

© Соколов А.В., Фурсова М.С., 2006
УДК 616.12-008.331.1-08

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННОГО И УКОРОЧЕННОГО КУРСОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

А.В. Соколов, М.С. Фурсова

Клинический санаторий «Приокские дали» ООО «Мострансгаз»,
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

В статье проанализированы результаты традиционного и укороченного курсов реабилитационного лечения больных гипертонической болезнью. Показано, что предложенный методологический подход к осуществлению реабилитационных программ позволяет достичь за две недели лечения тех же результатов, что и за три недели.

В России гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний, которым страдает около 30 млн. человек. ГБ наносит значительный ущерб здоровью населения, т.к. является наиболее значимым фактором риска cerebro-васкулярных осложнений, заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Особенно тревожным представляется рост заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте. Ежегодный экономический ущерб, обусловленный временной и стойкой утратой трудоспособности, преждевременной смертностью населения по причинам ГБ и ее осложнений составляет около 12 млрд. рублей, а затраты, связанные с лечением и реабилитацией данной категории больных, превышают 22,2 млрд. рублей [1, 2].

Несмотря на разработанные новые методологические подходы и технологии в диагностике и эффективные методы лечения больных ГБ, медленно внедряются современные методы профилактики ГБ и ее осложнений, реабилитационного лечения больных ГБ [2].

Важным звеном в разрешении данных проблем является реабилитация данной категории больных в условиях санатория. Академик РАМН Разумов А.Н. в своих работах неоднократно подчеркивал, что время пребывания пациента в санатории наиболее удобно, а сам санаторий является уникальным плацдармом для реабилитации больных ГБ [4]. В настоящее время средние сроки осуществления таких программ составляют 21 день. Однако новые экономические реалии требуют научного поиска и внедрения современных медицинских технологий, позволяющих эффективно осуществлять реабилитацию с минимальными затратами, разумного укорочения сроков лечения в условиях санатория [3,8].

Целью данного исследования были разработка и внедрение укороченных реабилитационных программ для больных ГБ трудоспособного возраста, и сопоставление их результатов с традиционным лечением в условиях санатория.

Материалы и методы

Основой проведенного исследования явились данные обследования 157 больных ГБ трудоспособного возраста,

проходивших реабилитационное лечение в клинической санатории «Приокские дали» ООО Мострансгаз в 2003-2005 годах. Диагноз ГБ был установлен на основании критериев, изложенных в рекомендациях ВНОК [1] и ВОЗ [11]. Все обследованные пациенты не имели в анамнезе прогностически неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений ГБ, значимых нарушений сердечного ритма, ишемической болезни сердца. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией был остеохондроз позвоночника.

Возраст обследованных пациентов колебался от 30 до 57 лет и в среднем составил $47,9 \pm 0,7$ года. Длительность заболевания была от 2-х до 15 лет и в среднем составила $6 \pm 0,4$ лет. Распределение по полу среди обследуемых было следующим: 83 мужчины, 74 женщины. Все пациенты в зависимости от длительности реабилитационного лечения были разделены на две группы, достоверно не различающиеся друг от друга по возрасту, полу, длительности заболевания, наличию сопутствующей патологии. Пациенты первой группы получали реабилитационное лечение в течение 14 дней (111 человек). Пациенты второй – в течение 21 дня (46 человек).

Всем больным ГБ было проведено комплексное обследование до и после лечения. Оно обязательно включало: сбор анамнестических сведений и объективное обследование; лабораторное обследование: общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (глюкоза крови, холестерин, протромбиновый индекс); инструментальные обследования: глазного дна, сердечно-сосудистой системы; исследование клинико-функционального состояния на программно-аппаратном комплексе «Интегральный показатель здоровья» (ПАК «ИПЗ»). Оно включало выполнение апробированных на практике и хорошо зарекомендовавших себя неинва-

зивных тестов, оценивающих соматическое здоровье (вариационная кардиоинтервалометрия по Р.М.Баевскому, тест физических возможностей по Г.Л.Апанасенко, тест зрительно-моторной реакции по Т.Д.Лоскутовой) и психологическое состояние (цветометрический тест Люшера) [5]. В результате исследования определялись интегральный показатель здоровья (ИПЗ), его соматический и психологический компоненты, показатель активности регуляторных систем организма (ПАРС), индекс напряжения (ИН), функциональные резервы центральной нервной системы (ФР ЦНС) и ряд других показателей.

Клинико-функциональное состояние больных ГБ сопоставлялось с результатами обследования пациентов, страдающих остеохондрозом позвоночника и имеющих нормальные цифры АД (50 чел.). Они составили контрольную группу, сопоставимую по возрасту и полу.

Результаты и их обсуждение

На момент осмотра 28 пациентов (17,8%) предъявляли жалобы неспецифического характера: на слабость, плохой сон, раздражительность, утомляемость. Остальные пациенты – 128 человек (82,2%) жалоб не предъявляли, что указывает на их стабильное состояние на момент приезда в санаторий.

Цифры артериального давления колебались от 115/75 мм рт. ст. до 180/110 мм рт. ст., в среднем САД $144 \pm 1,8$, ДАД $92 \pm 1,3$. При поступлении нормальные цифры АД были зафиксированы у 57 человек (36,3%), у 100 человек (63,7%) – разной степени повышение АД. Избыточную массу тела имели 129 человек (82,2%).

При биохимическом исследовании у 13 человек отмечалось повышение уровня глюкозы крови, что является одним из неблагоприятных прогности-

ческих факторов развития ГБ. Гиперхолестеринемия выявлена у 78 человек (49,7%). Средний уровень холестерина составил $6,1 \pm 0,1$ ммоль/л.

При обследовании на ПАК «ИПЗ» нами были получены данные, которые достоверно свидетельствуют о снижении уровня физических возможностей у больных ГБ ($5,8 \pm 0,3$ балла) в сравнении с пациентами контрольной группы ($8,4 \pm 0,6$ балла) на 2,6 балла ($p < 0,05$). У 126 чел. (81,2%) зарегистрировано повышение активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (ИН более 150 ед.). Имеется достоверное снижение адаптационного потенциала у больных ГБ (ПАРС $2,8 \pm 0,1$, у пациентов контрольной группы $2,0 \pm 0,2$, $p < 0,05$). Следует также отметить, что напряжение систем адаптации (ПАРС 3 балла и более) определялось у больных ГБ в 57,3% случаев. В результате обследования было обнаружено достоверное уменьшение стрессоустойчивости в группе больных ГБ. Средний показатель составил $66,6 \pm 2,4\%$ (на среднем уровне), а в контрольной группе $76,4 \pm 3,8\%$

(на высоком уровне) ($p < 0,05$). Зарегистрировано так же снижение ФР ЦНС, эмоциональной стабильности, повышение уровня тревожности. Наблюдалось достоверное снижение интегрального показателя резервов здоровья ниже средних значений – $41,4 \pm 1,3\%$ (ИПЗ у пациентов с нормальным АД на среднем уровне – $51,4 \pm 2,1\%$ ($p < 0,05$)). Обусловлено это, прежде всего, снижением соматического компонента у больных ГБ. Неудовлетворительное состояние ИПЗ наблюдалось в 16,6% случаев, удовлетворительное – в 50,3% случаев, хорошее – в 33,1% случаев.

Для достижения поставленной в работе цели, нами была разработана реабилитационная программа, рассчитанная на 14 дней. При ее составлении учитывались синдромно-этиопатогенетические и клинико-функциональные принципы назначения лечебных физических факторов, фитотерапии, лечебной физкультуры, оптимального лечебного питания при данной патологии. Общая схема базовой программы представлена на рисунке № 1.



Рисунок № 1. Базовая программа реабилитационного лечения ГБ.

Базовая программа является усредненной и не учитывает индивидуальные особенности организма. Обязательным условием реализации данной программы, учитывая ее интенсивность, является адресное воздействие, индивидуальная адаптация под конкретного пациента. С этой целью нами были определены опорные признаки и разработан алгоритм индивидуальной адаптации базовой программы [9,10]. С этой целью мы предлагаем следующие опорные признаки: конституциональные особенности, интегральный показатель здоровья, показатель активности регуляторных систем организма, индекс напряжения, вегетативный гомеостаз, уровень физических возможностей организма, функциональные резервы центральной нервной системы, психологический статус (тревожность, эмоциональная стабильность, способность к преодолению стресса) [11].

Всем обследованным пациентам было проведено реабилитационное лечение в соответствии разработанной нами программой и принципами ее индивидуальной адаптации, учитывающими выявленные при обследовании на ПАК «ИПЗ» функциональные особенности у больных ГБ.

Указанная программа не отличалась по качественному составу и количеству процедур в обеих группах и включала: диетотерапию со сниженным потреблением поваренной соли, с включением в рацион продуктов, богатых калием и содержащих полиненасыщенные жирные кислоты; лечебную физкультуру в зале и в бассейне в тонизирующем режиме, фитотерапию (гипотензивный чай), массаж воротниковой зоны, гальванизацию «воротниковой» зоны, ароматерапию седативных эфирных масел с элементами психотерапии. Медикаментозная терапия проводилась гипотензивными препаратами основных групп с учетом ранее подобранных доз. Пациенты первой

группы получали лечение в течение 14 дней, а пациенты второй группы – в течение 21 дня. 21 дневный курс позволял воздействовать на организм лечебными факторами менее интенсивно, в щадящем режиме. Оценка результатов лечения осуществлялась по разработанному в санатории и опубликованному в центральной медицинской печати алгоритму [6, 7].

После проведенного лечения все пациенты первой и второй групп отметили улучшение самочувствия, у них отсутствовали жалобы, улучшилось настроение, нормализовался сон. Стабилизировалось АД (средние значения САД $127 \pm 0,9$ мм.рт.ст. и ДАД $82 \pm 0,6$ мм.рт.ст. в первой группе и САД $127 \pm 1,4$ мм.рт.ст. и ДАД $81 \pm 0,6$ мм.рт.ст. во второй группе достоверно не различались).

Применение комплекса оптимального лечебного питания и дозированной физической нагрузки способствовало снижению массы тела на 1 – 2 кг у 105 пациентов (72 в первой и 33 во второй группах), уровня холестерина крови у 70 человек (первая группа 49 человек, средний уровень – 5,5 ммоль/л и 21 человек – вторая группа, средний уровень – 5,4 ммоль/л), в целом до 5,4 ммоль/л. Из них у 33 человек уровень холестерина нормализовался.

При повторном обследовании на программно-аппаратном комплексе «Интегральный показатель здоровья» было объективно зарегистрировано уменьшение степени выраженности симпатикотонии (с выраженной до умеренной) и напряжения адаптационных систем организма в первой группе. Интегральный показатель здоровья повысился с удовлетворительного до хорошего (прирост $14,7 \pm 1,2\%$ в первой группе и $10 \pm 1,5\%$ во второй). Психологический и соматический компоненты повысились соответственно на $11,3 \pm 1,5\%$ и $12,2 \pm 1,2\%$ в первой группе и $12,4 \pm 2,3\%$ и $6,5 \pm 1,5\%$ во второй (таблица №1).

Таблица №1

Динамика изучаемых показателей у больных ГБ до и после лечения

Показатели		Первая группа		Вторая группа	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
САД мм.рт.ст		144±1,8	126±0,9*	145±2,7	127±1,4*
ДАД мм.рт.ст.		92±1,0	82±0,6*	92±1,8	81±0,6*
ЧСС уд./мин.		79±1,0	69±0,4*	78±1,8	70±0,7*
Индекс массы тела ед.		30,3±0,4	29,8±0,4	31,1±0,7	30,0±0,7
Холестерин ммоль/л		6,2±0,1	5,5±0,1*	6,0±0,1	5,4±0,1*
ПАРС (баллы)		2,7±0,1	2,0±0,1*	2,9±0,2	2,4±0,2
Индекс напряжения (условные единицы)		447,8±34,6	286,4±19,5*	457,9±53,0	406,2±46,1
УФВ (баллы)		5,7±0,3	7,6±0,3*	6,0±0,4	7,2±0,4
ФР ЦНС (%)		54,6±1,7	63,7±1,4*	49,0±2,8	55,3±3,2
Уровень тревожности (%)		67,0±15,6	68,9±2,7*	66,2±11,3	67,3±5,6
Эмоциональная стабильность (%)		50,1±1,7	59,6±1,6*	50,9±2,9	61,1±2,1*
Стрессоустойчивость(%)		67,4±2,8	80,6±2,1*	65,7±4,6	83,6±3,4*
ИПЗ (%)	Общие резервы	40,9±1,6	55,7±1,2*	42,4±2,1	52,4±1,8*
	Соматический компонент	38,1±1,7	50,2±1,3*	38,4±2,1	45,0±2,2*
	Психологический компонент	56,8±1,9	68,1±1,6*	57,6±3,1	70,0±2,2*

* p < 0.05

Из представленной выше таблицы, мы видим, что при сравнении показателей первой и второй групп после лечения достоверных различий мы не выявили ($p > 0,05$).

Выводы

1. При комплексном обследовании на реабилитационном этапе у больных ГБ выявлено снижение физической работоспособности, повышение активности симпатического отдела вегетативной нервной системы, снижение ФР ЦНС, стрессоустойчивости и эмоциональной стабильности, повышение уровня тревожности.

2. Разработана укороченная базовая программа реабилитационного лечения больных ГБ, рассчитанная на 14 дней и

включающая оптимальное лечебное питание, лечебную физическую культуру, природные и преформированные физические факторы, фитотерапию, медикаментозную терапию.

3. Для индивидуальной адаптации программы определены опорные признаки и разработан алгоритм, основанные на особенностях, выявленных при комплексном функциональном обследовании. Использовались следующие опорные признаки: интегральный показатель здоровья, показатель активности регуляторных систем организма, индекс напряжения, вегетативный гомеостаз, уровень физических возможностей организма, функциональные резервы центральной нервной систем, психологический статус (тревожность, эмоциональ-

ная стабильность, способность к преодолению стресса).

4. Сравнение результатов реабилитационного лечения больных ГБ не выявило достоверных различий между укороченным и традиционным курсами, что позволяет применять укороченные курсы в практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии // Consilium Medicum. – 2001. – Т. 3, № 1.
2. О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в Российской Федерации. Приказ Минздрава России от 24.01.03. № 4. // Нормативные документы и комментарии. – М., 2003 - 40 с.
3. Разумов А.Н. Основные положения государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации / А.Н. Разумов // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. материалы Всерос. форума «Здравница» 2003. – М., 2003. – С.5-8.
4. Разумов А.Н. Оздоровление населения – стратегическая задача Российского социума / А.Н. Разумов, О.В. Ромашин // Вестн. восстановительной медицины. – 2004. - № 2. – С. 12-18.
5. Соколов А.В. Интегральная оценка резервов индивидуального здоровья: методические рекомендации / А.В. Соколов. – М., 2003. – 50 с.
6. Соколов А.В. Современная технология укрепления и восстановления здоровья в санаторно-курортной практике / А.В. Соколов // Главврач. – 2004. - № 2. – С. 52-61.
7. Соколов А.В. Научно-методологическое обоснование нового принципа оценки эффективности восстановительных технологий / А.В. Соколов // Вестник восстановительной медицины. – 2004. - № 2. – С. 7-11.
8. Соколов А.В. Научно-методическое обоснование эффективных укороченных курсов санаторно-курортного лечения / А.В. Соколов // Курортные ведомости. – 2004. - № 3 (24). – С.18-22.
9. Соколов А.В. Алгоритм индивидуального назначения комплексных реабилитационно - восстановительных программ и объективной оценки их эффективности / А.В. Соколов, С.Э. Свинцова, А.В. Стома и др. // Вестник восстановительной медицины. – 2004. - № 4 (10). – С. 10 – 17.
10. Соколов А.В. Методология индивидуальной коррекции базовой реабилитационно-восстановительной программы у больных гипертонической болезнью / А.В. Соколов, М.С. Фурсова, А.В. Стома. // Вестник восстановительной медицины. – 2005. - № 3 (13). – С. 46 – 47.
11. World Health Organization – International Society of Hypertension // J. Hypertens. – 1999. – Vol. 17. – P. 151-183.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF TRADITIONAL AND SHORTENED COURSES OF REHABILITATION TREATMENT IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

A.V.Sokolov, M.S.Fursova

The results of traditional and shortened courses of rehabilitation treatment in patients with hypertension are analyzed in the article. The suggested methodological approach to the realization of rehabilitation programs was proved to achieve the same results for two weeks as well as for three ones.