

УДК 615.81+615.83:616-831-005

© В. А. Пономарев, 2009.

К КОНЦЕПЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОКАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В. А. Пономарев*Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, Симферополь.*

THE CONCEPT OF REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL-CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

V. A. Ponomarev

SUMMARY

As a result of multivariable researches 800 patients and 120 healthy people high correlative direct connection is exposed with absence of cardio vascular diseases, high level of aerobic energy exchange, increase of biological age and growth of life-span man, that is not characteristic for the population of Ukraine.

In one day on one area subjected to medical influence we recommend to appoint no more than 8 conditional physical therapeutic units, that is well-proven by the practical use and supervision of many hundreds of patients on different stages of rehabilitation. Such an approach of simultaneous application of physical therapeutical factors to 450 patients promotes efficiency of rehabilitation up to 25-35 %.

КОНЦЕПЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ЦЕРЕБРОКАРДІОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.

В. О. Пономарьов

РЕЗЮМЕ

У результаті багатофакторних досліджень 800 пацієнтів і 120 здорових осіб виявлений високий корелятивний прямий зв'язок з відсутністю серцево-судинних захворювань, високим рівнем аеробного енергообміну, збільшенням біологічного віку та зростанням тривалості життя людини, що не характерним для населення України.

В одну добу на одну зону, яка піддана лікувальній дії, рекомендуємо призначати не більше 8 умовних фізіотерапевтичних одиниць, що доведено практичними спостереженнями за сотнями хворих на різних етапах реабілітації. Подібний підхід поєднаного застосування фізіотерапевтичних факторів у 450 пацієнтів підвищує ефективність реабілітації на 25- 35 %.

Ключевые слова: реабилитация, концепция, цереброкардиоваскулярная патология.

Медицинская реабилитация (МР) больных с цереброкардиоваскулярной патологией является одной из важнейших проблем восстановительной медицины. Треть таких больных является лицами трудоспособного зрелого возраста. А уж перенесенного инсульта к работе возвращаются всего 10 -12 % больных. Цереброкардиоваскулярные заболевания наносят огромный ущерб экономике, учитывая расходы на лечебно-реабилитационные мероприятия и большие потери в сфере производства. Актуальность проблемы подчеркивается ухудшение ситуации за последние 15 лет в Украине, где в самом работоспособном среднем возрасте только 2-5 здоровых людей в сравнении с 35-40 в Европе [1,2,3].

МР основана на принципах преемственности, комплексности, непрерывности и индивидуальности,

начиная с доклинического периода формирования болезни и продолжения в острой, подострой стадиях заболевания, во время реконвалесценции и ремиссии. МР больного в фазе обострения заболевания – это тактика лечения, а в фазе ремиссии – ее стратегия. К характерным особенностям фазы ремиссии относят угасание или полное исчезновение клинических проявлений местной, органной патологии при сохранении детерминанты патологической системы болезни, несущей в себе угрозу ее рецидива, прогрессирования и хронизации. Малосимптомность фаз предболезни, реконвалесценции и ремиссии в сочетании со скудностью их освещения в профессиональной литературе затрудняют проведение реабилитационных мероприятий в эти периоды заболевания. Именно в это время больной должен быть объектом активной МР, применяя

оптимальные средства, в основном, немедикаментозные, основанные на принципах синдромно-патогенетических воздействий и адаптивно-функциональных возможностей организма пациента.

Процесс формирования ранних нозологий при хронической церебро-кардиоваскулярной патологии (ХЦКВП) обусловлен комплексом функционально-органических расстройств организменного гомеостаза с последующей их прогрессивностью в развитии: начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия I, II и III стадии, причем нарастают кардиоваскулярные расстройства от 20 % до 60 %.

Следовательно, учет принципов этапности медицинской помощи при хронических заболеваниях, в том числе и при цереброкардиоваскулярной патологии (ЦКВП), являются методологически важными и требуют постоянного совершенствования и четко разработанных отдельных алгоритмами лечебно-профилактических и медико-реабилитационных мероприятий на каждом этапе – превентивном, стационарном, поликлиническом, санаторно-курортном и клинической ремиссии.

Это позволяет проводить восстановительное лечение с учетом стадии заболевания, реализуя его комплексность, преемственность, последовательность, непрерывность и индивидуальность. В результате предложены оптимальные комплексы физической реабилитации, которые могут успешно использоваться в этапной реабилитации больных с хронической ЦКВП.

Развитие ЦКВП у лиц трудоспособного молодого и среднего возраста, нередко снижающей работоспособность и трудоспособность диктуют необходимость поиска новых эффективных методов немедикаментозной профилактики и терапии, позволяющих избежать медикаментозной аллергизации организма, почти неизбежной при хронически текущих заболеваниях, в том числе и цереброваскулярной патологии.

Физические факторы (ФФ), включающие в себя методы физиотерапии (ФТ), лечебной физкультуры (ЛФК), массажа (М), мануальной терапии (МТ), рефлексотерапии (РТ) прочно вошли в арсенал медицины, завоевывая все большую популярность среди врачей и больных, что объясняется безвредностью и достаточно высокой их эффективностью в процессе саногенеза (восстановления здоровья).

Эти требования выполняются при использовании режима оптимальной двигательной активности (РОДА) и лечебного массажа (ЛМ) и комплексной физиобальнеотерапии (КФБТ). К достоинствам РОДА, ЛМ, КФБТ следует также отнести сравнительную доступность и отсутствие

отрицательных реакций или каких-либо других серьезных осложнений, возможность сочетанного использования различных видов массажа с учетом их синергичного потенцирующего действия, их комплексирование с различными методами лечения заболеваний (физиобальнео-, климато-, психо-, фармакотерапия, ЛФК и др.) на всех этапах медицинской реабилитации – стационар, поликлиника, санаторий, диспансер – почти всех категорий больных, в том числе и среди широко распространенной ЦКВП.

Тенденция развития физиотерапии последних десятилетий – это упор на доказательность и персонализацию лечения.

Проспективное наблюдение в течение 20 лет пациентов, которым проводились лечебно-профилактические и медико-реабилитационные мероприятия по предложенным схемам сочетанного применения физиотерапевтических факторов, показало высокую результативность нового концептуально-методологического направления по предупреждению развития инсультов на основе разработанных лечебно-реабилитационных алгоритмов. Сравнивая полученные нами результаты катанестического анализа с приведенными данными литературы, можно еще раз констатировать эффективность предложенного концептуально-методологического подхода программы профилактики на основе стратегии высокого риска и поэтапной медицинской реабилитации больных с ранними формами хронической ЦКВП на фоне атеросклероза, артериальной гипер-, гипотонии, венозной дисциркуляции в плане профилактики инсульта и сопутствующей кардиоваскулярной недостаточности.

Целью работы является разработка оптимального алгоритма сочетанного применения физиотерапевтических факторов в комплексной физической реабилитации больных с церебруокардиоваскулярной патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведены 20-летние многофакторные катанестические, анамнестические и клинко-физиологические исследования у 800 больных и 120 здоровых лиц, наблюдаемых в разные возрастные периоды. Для объективизации состояния использовали реоэнцефалографию (РЭГ), электроэнцефалографию (ЭЭГ), исследование биохимических и коагуляционных показателей крови. Нарушения движений, тонуса чувствительности, навыков ходьбы оценивали по Столяровой. Выполнялись также тесты: клинортогостатическая проба, Мартине-Кушелевского (20 приседаний за 30 секунд), позволяющие оценить уровень вегетативно-сосудистой регуляции и устойчивости. Для оценки уровня выносливости анаэробного энергообмена использовали следующие

тесты: беговой тест Купера, велоэргометрию или степ-тест. На основе проведенных исследований результативности отдельных вариантов немедикаментозного физиотерапевтического лечения 450 больных с ранними формами ЦКВП был предложен определенный алгоритм сочетанного применения физиобальнеотерапевтических факторов ФБТФ с учетом интенсивности их действия. Условно легкой интенсивностью действия ФТФ считаем использование легких ФТФ (гальванический ток, токи низкой частоты, ультратон, дарсонваль, массаж, свет, пелоидотерапевтическую процедуру в виде 1-2 аппликаций, и др.), назначаемых на зону, удаленную от рефлексогенной, лечебную грязь до 30 % нерелексогенной поверхности тела. Им присваиваем 1 условную ФТ-единицу (далее 1 у.е.). Из гидротерапевтических процедур к ним относится полуванна 36-37 °С, теплый душ 35-32 °С, массаж до 2,5 массажных единиц. Средней интенсивностью с условным присвоением 2-х у. е. считаем использование этих же ФТФ на рефлексогенную зону, а также применение более ФТФ, не безвредных для организма человека и обладающих общерефлекторным действием в малых их дозах (ЭП УВЧ, СВЧ, УЗ и т. п.), из гидропроцедур – ванны, тонизирующие души 31-29 °С, купания в бассейне по соответствующей (слабой-средней-сильной) холодовой нагрузке, из грязевых пелоидопродур 31-60 % поверхности тела, общий восстановительно-седативный массаж.

Сильной интенсивностью действия ФТФ (3 у. е) считаем использование ЭП УВЧ, СВЧ, УЗ в больших терапевтических дозах, а также более интенсивные гидропроцедуры – душ Шарко 29-23 °С, закалывающий Шотландский душ, сауна, купания в бассейне с гидровоздействиями на все рефлексогенные зоны, лечебная грязь более 60 % поверхности тела и другие пелоидопродур более 3-х аппликаций на рефлексогенные зоны, а также общий восстановительно-тонизирующий массаж.

В один день на одну на одну зону подвергаемую лечебному воздействию рекомендуем назначать от 8 до 2 у. е., что доказано практическим использованием и наблюдением за многими сотнями больных на разных этапах реабилитации. Оптимальными является назначение ФТФ в следующих у.е.: при начальной недостаточности мозгового кровообращения – 7-8 у.е.; при дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) I стадии – 5-6 у.е.; при ДЭП II ст. – 3-4 у.е.; при ДЭП III стадии – 1-2 у.е.

В последние десятилетия для объективизации результатов лечения стали оценивать качество жизни (КЖ) по различным опросникам и шкалам, в том числе и разработанным для больных с цереброкровообращающей патологией [5]. Исходя из концепции восстановительного лечения

разработка оптимальных схем лечения на разных этапах реабилитации является важнейшей задачей. И здесь важно иметь доступные методы контроля эффективности реабилитации.

В качестве здоровых обследовали 40 людей, членов клуба любителей бега, 80 практически здоровых лиц и 140 человек больных с ЦКВП того же среднего возраста. Опросник качества жизни позволял оценивать физический и психологический компоненты качества жизни (КЖ) от 0 до 100. КЖ оценивали по опроснику SF-36 Medical Outcomes Study Short Form, адаптированному к русскоязычным респондентам [2]. Анализу подвергались следующие критерии активности КЖ: физическую, социальную, физических проблем, социальных проблем, эмоциональных проблем в границах жизненной деятельности, психическое здоровье (ПЗ), жизнедеятельность (Ж), общее здоровье (ОЗ) и общее нездоровье (ОН).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведены 20-летние многофакторные катанестические, анамнестические и клинко-физиологические исследования у 800 больных ЦКВП и 120 здоровых лиц, наблюдаемых в разные возрастные периоды позволяют высказать некоторые закономерности по формированию вегето-сосудисто-висцеральных и сердечно-сосудистых заболеваний в разные возрастные периоды с учетом анаэробного (силовые и скоростно-силовые показатели) и аэробного (показатели выносливости и максимального потребления кислорода) энергообмена, их биологического возраста, продолжительности жизни.

Уровень здоровья, который имеет высокую прямую связь с продолжительностью жизни ($r=+0,95$) и в тоже время высокую обратную связь с формированием атеросклероза и его осложнений в виде церебро-кардиоваскулярных заболеваний ($r=-0,8$ - $-0,95$), а также ревматизма у детей ($r=-0,8$) и наличию других хронических воспалительных заболеваний других органов. Обращает внимание наличие гипердиагностики ревматизма у подростков, что влечет освобождение их не только от занятий в спортивных секциях, но и от обычных занятий физкультурой, что в дальнейшем сопровождается низким физическим развитием и отсутствием общей выносливости и низким иммунитетом [3-6].

У нынешнего поколения, казалось акселерантов по росту, в сравнении со сверстниками 35 летней давности, выявляются почти в двое сниженные показатели кистевой и становой динамометрии, показателей общей выносливости, и в такой же пропорции увеличение вегето-сосудистых расстройств по данным пробы Мартинес-Кушелевского и вегетативных клино-ортостатических проб, где стало в 2 раза больше гипертензивных и в 1,5 раза больше дистонических реакций. И это

сопровождается снижением продолжительности жизни населения Украины и других стран СНГ на 10-15 лет в сравнении с периодом до 1990 года и постепенное дальнейшее его понижение у женщин (до 71 года) и, особенно, у мужчин (до 56 лет). В тоже время у наблюдаемых нами 120 лиц, регулярно занимающихся физическими циклическими тренировками, с высоким уровнем выносливости выявлено снижение биологического возраста на 15-25 лет ($r=+0,95$). Результаты исследований диктуют необходимость решения социальных и медицинских профилактических задач:

1) формирование врачебной и семейной привычки заниматься физкультурой и спортом;

2) возврат прежнего госбюджета детским спортивным школам;

3) пропаганда ЗОЖ в аспекте самостоятельных физических циклических тренировок на выносливость - медленный кроссовый бег, быстрая ходьба, велосипед, плавание, лыжи, коньки, аэробика и даже скоростно-силовых видов, проводимых по методу круговой тренировки, то есть с большим числом повторений и практически без пауз отдыха между подходами, до пототделения, утомления, частого дыхания и аэробного частого пульса; 4) возврат к проведению системы спартакиад различного уровня. В результате многофакторных исследований выявлена высокая коррелятивная прямая связь с отсутствием сердечно-сосудистых заболеваний, высоким уровнем аэробного энергообмена, увеличением биологического возраста и ростом продолжительности жизни человека, что не характерно для населения Украины.

В своей практической работе коррекции имеющихся нарушений у больных с ЦКВП мы отдаем предпочтение обычному сочетанию нескольких разных по классу ФБТФ (3-5 методов): электро-, гидро-, свето-, пелоидо-, ингаляционной и мануальной терапии, массажа и др..

Причем многогранные норморегуляторные эффекты действия ФТФ наблюдаются в среднеминимальных дозах, оптимальных для данного пациента, не превышающих порог восприятия организма (с учетом возраста, пола, общей выносливости, или аэробного энергообмена и др.) и рефлекторно-сегментарной зоны (РСЗ).

Но даже у одного и того же человека с неврозом воздействие седативным анодом на воротниковую зону вызывает оптимальную благоприятную реакцию на сеанс гальванизации, а воздействие тонирующим катодом вызывает ощущение временной внутренней раздражительности. В один день на одну на одну зону подвергаемую лечебному воздействию рекомендую назначать не более 8 у. е., что дифференцируем при различной степени цереброкардиоваскулярной недостаточности. Подобный подход сочетанного применения ФБТФ по интенсивности действия у 450 пациентов ЦКВП повысил эффективность реабилитации на 25-35 % [3,4,5,10,11].

Таковы некоторые основные положения концепции физиобальнеотерапевтической реабилитации больных прогрессирующей ЦКВП.

В завершение приводим таблицу показателей качества жизни больных с ЦКВП и здоровых людей среднего возраста (таблица №1).

Таблица №1

Показатели качества жизни (M±m %)

Показатели	Бегающие здоровые (n=40)	Небегающие здоровые (n=80)	ЦКВП до реабилитации (n=140)	ЦКВП после реабилитации (n=140)
физическая активность	88,3±2,1	77,3±2,2	55,4±2,9	66,2±2,9*
социальная активность	98,4±2,8	75,7±2,9	61,6±2,8	73,3±2,8*
эмоциональная активность	94,3±3,1	85,2±2,8	64,2±2,3	77,8±2,9*
Жизнедеятельность	75,3±2,1	58,7±2,1	40,4±2,2	56,8±2,3*
клиническое неблагополучие	24,3±1,8	45,6±2,8	76,5±2,9	50,8±2,8*
общее здоровье	95,4±3,8	78,7±3,9	43,7±3,9	64,4±3,9*

Как видно из таблицы, показатели качества жизни были существенно снижены у больных с цереброкардиоваскулярной патологией до комплексной реабилитации с включением физиотерапевтических факторов. Они статистически

достоверно улучшались (примечание* - $P \leq 0,05$) часто достигая уровня здоровья практически здоровых, но не бегающих лиц. Однако у длительно бегающих членов клуба любителей бега все показатели качества жизни были значительно лучше.

ВЫВОДЫ

1. В концепции реабилитации больных с начальными формами хронической ЦКВП важна стратегия предупреждения развития заболеваемости путем привития здорового образа жизни, где важнейшими являются физические циклические упражнения и тренировки аэробной направленности, стимулирующие жировой обмен в организме и позволяющие уменьшать зашлакованность организма выведением солей тяжелых металлов при потоотделении и частом дыхании.

2. У больных с хронической ЦКВП, где возможности выполнения этих физических циклических тренировок снижены используются схемы сочетанного применения физических факторов по разработанным методикам, что позволяет повысить эффективность реабилитации на 25-35 %, что позволяет восстанавливать основные показатели здоровья до уровня практически здоровых лиц.

3. Однако подобная тактика не решает стратегической задачи увеличения продолжительности жизни нации, которое в последние постперестроечные десятилетия уменьшилась на 10-15 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта.. – М., 2003. -138 с.
2. Эффективность комплексной санаторной реабилитации больных с мозговым инсультом в условиях среднегорья./ Абдылдаева Н.А., Белов Г.В., Молдоташев И.К., Кулов Б.Б.//Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2009. – № 4. - С. 13-16.
3. Пономарев В.А. Раннее прогнозирование уровня здоровья, риска цереброваскулярной патологии, продолжительности жизни и эффективности реабилитации. / Вестник физиотерапии и курортологии – 1997. – Т.3. – № 2. – С.32-36.
4. Пономарев В. А. Корреляции распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, уровня здоровья и продолжительности жизни человека в Украине // Материалы Второго Всеукраинского съезда специалистов по спортивной медицине и лечебной физкультуре «Человек, спорт, здоровье». - К., 2008. – С. 126.
5. Пономарев В. А. Корреляции распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, уровня здоровья и продолжительности жизни человека в Украине // Материалы Второго Всеукраинского съезда специалистов по спортивной медицине и лечебной физкультуре «Человек, спорт, здоровье». - К., 2008. – С. 126.
6. Пономарев В. А. Сердечно-сосудистые заболевания и уровень физического здоровья человека в аспекте профилактики // Актуальные проблемы госпитальной медицины: Международная науч.-практ. конф.- Севастополь, 2008. – С. 163.
7. Пономарев В. А. К механизму саногенетического общего рефлекторно-сегментарного действия физиотерапевтических факторов // Вестник физиотерапии и курортологии. - 2009.- № 1. – С.37-44.
8. Социально-экономические аспекты физиопрофилактики и реабилитации больных / Кулик Н.М., Горлов А.А., Бобрик Ю.В., Власова Е.А., В.А.Пономарев и др. //Вестник физиотерапии и курортологии. - 2009.- № 1. – С.96-97.
9. Концептуально-методологический подход в этапной реабилитации больных с хронической цереброваскулярной патологией / Пономарев В. А., Горлов А.А., Кулик Н.М., Бобрик Ю.В. //Вестник физиотерапии и курортологии. - 2009.- №2.– С.134-135.
10. Пономарев В. А. Оптимизация методик лечебного массажа при цереброваскулярных заболеваниях // Вестник физиотерапии и курортологии. - 2009.- № 2. – С.135.
11. Пономарев В. А. Алгоритм сочетанного применения физиотерапевтических факторов при хронической цереброваскулярной патологии // Вестник физиотерапии и курортологии. - 2009.- № 2. – С.135.