицина, 1989.-302 с.
5. Воронков Л.Г. Хроническая сердечная недостаточность Киев 2002,-136 с.
6. Ильяш М.Г. Новое в лечении пороков сердца. Изд.- ООО ДСГ Лтд, Киев. 2005,- 80 с.
7. Руденко Т.Л. Физиотерапия: Учеб. пособие.- Ростов н/Д. : Феникс, 2000,- 352 с.
8. Leon A.S. Physical activity lekars and cjrjnary heart olisease .- Med clin N. Amer. 1985, vol, 69 №1, p 20.
9. Cohn L. H. Surgery for mitral regurgitation.- Jama. 1988.-698p.

Поступила в редакцию 15.12.2008г.