

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ПОЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ МУЖЧИН С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В.С. Строева

ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, г. Челябинск

Четырехлетнее проспективное исследование подтвердило целесообразность проведения комплексной поэтапной медицинской реабилитации мужчин пожилого и старческого возраста с сочетанной кардиоцереброваскулярной патологией, т.к. у них в процессе наблюдения удалось значительно снизить медикаментозную нагрузку с положительным пролонгированным терапевтическим эффектом, улучшить качество жизни, социальный и психологический статус.

Начало XXI века ознаменовалось значительным ростом числа сердечно-сосудистых заболеваний, ведущее место принадлежит артериальной гипертензии (АГ) и ИБС. Пожилой и старческий возраст, являясь некорректируемым фактором риска цереброваскулярной патологии, утяжеляет их течение и прогноз [1, 8], что требует оптимизации лечебного процесса, для чего нами предложена комплексная программа реабилитационных мероприятий, включающая медикаментозные и немедикаментозные методы.

Исследование проводилось на базе Областного клинического терапевтического госпиталя ветеранов войн г. Челябинска в течение 4 лет. Прикрепленные к госпиталю ветераны войн относятся к категории лиц старческого возраста (80 лет и старше составляют 52,2 %).

Программа реабилитации включала: медикаментозную терапию нитратами, бета-адреноблокаторами, дезагрегантами, антагонистами кальция, ингибиторами АПФ, мочегонными, метаболическими и вазоактивными препаратами в средних терапевтических дозах, индивидуально подобранных в корригирующих комбинациях, что является традиционной схемой ведения больных с ИБС, АГ и дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП); немедикаментозное лечение:

1. Кинезотерапия: ЛФК в зале в шадью тренирующем режиме, в сочетании с дозированной ходьбой от 2 до 5 км в день (продолжительность ходьбы 40–60 мин 2 раза в день), с приростом пульса от исходного – на 10–20 % [4].

2. Озонотерапия в виде внутривенных введений озонированного физиологического раствора на курс лечения 8–10 процедур, кратностью 2 раза в неделю. Концентрация озono-кислородной смеси 1,7–2 мг/л [7].

3. Лазеротерапия по двум методикам: индивидуально дозированная лазеротерапия (ИДЛТ) по методике В.М. Лисиенко [6] – надсосудистое низкоинтенсивное лазерное облучение (НИЛИ) крови, с длиной волны 0,89 мкм, контактным методом по стабильной методике, режим импульсный с мощностью в импульсе 4 мВт, частотой излучения 1,5

кГц, время воздействия от 2 до 9 минут в зависимости от индивидуальной чувствительности больного к НИЛИ, на курс 5–7 ежедневных процедур. Стандартная лазеротерапия (СТЛТ) имеет те же характеристики, экспозиция 15–20 минут, курс 10 ежедневных процедур [9].

В исследование вошло 92 мужчины, средний возраст $76,4 \pm 0,43$. Сформировано 2 группы:

I группа – 58 мужчин с АГ I–II ст., средний возраст $76,5 \pm 0,23$, получали стандартную медикаментозную терапию в сочетании с ИДЛТ.

II группа – 34 мужчины, средний возраст $76,3 \pm 0,17$, из которых АГ II ст. – у 7. АГ III ст. – у 27, с ассоциированными клиническими состояниями. Получали соответствующую медикаментозную терапию в сочетании с кинезотерапией, СТЛТ и озонотерапией.

Всем больным проведены клинические и параклинические исследования: общий анализ крови с оценкой реакции адаптации по Гаркави Л.Х. [2], липидограмма, гемостазиограмма, ЭКГ, ВЭМ, ЭхоКС, определение среднединамического артериального давления (АД ср.), суточное мониторирование АД и ЭКГ, нейропсихологическое тестирование и определение качества жизни по САН [3], РЭГ, транскраниальная доплерография (ТКДГ), ЭЭГ, биомикроскопия бульбарной конъюнктивы глаза (ББК), оксипульсометрия.

Группы репрезентативны по возрасту, полу, этиологии, нозологическим формам. АГ I степени была у 22 больных, II – у 47, III – у 23. Высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений у 57 %, очень высокий – 43 % [10]. Факторы риска: дислипотеидемия, нарушение толерантности к глюкозе, гиподинамия, избыточная масса тела, эмоциональный стресс. ДЭП I и II стадии [11] проявлялись синдромом субъективных ощущений, в неврологическом статусе у них выявлялись следующие синдромы: рассеянная микросимптоматика (100 %); астено-вегетативные расстройства (93 %); вестибулярные нарушения (78 %); мозжечковая недостаточность (38 %); эмоционально-волевые расстройства (48 %); интеллектуально-мнестические нарушения (32 %).

У всех больных регистрировали нарушения ритма и проводимости, у 40 % – ишемию и у 12 % – гипоксию миокарда, у всех больных фракция выброса менее 55 %, гипертрофия левого желудочка – у 69 %, снижение сократительной способности миокарда у 17 %. На ВЭМ – у 62 % толерантность к физической нагрузке менее 30 Вт, у 38 % – менее 70 Вт. По данным РЭГ снижение пульсового кровенаполнения сосудов каротидного и вертебробазилярного бассейнов с гиперрезистивностью сосудов микроциркуляторного русла и затруднением венозного оттока. ББК выявила сосудистые, внутрисосудистые и периваскулярные нарушения, у 80 % прерывистый бусообразный кровоток. ТКДГ – блокада микроциркуляторного русла со снижением индекса цереброваскулярной реактивности.

В результате проведенной комплексной медицинской реабилитации в I группе отмечен фазный характер действия НИЛИ, на начальных этапах формирующий адаптивные реакции, при увеличении энергетической экспозиции, приводящий к повреждающему действию [9]. В связи с этим использовалась методика Лисиенко В.М. [6]. У 21 больного была высокая чувствительность к НИЛИ, у 24 – средняя, у 13 – низкая. Положительный эффект отмечен у всех больных с высокой и средней чувствительностью и только у 3 – с низкой. Клинически это выражалось в следующем: цифры АД ср. снизились с $117,8 \pm 0,2$ до $99,9 \pm 0,3$ ($p < 0,01$), купировались приступы стенокардии у всех больных с нормализацией ритма и проводимости, уменьшились явления ишемии и гипоксии на ЭКГ без изменения фракции выброса по ЭхоКС. К концу лечения купировался астено-вегетативно-вестибулярный синдром, улучшилось настроение, самочувствие. ИДЛТ позволила получить оптимальный терапевтический эффект, уменьшая дозу медикаментозной нагрузки, улучшить социальную адаптацию и качество жизни пациентов за счет расширения объема физической активности в виде ежедневных прогулок от 3 до 5 км.

Во II группе на фоне проведенного лечения у 70 % улучшились показатели САН, отмечалась стабилизация цифр АД ср. с тенденцией к его нормализации – $108,5 \pm 0,6$ до $101,3 \pm 0,4$. Улучшились показатели гемостазиограммы, у 90 % купировались нарушения ритма, несколько повысилась толерантность к физической нагрузке, уменьшилось число приступов стенокардии и сократился прием нитроглицерина до 1 таб. в сутки. Купировался вестибулярный синдром и вегетативные нарушения. Синдром рассеянной микросимптоматики, интеллектуально-мнестических нарушений существенной динамики не претерпели.

В течение 4 лет наблюдения больные продолжали выполнять разработанные программы медицинской реабилитации с проведением немедикаментозного лечения 1–2 раза в год. За этот период ухудшение в состоянии больных I группы не отмечено, прогрессирования тяжести ИБС, АГ и

ДЭП не было. Во II группе у 2-х больных было отмечено ухудшение, обусловленное присоединением острой сопутствующей патологии (укус клеща, острый бронхит), один больной умер на 3-й год наблюдения от острой сердечной патологии.

Таким образом:

1. Предложенные методы немедикаментозной терапии, включенные в комплексные программы поэтапной медицинской реабилитации больных пожилого и старческого возраста при ИБС, АГ в сочетании с ДЭП корректны, эффективны, не вызывают побочных реакций.

2. Немедикаментозные методы позволяют значительно снизить лекарственную нагрузку на пациентов с пролонгированным терапевтическим эффектом до 6–12 месяцев.

3. Предложенные комплексные программы медицинской реабилитации при ИБС, в сочетании с АГ и ДЭП улучшают качество жизни пожилых пациентов, сохраняют их социальный и психологический статус и могут быть рекомендованы к применению в широкой геронтологической практике.

Литература

1. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. – СПб., 2002.
2. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. – Ростов-на-Дону: РГУ, 1979.
3. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Строгина О.Н., Шарай В.В. Гигиена труда. – 1978. – №5. – С. 28–32.
4. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура. – М.: Медицина, 1999.
5. Лазебник Л.Г., Кузнецов О.О., Конев Ю.В. ИБС у пожилых. – М., 2003.
6. Лисиенко В.М., Толстикова Т.А., Запецкий Е.В. и др. Атлас динамики жидко-кристаллических структур биожидкостей организма; влияние воздействия на них луча лазера при различных заболеваниях. – Екатеринбург, 1995.
7. Миненков А.А., Филимонов Р.М., Покровский В.И., Змызгова А.В., Побединский Н.М., Зуев В.М., Максимов В.А., Куликов А.Т. и соавт. Основные принципы и тактика озонотерапии. Пособие для врачей. МЗ РФ, Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии. – М., 2001.
8. Мякотных В.С., Оранский И.Е., Мохова Е.Г. Проблемы старения. – Екатеринбург: Изд-во УГМА, 1999.
9. Низкоинтенсивная лазеротерапия/ Под ред. С.В. Москвина, В.А. Буйлина. – М.: ТОО «Фирма "Техника"», 2000.
10. Руководство по профилактике в практическом здравоохранении. Адаптированный вариант рекомендаций ВОЗ «Prevention in primary care»/ Под ред. Н.С. Глазунова, Р.Г. Оганева, Н.В. Перовой, Р.А. Потемкиной. – М.: Tacis, 2000.
11. Шмидт Е.В. Журнал невропатологии и психиатрии. – 1985. – № 9. – С. 192–203.