

Важным критерием, позволяющим судить об устойчивости организма к рецидивам заболевания после курса процедур, является количество дней нетрудоспособности за год до и после бальнеотерапии. При этом продолжительность пребывания матери на больничном листе по уходу за ребенком достоверно снизилась с $7,1 \pm 0,9$ до $4,1 \pm 1,1$ дн. ($p < 0,01$), а число матерей, получивших один или более больничных листов по уходу за ребенком, уменьшилось ($\chi^2 = 3,8$; $p < 0,05$) с $70,7$ до $39,0\%$. В то же время следует отметить, что количество госпитализаций в среднем на 1 ребенка имело тенденцию к снижению с $0,5 \pm 0,09$ до $0,3 \pm 0,10$ сл.

Интегральным показателем эффективности физиобальнеолечения можно считать продолжительность ремиссии заболевания, которая у детей первой подгруппы увеличилась с $6,3 \pm 0,8$ до $9,7 \pm 0,5$ мес. ($p < 0,001$).

При анализе данных катамнеза у больных второй подгруппы были зарегистрированы менее отчетливые благоприятные сдвиги изученных показателей: достоверно снизилась продолжительность обострений заболевания и пребывания матерей на больничном листе по уходу за ребенком (в днях) соответственно с $17,6 \pm 7,9$ до $8,2 \pm 5,6$ дн. ($p < 0,05$) и с $20,8 \pm 2,3$ до $12,9 \pm 3,0$ дн. ($p < 0,05$). При этом не выявлено статистически значимых изменений в количестве пациентов с рецидивами патологии гепатобилиарной системы (100,0% до лечения и 100,0% после), обратившихся за медицинской помощью (94,6% против 73,0%) и матерей, получивших больничные листы (94,6% против 83,8%), а также продолжительность ремиссии заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, сочетанное применение грязевых аппликаций и внутреннего приема маломинерализованной воды благоприятно сказывается на динамике лабораторных и функциональных показателей, которые были особенно выражены у детей, проживающих в экологически благополучном районе. Полученные факты подчеркивают адекватность лечебного комплекса, его саногенетическую и адаптогенную направленность у детей с заболеваниями гепатобилиарной системы, проживающих в экологически «чистом» районе крупного промышленного центра. У детей, проживающих в условиях экологического неблагополучия, после применения бальнеотерапии установлен детоксикационный эффект,

который проявлялся достоверным выведением тяжелых металлов из крови наблюдаемых пациентов. Однако суммарный положительный эффект как по непосредственным, так и отдаленным результатам оказался у этой группы детей недостаточным. В связи с этим, по-видимому, детям из техногенно загрязненных территорий целесообразно в стандартный комплекс восстановительного лечения включать дополнительно физиотерапевтические методы коррекции выявленных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башинская А.Ю., Прилепская О.Г., Гонтмахер А.В. // Проблемы и перспективы санаторно-курортного лечения и реабилитации в здравницах детского и семейного отдыха Российской Федерации: Материалы II науч.-практ. конф. г. Анапа – санаторно-курортный комплекс «Дилуч», 12 февраля 2004 г. – «Сочи-Экспо ТПП» г. Сочи». – 2004. – С. 19.
2. Денисова О.И. // Физические факторы и здоровье человека: Труды V Всероссийского съезда физиотерапевтов и курортологов и Рос. научного форума. – М., 2002. – С. 97-98.
3. Исаева В.М., Журавец Э.А., Шабанова Л.А. // Научные и практические аспекты современной курортологии: Сборник статей межрегиональной науч.-практ. конф., посвящ. 175-летию курорта «Ключи», 10 октября 2001 г. – Пермь, 2001. – С. 83-84.
4. Кузьмин С.В., Никонов Б.И., Гурвич В.Б. и др. // Современные проблемы профилактической медицины, среды обитания и здоровья населения промышленных регионов России: Сб. науч. тр., посвященных 75-летию организации Екатеринбургского медицинского научного центра профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий. – Екатеринбург, 2004. – С. 62-69.
5. Куркатов С.В. // Вестн. РГМУ. – 2004. – № 7 (38). – С. 46-48.
6. Константинова Е.Д., Вараксин А.Н., Живодеров А.А., Жовнер И.В. // Труды XI Всероссийского конгресса «Экология и здоровье человека» на тему: Проблемы выживания человека в техногенной среде современных городов, 5-7 декабря 2006 г., г. Самара. – ООО «Ракс-с», Самара, 2006. – С. 129-130.
7. Михалюк Н.С. // Вест. РГМУ. – 2004. – № 7 (38). – С. 96-99.
8. О состоянии здоровья детей по итогам Всероссийской диспансеризации детей 2002 года на территории Свердловской области: Государственный доклад. – Екатеринбург, 2003.
9. Семёнова О.В. // Восстановительная медицина и реабилитация 2005: Сборник тезисов 2-го Международного конгресса. – М., 2005. – С. 79.
10. Тихомиров Ю.П., Грачёва М.П., Бадеева Т.В. и др. // Вестн. РГМУ. – 2004. – № 7 (38). – С. 83-85.
11. Холопов А.П. // Проблемы и перспективы санаторно-курортного лечения и реабилитации в здравницах детского и семейного отдыха в Российской Федерации: Материалы II науч.-практ. конф. г. Анапа. – Санаторно-курортный комплекс «Дилуч», 12 февраля 2004 г. – «Сочи-Экспо ТПП» г. Сочи». – 2004. – С. 70-75.
12. Ямолдинов Р.Н., Вейс Л.Е., Мякишева Л.С. // Вопр. курортол. – 2003. – № 6. – С. 16-18.
13. Ястребов А.П., Шилко В.И., Зеленцова В.Л. и др. // Современные проблемы профилактической медицины, среды обитания и здоровья населения промышленных регионов России: Сборник науч. тр., посвященных 75-летию организации Екатеринбургского медицинского научного центра профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий. – Екатеринбург, 2004. – С. 147-152.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

ЖЕРНОВ В.А.

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии» Росздрави, г. Москва

АННОТАЦИЯ

У пожилых людей имеется значительный дефицит сохранности функциональных резервов организма. Их истощенность не всегда соответствует биологическому возрасту. В связи с полиморбидностью на первый план выступают нарушения состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем пациентов. Бронхиальная астма составляет по удельно-

му весу 25% от общего числа заболеваний легких. В связи с этим, а также в связи с высоким удельным весом артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца в гериатрической практике, объективными сложностями их коррекции, трудностями в подборе адекватной лекарственной терапии с одномоментным назначением нескольких лекарственных препаратов из-за их побочных явлений, необходи-

мо говорить о включениях корректирующих технологий восстановительной медицины в комплексную терапию при нарушениях состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем пожилых пациентов.

Ключевые слова

Гирудорефлексотерапия, иглорефлексотерапия, магниторефлексотерапия, бронхиальная астма, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца.

ВВЕДЕНИЕ

Во многих странах мира, включая Россию, статистика свидетельствует о сохраняющейся тенденции роста заболеваемости, инвалидности и смертности, обусловленных бронхиальной астмой [1]. Высокий удельный вес артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, мультиорганность поражения данной категории пациентов, объективные сложности коррекции заболевания определяют значительный интерес к изучению данных заболеваний у пожилых людей [2]. Несомненно новым представляется изучение воздействия корректирующих технологий восстановительной медицины на комплексное лечение пациентов бронхиальной астмой, артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, а также определение влияния гирудорефлексотерапии, иглорефлексотерапии, магниторефлексотерапии на динамику показателей функции внешнего дыхания, систолическое и диастолическое артериальное давление у пожилых пациентов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами исследованы 196 пациентов в возрасте от 60 до 91 года, находившихся на стационарном лечении в ГКБ № 60 Департамента здравоохранения г. Москвы. Из них 101 пациент с диагнозом частично контролируемая и неконтролируемая бронхиальная астма и 95 пациентов с диагнозом артериальная гипертензия степени I и II и ишемическая болезнь сердца функционального класса II. Группа пациентов с бронхиальной астмой была разделена на подгруппы с частично контролируемой бронхиальной астмой (ЧКБА) и неконтролируемой бронхиальной астмой (НБА). Группу пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (ИБС) разделили на подгруппы с артериальной гипертензией степени 1 (АГ1) и ИБС ФК II; с артериальной гипертензией степени 2 (АГ2) и ИБС ФК II. Пациентам проводили гирудорефлексотерапию (ГРТ), иглорефлексотерапию (ИРТ), магниторефлексотерапию (МРТ) в комплексном лечении. Для решения поставленных в работе задач помимо общепринятого клинического обследования пациентов с подробным опросом и выяснением жалоб, истории заболевания и жизни применялись также специальные методы исследования. Для ежедневного контроля артериального давления аускультативным методом нами использовался ртутный сфигмоманометр. Следует отметить, что в пожилом возрасте плечевая артерия становится ригидной. Требуется более высокий (выше внутриартериального) уровень давления в манжетке для достижения компрессии в ригидной артерии, в результате чего происходит ложное завышение уровня артериального давления (феномен «псевдогипертензии»). Пальпация пульса на лучевой артерии при уровне давления в манжетке, превышающем систолическое АД, помогает распознать эту ошибку. Сле-

дует пальпаторно определить АД на предплечье [3]. Суточное АД-мониторирование проводили с использованием портативной, полностью автоматической системы МЕДИТЕХ АВРМ-02 (Венгрия). Полученные данные изучались при помощи базовой программы АВРМ base. Метод суточного мониторирования проводился в 0 день стационарного лечения, а также амбулаторно через 3 месяца. Ежедневная спирография осуществлялась с помощью аппарата «SPIROSIFT SP-5000» (Япония). При исследовании функции внешнего дыхания спирометрия является методом выбора для оценки выраженности и обратимости бронхиальной обструкции в процессе диагностики БА.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проведены у пациентов с ЧКБА и НБА ежедневные исследования функции внешнего дыхания: объем форсированного выдоха за 1 секунду ($ОФВ_1$), проба Тиффно (ПТ) в течение 20 дней стационарного лечения, а также амбулаторно через 3 месяца. В исследуемых и контрольной группах возраст пациентов составлял от 60 до 89 лет, рост от 157 см до 191 см, вес от 57 до 109 кг. У пожилых пациентов с ЧКБА при ГРТ стойкое повышение $ОФВ_1$ и ПТ мы зафиксировали на 5 день лечения. Отмечено стойкое повышение $ОФВ_1$ и ПТ у пациентов с НБА на 10 день терапии. У пациентов с ЧКБА при ИРТ отметили стойкое повышение $ОФВ_1$ и ПТ на 6 день лечения, с НБА на 9 день. При исследовании $ОФВ_1$ и ПТ нами зафиксировано стойкое повышение данных параметров на 8 день у пациентов, получавших МРТ с ЧКБА, и на 8 день – с НБА. В контрольной группе у пациентов с ЧКБА стойкое повышение $ОФВ_1$ и ПТ нами отмечено на 11 день, у пациентов с НБА – на 14 день стационарного лечения.

У пациентов старческого возраста с ЧКБА при ГРТ стойкое повышение $ОФВ_1$ и ПТ зафиксировано на 5 день стационарного лечения, с НБА – на 10 день терапии. У пациентов с ЧКБА при ИРТ отмечено стойкое повышение $ОФВ_1$ и ПТ на 6 день, с НБА – на 9 день лечения. При исследовании $ОФВ_1$ и ПТ отметили стойкое повышение данных параметров на 8 день у пациентов, получавших МРТ с ЧКБА, и на 8 день – с НБА. В контрольной группе у пациентов с ЧКБА стойкое повышение $ОФВ_1$ и ПТ нами зафиксировано на 11 день, у пациентов с НБА – на 14 день стационарного лечения.

При исследовании зависимости восстановления функциональных резервов организма пациентов старших возрастных групп с БА, АГ, ИБС на разных сроках стационарного лечения мы анализировали динамику показателей суточного АД-мониторирования. При определении систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления в течение всего времени пребывания пациентов с АГ1 в стационаре было показано, что в группе пациентов, получавших ГРТ, к 4 дню стационарного лечения достигнуто устойчивое снижение САД (на 13,9% по отношению к 0 дню терапии), а через 3 месяца отмечено незначительное его увеличение на 0,7% было статистически недостоверно по отношению к 20 дню терапии, что говорит о выраженном повышении функциональных резервов организма и длительности стойкого клинического эффекта. Динамическое наблюдение за ДАД на этапе стационарного

лечения показало, что стойкое снижение ДАД отмечено к 4 дню терапии (на 7,6% к 0 дню лечения), а через 3 месяца выявило недостоверный подъем ДАД до 0,5% к окончанию курса лечения, что свидетельствует о том, что значительно повышены функциональные резервы и достигнут устойчивый эффект снижения ДАД. У пациентов, получавших ИРТ, мы зафиксировали на 6 день на 13,2% устойчивое снижение САД по отношению к 0 дню лечения. Отмеченное незначительное его увеличение через 3 месяца на 0,4% было статистически недостоверно по отношению ко дню окончания стационарного лечения, что говорит о значительном повышении функциональных резервов и длительности стойкого клинического эффекта. При рассмотрении ДАД в течение 20 дней стационарного лечения нами зафиксировано его стойкое снижение на 6 день на 7,5% к 0 дню лечения. Недостоверный подъем ДАД на 0,5% через 3 месяца говорит о значительном повышении функциональных резервов организма и устойчивости данного эффекта. При воздействии МРТ на данную группу пациентов нами отмечено стойкое снижение САД к 7 дню их нахождения в стационаре на 12,9%, что показывает повышение функциональных резервов. Через 3 месяца САД практически не изменился. Стойкое снижение ДАД, отмеченное к 7 дню терапии на 7,6%, говорит о повышении функциональных резервов. ДАД практически не изменилось через 3 месяца. Тем самым подтверждалось, что снижение ДАД, выявленное нами носило устойчивый характер. При анализе показателей САД и ДАД в контрольной группе отмечено, что стойкое снижение САД достигнуто только к 9 дню терапии (на 7,7%), функциональные резервы повышены незначительно; через 3 месяца лечения этот показатель лишь незначительно увеличился на 1,3%.

Анализируя САД и ДАД у пациентов с АГ2 при воздействии МРТ, отмечено стойкое снижение САД на 7 день лечения в стационарных условиях на 14,1%, сохранявшееся и через 3 месяца, свидетельствующее о выраженном повышении функциональных резервов. Устойчивое снижение ДАД, отмеченное к 7 дню лечения (на 8,2%), говорящее о выраженном повышении функциональных резервов, сохранялось и к 3 месяцу. При ИРТ нами зафиксировано стойкое снижение САД и ДАД (на 12,5 и 8,7%), что показывает выраженное повышение функциональных резервов. При ГРТ нами отмечено стойкое снижение САД на 11,8%, ДАД на 7,6%. Эти показатели свидетельствуют о повышении функциональных резервов организма.

При исследовании динамики артериального давления у пациентов пожилого возраста выявлено, что при воздействии корригирующих технологий полученный клинический эффект сопоставим по терапевтическому эффекту при применении медикаментозного лечения, играет существенную роль в стабилизации САД и ДАД и представляет несомненный интерес для восстановительной медицины. Полученные данные имеют также значение для развития представлений о фундаментальных механизмах реакции САД и ДАД в ответ на применение корригирующих технологий восстановительной медицины.

ОБСУЖДЕНИЕ

Учитывая, что норма – ОФВ₁ >85%, ПТ >65%; условная норма – ОФВ₁ 85-75%, ПТ 65-60%; умеренные нарушения – ОФВ₁ 74-55%, ПТ 59-50%; значительные нарушения – ОФВ₁ 54-35%, ПТ 49-40%; резкие нарушения – ОФВ₁ <35%, ПТ <40%, у пациентов с ЧКБА при ИРТ зафиксировано стойкое повышение ОФВ₁ и ПТ на 6 день; при МРТ на 8; при МЛ на 11 день терапии. У пациентов с НБА соответственно при ИРТ на 9 день; при МРТ на 11, при МЛ на 14 день стационарного лечения. У пациентов с АГ степени 1 и ИБС ФК II при ИРТ мы отметили стойкое снижение САД и ДАД на 6 день (на 13,2 и 7,5% к 0 дню терапии), через 3 месяца незначительное увеличение на 0,4 и 0,5% к 0 дню терапии, что говорит о длительности стойкого клинического эффекта. При МРТ нами отмечено стойкое снижение САД на 5 день стационарного лечения или на 12,9%, через 3 месяца САД практически не изменилось. Стойкое снижение ДАД к 5 дню терапии на 7,6% практически не изменилось через 3 месяца. Тем самым подтверждалось, что снижение САД и ДАД носило устойчивый характер. Преимущество следует отдать МРТ. У пациентов с АГ степени 2 и ИБС ФК II при ИРТ отмечено стойкое снижение САД на 7 день лечения в стационаре на 12,5%, сохранившееся и через 3 месяца. Устойчивое снижение ДАД, отмеченное к 7 дню лечения (на 8,7%), сохранялось и к 3 месяцу. При МРТ на 8 день терапии отмечено устойчивое снижение САД на 14,1%, ДАД на 8,2%, сохранившееся к 3 месяцу.

При ежедневном измерении СИ методом ВТА как фактором определения функциональных резервов (ФР) с целью его сопоставления с динамикой ОФВ₁, ПТ, АГ степени 1 и 2, ИБС ФК II во время нахождения пациентов в стационаре, а также амбулаторно через 3 месяца нами отмечены следующие результаты. В группе пациентов, получавших ИРТ, отмечено стойкое повышение ФР у пациентов с ЧКБА на 6 день нахождения в стационаре. Через 3 месяца после проведенного лечения ФР оставались повышенными на 78%. Мы зафиксировали стойкое повышение ФР у пациентов с ЧКБА при МРТ на 8 день нахождения в стационаре. Через 3 месяца данный показатель оставался выше первоначального на 73%. У пациентов контрольной группы ФР стабильно повысились на 11 день. Через 3 месяца они оставались повышенными на 63%. У пациентов с НБА под воздействием ИРТ на 9 день нахождения в стационаре стойко повысились ФР. Через 3 месяца после лечения сохранялось их повышение на 97%. Рассматривая воздействие МРТ у пациентов с НБА, мы отметили стойкое повышение ФР на 11 день нахождения в стационаре. Через 3 месяца стойкое повышение ФР имело место на уровне 93%. В контрольной группе стойкое повышение ФР у пациентов с НБА нами отмечено на 14 день. В группе пациентов, получавших ИРТ, отмечено стойкое повышение ФР у пациентов с АГ1 и ИБС ФК II на 6 день нахождения в стационаре. Через 3 месяца после лечения ФР оставались повышенными на 91%. Мы зафиксировали стойкое повышение ФР при МРТ на 5 день, через 3 месяца ФР оставались выше первоначальных на 64%. У пациентов контрольной группы ФР стабильно повысились на 9 день терапии и через 3 месяца оставались повышенными на 59%. У пациентов с АГ степени 2 и ИБС ФК II

под воздействием ИРТ на 7 день нахождения в стационаре стойко повысились ФР. Через 3 месяца после лечения сохранялось их повышение на 89%. Рассматривая воздействие МРТ, мы отметили стойкое повышение ФР на 8 день нахождения в стационаре. Через 3 месяца повышение ФР имело место на 95%. В контрольной группе стойкое повышение ФР нами отмечено на 11 день. Через 3 месяца ФР оставались повышенными на 61%. Таким образом, метод ВТА выявил динамику ФР, совпадающую по времени со стойкой стабилизацией ОФВ₁ и ПТ у пациентов с нарушением состояния дыхательной системы, САД и ДАД у пациентов с нарушением состояния сердечно-сосудистой системы.

ВЫВОДЫ

1. При рассмотрении влияния корригирующих технологий на динамику функции внешнего дыхания мы отметили, что у пациентов пожилого и старческого возраста с частично контролируемой бронхиальной астмой стойкое повышение объема форсированного выдоха за 1 секунду и пробы Тиффно отмечено при гирудорефлексотерапии на 5 день лечения; при иглорефлексотерапии на 6 день; при магниторефлексотерапии на 8 день. У пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой данные показатели функции внешнего дыхания стойко повысились при магниторефлексотерапии на 8 день; иглорефлексотерапии на 9 день; гирудорефлексотерапии на 10 день.

2. Чрезвычайно высока роль систолического и диастолического артериального давления в патогенезе разнообразной патологии сердечно-сосудистой системы. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что корригирующие технологии восстановительной медицины способствуют стойкому снижению систолического и диастолического артериального давления у пожилых пациентов и играют

особую роль в клинической гериатрической практике. При артериальной гипертензии степени 1 и ИБС ФК II преимущество следует отдать гирудорефлексотерапии, при артериальной гипертензии степени 2 и ИБС ФК II – магниторефлексотерапии.

3. При анализе анамнеза отмечено, что у пациентов с артериальной гипертензией степени 1 и ИБС ФК II на фоне гирудорефлексотерапии, иглорефлексотерапии, магниторефлексотерапии стойкое снижение систолического и диастолического артериального давления через 3 месяца после лечения имело место соответственно на 13,6 и 7,7%; на 13,2 и 7,5%; на 12,9 и 7,6%. У пациентов с артериальной гипертензией степени 2 при магниторефлексотерапии, иглорефлексотерапии, гирудорефлексотерапии эти показатели достоверно снизились на 14,1 и 8,2%; на 12,5 и 8,7%; 12,7 и на 7,1%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. – М.: БИНОМ, СПб.: Невский диалект, 1998. – 210 с.
2. Комиссаренко И.А., Милюкова О.М. Систолическая артериальная гипертензия (АГ) //Практическая гериатрия (избранные и организационные вопросы) /Под ред. проф. Л.Б. Лазебника. М.: Боргес, 2002. – С. 88-141.
3. Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д. АРГУС. Артериальная гипертензия у лиц старших возрастных групп. Монография. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2002. – 448 с.

РЕЗЮМЕ

У пациентов пожилого и старческого возраста с бронхиальной астмой, артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца применяются гирудорефлексотерапия, иглорефлексотерапия, магниторефлексотерапия в комплексном лечении. Данные технологии восстановительной медицины показаны в клинической гериатрической практике.

ABSTRACT

The hirudoreflexotherapy, the acupuncture, the magnetoreflexotherapy use during the treatment the elderly patients ill the asthma, the hypertension, the ischemic heart disease. These technologies of reconstructiv medicine use in the clinic heriatric practice.