

О.Н.РОЗДИЛЬСКАЯ, О.А.БОРОХОВА, Н.А.СМЕЦКОВА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Представлені результати аналізу ефективності санаторно-курортного лікування хворих з хронічною серцевою недостатністю з застосуванням мінеральної води "Березівська" на курорті "Березівські мінеральні води".

* * *

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы совершенствования лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) является одной из важнейших проблем современной клинической медицины [3].

Большой процент больных пожилого возраста поступают в санатории различного профиля, у которых клинически выраженная ХСН является основным синдромом, определяющим выбор лечебных физических факторов (ЛФФ) и их переносимость [1].

Вместе с тем, клинически выраженная сердечная недостаточность значительно ограничивает возможности курортных факторов и признаётся противопоказанием для применения общих ванн [2].

В то же время, реакция сердечно-сосудистой системы (ССС) на применение базисных методов курортной реабилитации является порой основным фактором, определяющим возможность и целесообразность пребывания больного на курорте [2,3].

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения больных с ХСН путём обоснования возможности и применения минеральной воды "Березовская" на этапе санаторно-курортной реабилитации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В группу наблюдаемых лиц вошли 100 больных с клинически манифестируемой ХСН I-IIА стадии, II-III ФК в возрасте от 55 до 82 лет, которые находились в санатории "Берёзовские минеральные воды".

При этом у 55 больных использовался разработанный способ бальнеотерапии и они составили основную группу, а 45 лиц разработанный способ бальнеотерапии не получали и составили контрольную группу.

ХСН I ФК NYHA зарегистрирована у 25% больных, II ФК NYHA – у 60% лиц и III ФК NYHA – у 15% обследованных.

Клинико-инструментальное обследование и лечение больных проводилось по единой программе на базе санатория "Берёзовские минеральные воды" .

Клиническое обследование больных включало выявление и динамику в процессе лечения ведущих клинических синдромов, характеризующих состояние больных: одышки, утомляемости, периферических отёков, уровня АД, стенокардии, нарушений сердечного ритма, наличие или отсутствие физикальных и лабораторно-инструментальных признаков поражения органов-мишеней, а также осложнений со стороны органов-мишеней.

Физикальное обследование включало в себя: состояние кожи, наличие акроцианоза, границы сердца, измерение уровня АД по методу Короткова на руках и ногах, выслушивание сердца и сосудов грудного и брюшного отдела аорты, состояния сосудов глазного дна, периферических (в том числе сонных) артерий, состояния ЦНС, щитовидной железы, состояния кожи.

Биоэлектрическую активность миокарда исследовали по данным ЭКГ с помощью электрокардиографа шестиканальной диагностической системы "Валента" (Украина).

Состояние миокарда, центральной гемодинамики и его сократительную способность оценивали с помощью эхокардиографии. Использовали ультразвуковую систему (доплер) "SONOS-1000" (США).

Состояние мозговой гемодинамики изучали с помощью реоэнцефалографии, состояние периферического кровотока оценивали на основании данных периферической вазографии, используя диагностическую систему "Валента".

Состояние желудочно-кишечного тракта оценивали также на основании клинического и инструментального обследования, включающего: рентгенисследование желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), фиброгастроскопию, фиброколоноскопию, осмотра проктолога.

Оценку переносимости физических нагрузок проводили на основании оценки в динамике результатов пробы с 6-минутной ходьбой (6М WT), который признаётся наиболее приемлемым в оценке физической работоспособности именно у больных с органической патологией миокарда и признаками сердечной недостаточности.

Наряду с этим, проводились общепринятые стандартные для больных клинические и биохимические исследования крови, мочи, консультации офтальмолога с исследованием состояния сосудов глазного дна и уровня внутриглазного давления, по необходимости – УЗИ внутренних органов, консультации узких специалистов.

При формулировке диагнозов использовали клинические классификации, рекомендованные Украинским научным обществом кардиологов с учётом Международной классификации болезней X пересмотра: Хронической сердечной недостаточности - по функциональным классам и стадиям, 2003 г., АГ по стадиям (ВОЗ, 1996); уровней АД у взрослых людей в возрасте старше 18 лет и старше WHO/ISH, 1999; ДАГ – 1, 2000; ишемической болезни сердца - по клиническим формам, утверждённым на VI национальном конгрессе кардиологов Украины (18-21 сентября 2000 г); функциональные классы стенокардии - по Канадской классификации (Canadian Cardiovascular Society, 1976).

Уровень качества жизни оценивали у больных через 3 года после проведения санаторно-курортного лечения в сравнении в зависимости от стадии декомпенсации и кратности курортной реабилитации, используя Миннесотский опросник качества жизни больных недостаточностью кровообращения (Living with Heart Failure Questionnaire), дословное название которого – "жизнь с сердечной недостаточностью".

Для статистической обработки применяли параметрические методы статистического анализа достоверности динамики средних величин с использованием коэффициента Стьюдента (пакет Statistica 6).

Лечебный комплекс заключался в следующем: больной принимал внутрь МВ "Берёзовская" трижды в день по 100,0 мл за час до еды. Наряду с этим, ему проводились минеральные ванны t° 36-38 $^{\circ}$ в течение 10 минут в количестве 10-12 процедур. При этом больным с начальными стадиями СН (I и II ФК) первые три-четыре процедуры отпускались в виде ножных полуванн, последующие 7-9 – в варианте общих ванн. Лица с СН III ФК получали 10-12 процедур ножных полуванн.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исходное состояние больных при поступлении характеризовалось следующим: все больные были в возрасте старше 60 лет с клинической стадией СН IIА, II-III ФК, обусловленной ИБС в сочетании с умеренной АГ II-III стадии (у 21,8% - с перенесенным ОНМК в анамнезе), на протяжении более 10 лет. У половины наблюдаемых ИБС была представлена постинфарктной стенокардией напряжения, у половины – нарушениями сердечного ритма.

Все наблюдаемые больные отмечали при поступлении в санаторий наличие общей слабости, утомляемости, 21,8% больных основной и 15,6% - контрольной группы отмечали ухудшение самочувствия, одышку при небольшой физической нагрузке, отёки на ногах. У большей части из них наблюдались раздражительность, плохой сон. У половины больных основной и контрольной групп наблюдались мышечная слабость в ногах и судороги в икроножных мышцах.

Результаты осмотра показали, что у половины больных при поступлении отмечался избыточный вес тела. У 2/3 лиц при поступлении повышалось АД. У 43 (74,5%) лиц основной и у 35 (77,8%) пациентов контрольной группы наблюдалась бледность кожных покровов, расширение границ относительной сердечной тупости, у 12 (21,8%) больных основной и у 7 (15,6%) больных в контрольной группе обнаруживались признаки акроцианоза, сопровождающиеся признаками застоя в лёгких, увеличением размеров печени, наличием периферических отёков. У 26 (47,3%) пациентов основной и у 23 (51,1%) – контрольной группы зарегистрирован неритмичный пульс.

Изменения со стороны электрической активности миокарда, которые проявлялись у 25 (45,4%) больных основной и у 20 (44,4%) лиц контрольной группы снижением вольтажа зубцов, у 43

(74,5%) и 35 (77,8%) - признаками гипертрофии миокарда левого желудочка. Наряду с этим, у 12 (21,8%) пациентов основной и у 7 (15,6%) имели место признаки гипертрофии миокарда левого предсердия, сопровождающиеся наличием признаков систолической перегрузки миокарда ЛЖ. У 30 (54,6%) и у 25 (55,6%) больных соответственно наблюдались нарушения сердечного ритма.

Характер и выраженность изменений параметров гемодинамики соответствовали тем изменениям, которые наблюдаются при сердечной недостаточности IIА стадии на фоне АГ. Так, в среднем у данной категории лиц отмечались признаки гипертрофии миокарда по концентрическому типу с наличием у всех обследованных диастолической дисфункции миокарда. Систолическая дисфункция миокарда ЛЖ наблюдалась у больных с клиническими признаками СН IIА стадии у больных с АГ и ИБС, у больных с ИБС и прогностически неблагоприятными нарушениями сердечного ритма (мерцательной аритмией).

Это проявилось изменениями со стороны максимальной скорости раннего диастолического потока через митральное отверстие; максимальной скорости позднего диастолического потока через митральное отверстие и их соотношения, времени изоволюмического расслабления ЛЖ по сравнению с нормальными их значениями. Средние параметры фракции выброса изменялись в среднем менее значимо.

Анализ РЭГ показал, что у больных с ХСН, обусловленной АГ, ИБС и АГ со стажем заболевания более 10 лет практически у всех имели место нарушения церебральной гемодинамики, проявляющиеся в снижении артериального кровотока наряду с затруднением венозного оттока из сосудов головного мозга, причём более выраженные слева по сравнению с изменениями в правом полушарии головного мозга.

У наблюдаемых нами больных при поступлении в санаторий отмечалось в среднем снижение артериального звена периферического кровотока, более выраженное слева, также соответствующее стадии и форме сердечной декомпенсации на фоне АГ.

У всех наблюдаемых больных дистанция, пройденная за 6 минут, была менее 500 метров. При этом у лиц с ХСН ФК II параметры, характеризующие переносимость 6-минутной ходьбы, были более благоприятными по сравнению с больными с СН ФК III. Это проявилось в большей величине пройденной первой и второй дистанции, большей величине индекса адаптации (ИА) и меньшем времени восстановления ЧСС. Следует отметить, что у лиц с ХСН ФК II во время второго теста число шагов и скорость ходьбы уменьшились, а у больных с СН ФК III наблюдалось увеличение числа шагов и скорости ходьбы. Это свидетельствует о том, что по мере возрастания декомпенсации у больных данная физическая нагрузка приводит к учащению и укорочению шагов, что соответствует известным описанным в литературе данным.

В результате проведенного курсового санаторно-курортного лечения у всех больных с ХСН изменилось клиническое состояние. Это проявилось тем, что у большей части основной (87,3%) и контрольной (57,8%) групп курортное лечение привело к улучшению самочувствия, что проявилось в уменьшении выраженности одышки, частоты и выраженности стенокардии, головных болей и раздражительности, периферических отёков и мышечной слабости в ногах, более выраженное у лиц основной группы по сравнению с контрольной.

На седьмой день пребывания в санатории у всех лиц основной и контрольной групп нормализовалось исходно повышенное АД. На третий день повышенное АД нормализовалось у трети больных обеих групп.

При этом наиболее благоприятная динамика повышенных цифр АД у всех лиц касалась прежде всего утреннего АД, достоверно позже - уровня вечернего АД.

Так, у 16 (37,2%) лиц основной и у 9 (23,7%) лиц контрольной группы в первые три дня снизились повышенные цифры утреннего АД ($p < 0,05$). В контрольной группе вечерние цифры АД в первые три дня пребывания в санатории снизились у 5 (13,2%) больных по сравнению с 13 (30,2%) лицами основной группы ($p < 0,05$).

У лиц основной группы более значимо улучшилось не только клиническое состояние, но и состояние церебрального, что и обусловило снижение повышенного АД в более ранние сроки по сравнению с изменениями у лиц контрольной группы. Так, в результате проведенного санаторно-курортного лечения у больных основной группы, получавших разработанный способ бальнеотерапии улучшились показатели церебральной гемодинамики. Значимые изменения коснулись параметров, отражающих состояние венозного оттока из сосудов головного мозга, причём статистически более выраженные у лиц основной группы по сравнению с динамикой уровня показателей у лиц контрольной группы. Существенно не изменились уровни показателей,

отражающих состояние артериального звена церебрального кровотока, что характерно для данной категории больных с органической патологией ССС и для достаточно короткого срока наблюдения.

Улучшилось и состояние периферического кровотока у больных после проведения курсового лечения в санатории в виде улучшения артериального кровотока в голених и стопах, более выраженное в стопах (по сравнению с улучшением в голених) и более значимое у больных основной группы по сравнению с контрольной группой.

После проведенного санаторно-курортного лечения улучшилась переносимость физических нагрузок у больных с ХСН. Это проявилось в увеличении дистанции и индекса адаптации, увеличении скорости шагов и снижении времени восстановления ЧСС, более выраженное у лиц с ХСН II ФК по сравнению с динамикой у больных с ХСН III ФК.

Вместе с тем, у больных основной группы по сравнению с контрольной различия параметров проявились более значимо именно при ХСН III ФК, что свидетельствует о реальной обоснованности использования разработанного способа применения МВ "Берёзовская" у данной категории больных. Изменения большей части показателей переносимости теста 6-минутной ходьбы не были достоверны, что характеризует данную категорию больных с декомпенсацией кровообращения и по-видимому достаточно короткий срок наблюдения.

Таким образом, включение разработанной методики бальнеотерапии в курортное лечение больных ХСН на фоне гастроэнтерологической патологии хорошо клинически и психологически переносилось больными, улучшало их клиническое состояние, не вызывало осложнений и побочных реакций, снижало повышенное АД, улучшало функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и переносимость физических нагрузок.

Отдалённые результаты лечения больных с ХСН показали, что уровень качества жизни наблюдаемых больных с ХСН через 3 года после санаторно-курортного лечения наиболее значимо улучшился у лиц с ХСН II ФК NYHA и после регулярного (1 раз в год) трёхкратного санаторно-курортного лечения ($53,5 \pm 6,5$ баллов). Наименее значимые результаты получены у больных с ХСН III ФК NYHA и после однократного курса курортной терапии.

ВЫВОДЫ

Санаторно-курортное лечение больных с ХСН в условиях курорта "Берёзовские минеральные воды" возможно и целесообразно. Применение минеральной воды "Берёзовская" в сочетании с бальнеотерапией на фоне базисной медикаментозной терапии, режима питания и индивидуально дозированных физических нагрузок приводит к улучшению самочувствия больных, стабилизации прогрессирования декомпенсации и артериальной гипертензии, предупреждению возможных побочных действий фармакотерапии.

Наиболее значимые результаты в виде улучшения качества жизни достигаются у лиц с менее выраженными признаками недостаточности кровообращения и у больных после регулярного ежегодного (не менее 2-х-3-х кратного) санаторно-курортного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Роздільська О.М., Афанасьєв М.В., Колесник Е.О. та інші. Фізичні фактори в комплексному лікуванні серцевої недостатності у хворих на ішемічну хворобу серця: Методичні рекомендації МОЗ України. – Харків, 2002. – 19 с.
2. Роздільська О.М. Показання та протипоказання щодо санаторно-курортного лікування // Довідник / За ред. Е.О.Колесика, К.Д. Бабова, М.П. Дриневського. - К: Купріянова, 2003.- С. 5 -9.
3. Хомазюк І.М., Гончаренко Л.І., Чебанюк С.В. Діагностика та лікування хронічної серцевої недостатності, обумовленої гіпертонічною хворобою, у постраждалих внаслідок Чорнобильської аварії: Методичні рекомендації МОЗ України; НЦРМ АМН України. – К., 2001. – 31 с.

O.N.ROSDILSKAYA, O.A.BOROHOVA, N.A. SMECKOVA THE RESULTS OF HEALTH RESORT TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

The results of analysis of effectiveness of health-resort treatment of patients with chronic heart failure with application of mineral water "Beresovskaya" on the health-resort "Beresovskiye mineral waters" are introduced.

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины и санаторий "Берёзовские минеральные воды"

Дата поступления: 15.01. 2008 р.

УДК 616-084-614-009.86