

УДК 616.12-005.4+616.37-008.64]-085:615.327

DOI: 10.15587/2313-8416.2016.86227

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ГІПЕРТЕНЗИЄЮ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДУ**О. В. Колоденко****COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND HYPERTENSION AFTER SURGICAL MYOCARDIAL REVASCULARIZATION****O. Kolodenko**

Стаття присвячена питанням комплексної санаторно-курортної реабілітації хворих з ішемічною хворобою серця та артеріальною гіпертензією, які перенесли хірургічну реваскуляризацію міокарду. Нами показано, що після санаторно-курортного лікування відбувається значне покращення за рахунок поліпшення фізичного стану, загального стану здоров'я, соціального функціонування, та в цілому покращення якості життя за опитувальником SF-36 на 32,2 % ($p < 0,05$)

Ключові слова: реабілітація, ішемічна хвороба серця, хірургічна реваскуляризація міокарду, гідрокінезотерапія, санаторно-курортне лікування

The article is devoted to the complex spa rehabilitation of patients with coronary heart disease and hypertension who underwent myocardial surgical revascularization. We have shown that after a spa treatment is a significant improvement by improving the physical condition, general health, social functioning, and overall improve the quality of life according to questionnaire SF-36 by 32.2 % ($p < 0.05$)

Keywords: rehabilitation, coronary heart disease, myocardial surgical revascularization, hydrokinesitherapy, spa treatment

1. Вступ

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з найбільш розповсюджених патологій органів кровообігу населення розвинутих країн. В теперішній час, незаперечна ефективність реабілітаційних програм при ІХС, після інфаркту, операцій на серці. Однак, сьогодні програми реабілітації хворих з ІХС після хірургічної реваскуляризації міокарду потребують розробки та затвердження, особливо у хворих із супутньою патологією.

2. Літературний огляд

Серед усіх причин смерті від серцево-судинних захворювань більше 50 % приходить на ІХС [1–3]. За даними В.М. Коваленка, в Україні, цей показник є вищим – 67,5 % [4]. Особливо тривожною залишається проблема росту захворюваності в працездатному віці.

В останні десятиріччя для лікування ІХС широко використовують методи хірургічної реваскуляризації міокарду (ХРМ) [5]. Найчастіше, хірургічна реваскуляризація міокарду у хворих з ІХС не приводить до повного вилікування хворого, так як ці методи не усувають основну причину ІХС – коронарний

атеросклероз [6]. Окрім того, наявність супутньої патології, особливо артеріальної гіпертензії (АГ), зберігає вірогідність прогресування ІХС та розвитку її ускладнень [7, 8]. Прогноз пацієнта, який переніс реваскуляризацію міокарда, здебільшого залежить не лише від успішного виконання втручання, а й від подальшої стратегії медикаментозної терапії та реабілітаційних заходів [9, 10].

В той же час, аналіз даних літератури, свідчить про те, що в етапному відновлювальному лікуванні системний підхід до здійснення лікувальних впливів ще не отримав в повній мірі належного розвитку та застосування. Особливо мало уваги приділяється санаторному етапу, який є найбільш тривалим та від якого залежить ефективність відновлювального лікування пацієнтів.

3. Мета та задачі дослідження

Метою нашої роботи було підвищити ефективність санаторно-курортного етапу реабілітації хворих з ІХС ускладненою АГ, після ХРМ шляхом розробки комплексів санаторно-курортного лікування із включенням гідрокінезотерапії.

Для досягнення поставленої мети були вирішені наступні задачі:

1. Вивчено показники гемодинаміки, фізичної працездатності та якості життя у хворих з ІХС та артеріальною гіпертензією після ХРМ на початку санаторно-курортного лікування.

2. Розроблено санаторно-курортний комплекс лікування хворих з ІХС та артеріальною гіпертензією після ХРМ із включенням гідрокінезотерапії.

3. Вивчено ефективність розробленого комплексу.

4. Матеріал та методи дослідження

Під нашим спостереженням в санаторії «Біла акація» було 133 хворих з ІХС та супутньою АГ, через 2–3 місяці після ХРМ. Середній вік хворих – $58,7 \pm 8,9$ років, які отримували стандартну медикаментозну терапію, що була призначена на стаціонарному етапі лікування. Пацієнти першої групи (45 осіб) отримували базовий комплекс санаторно-курортної реабілітації (КСКР), який включав: режим рухової активності щадно-тренуючий, клімато-, дієто-, фізіо- (магніто-лазеротерапія), бальнеотерапію («сухі» вуглекислі ванни) та ЛФК. Пацієнти другої групи (48 осіб) додатково отримували внутрішній прийом слабко мінералізованої хлоридно-натрієвої мінеральної води та в якості ЛФК отримували гідрокінезотерапію в басейні з мінеральною водою. Контрольну групу склали 40 пацієнтів, які передували на санаторно-курортному лікуванні з ІХС після ХРМ без ознак артеріальної гіпертензії. Курс лікування склав 21 день.

Оцінку результатів проведеного лікування проводили за показниками якості лікування використовуючи стандартні методики: загальний аналіз крові, ліпидограма, ЕКГ, ЕХоКС, велоергометрія (ВЕМ), вимірювання АТ, тест шостихвилинної ходи (ТШХ). У всіх хворих оцінювали психосоматичний стан за допомогою тесту Спілберга-Ханіна, оцінку якості життя вивчали за опитувальником SF-36.

Гідрокінезотерапію як альтернативу загальноприйнятій ЛФК використовували у вигляді лікувальної аквагімнастики в басейні з маломінералізованою хлоридно-натрієвою водою, після визначення толерантності до навантаження. Заняття проводились при температурі води $29\text{--}30$ °С, тривалістю $25\text{--}30$ хв. В першій половині дня. Курс – 10 процедур.

Статистична обробка отриманих результатів виконувалась за допомогою біометричних методів аналізу на персональному комп'ютері з використанням стандартної програми «Microsoft Excel-2013» та пакету стандартних статистичних програм «Statistika for Windows». Вірогідність відмінностей визначали за допомогою t-критерія Стьюдента.

5. Результати дослідження

У хворих, після хірургічної ревазуляризації міокарду відмічалось значне покращення самопочуття, так як оперативне втручання усуває анатомічну основу патології та веде до поліпшення гемодинаміки. Відсутність скарг, пов'язаних з повною регресією симптомів ІХС після хірургічної РМ відмічалось у $15,8$ % хворих, що надійшли на санаторно-курортне

лікування. Однак $35,4$ % пацієнтів скаржились на дискомфорт в прекардіальній ділянці, $64,3$ % хворих турбувала загальна слабкість та бистра втома, $10,7$ % відмічали короточасні давячі болі за грудиною при фізичному навантаженні, незначна задишка спостерігалась у $25,9$ % хворих, $17,1$ % скаржились на прискорене серцебиття, $20,3$ % – на «перебої» в роботі серця.

Серед чинників ризику розвитку ІХС у обстежених хворих переважали недостатня фізична активність у $80,9$ % та пов'язана з нею надлишкова вага у $55,2$ %, дисліпідемія у $65,3$ %

Дослідження психологічного статусу хворих з ІХС після хірургічної РМ показало, що у більшості з них відбулося незначне поліпшення психологічного статусу, що відображає зменшення переживань, пов'язаних з чеканням операції. Згідно результатам тесту Спілберга-Ханіна, показник реактивної тривожності склав $44,9$ %, що свідчить про помірну реактивну тривожність. Однак, сумарний показник якості життя ($-5,0 \pm 0,9$ балів) ілюструє низку задоволеність хворих цієї групи рівнем фізичного та психічного благополуччя, що пов'язано з безпосередньо дією оперативного втручання як стресового чинника, а також обмеженнями на побутову та професійну діяльність, що суттєво змінює якість життя вивчали за шкалами опитувальника SF-36.

За даними ВЕМ, проведеної до початку санаторно-курортного лікування було показано, що не дивлячись на ефективну хірургічну ревазуляризацію міокарду, не відбулось суттєвого приросту толерантності до фізичного навантаження, що мабуть пов'язано з безпосереднім впливом операції як стресового чинника, тривало існуючої кардіальної та супутньої патології, зниженням коронарного резерву, детренованістю (не правильним способом життя). Таким чином, зниження синдрому ТФН був зареєстрований майже у $80,3$ % хворих з ІХС, що надійшли на санаторно-курортне лікування, що і визначило необхідність оптимізації програм медичної реабілітації даної категорії хворих, виділив фізичний та психологічний аспекти відновлення ключовим. Мала травматичність існуючих хірургічних методів ревазуляризації міокарду, відсутність післяопераційних травм грудної клітини та нижніх кінцівок дали змогу раннього призначення гідрокінезотерапії в басейні з мінеральною водою, бальнео- та електролікування.

Стандартна програма реабілітації та медикаментозного лікування сприяла поліпшенню стану здоров'я хворих, що виражалось в зменшенні приступів стенокардії, задишки при фізичному навантаженні, поліпшенню психоемоційного статусу, що підтверджувалось даними об'єктивного дослідження. Поліпшення показників гомеостазу, ліпідного спектру крові.

Після курсу реабілітації у пацієнтів обох груп збільшувалися показники, що відображають толерантність до фізичного навантаження – ТШХ, потужність порогового навантаження (ППН), ТФН за результатами ВЕМ. Проба ТШХ збільшилась в першій групі на $16,9$ %, в той час як в другій, де було застосовано гідрокінезотерапію на $30,0$ % ($p \leq 0,05$); ППН

при ВЕМ в першій групі збільшилась на 19,0 % та вірогідно вище, а саме на 21,5 % ($p \leq 0,05$) в другій групі. В обох групах після санаторно-курортного лікування спостерігалось підвищення толерантності до фізичного навантаження та перехід з низької ТФН до середньої, в першій групі на 51,7 %, а в групі, де застосовували комплексне лікування із включенням гідрокінезотерапії на 80,4 % ($p \leq 0,05$). Окрім того, при проведенні ЕхоКС ми спостерігали вірогідне підвищення фракції викиду в другій групі на 9 % ($p \leq 0,05$). Таким чином, комплексне використання лікувальних фізичних чинників в реабілітаційних програмах збільшувало скорочувальну функцію міокарду пацієнтів з ІХС після ХРМ.

При аналізі показників динамічного спостереження за гемодинамікою після курсу санаторно-курортного лікування встановлено вірогідне зменшення середніх значень частоти серцевих скорочень у спокої з на 11,8 та 14,9 % в першій та другій групах ($p \leq 0,05$). Окрім того, слід зазначити істотний позитивний вплив запропонованого комплексу на нормалізацію добового профілю АТ. Зниження рівня середнього систолічного артеріального тиску (САТ) на 11,8 та 16,9 % та середнього діастолічного артеріального тиску (ДАТ) 10,5 та 15,7 % ($p < 0,05$), а також гіпертензивного індексу часу (ІЧ) САТ в другій групі майже у 2 рази в порівнянні з першою та ІЧ ДАТ на 14,0 та 20,8 % за добу ($p < 0,05$) в обох групах відповідно, свідчить про те, що запропонований комплекс СКЛ має добру переносимість та сприяє зменшенню прогресуванню судинних ускладнень.

Вивчення якості життя показало значне зниження цього показника у хворих першої та другої групи в порівнянні з контрольною групою. Поліпшення якості життя в групах хворих, де використовували комплексне санаторно-курортне лікування з використанням гідрокінезотерапії було за рахунок фізичної складової – підвищення якості життя за шкалами фізичне функціонування (PF), ролева діяльність (RP), тілесний біль (BP), загальне здоров'я (GH) так і психологічної складової – підвищення якості життя за шкалами життєспроможність (VT), соціальне функціонування (SF), емоційний стан (RE), та психічне здоров'я (MH). Підвищення рівня задоволеності хворих рівням свого фізичного та психічного благополуччя вірогідно обумовлено зменшенням роздратованості, тривоги, страхів за стан здоров'я, що напряму пов'язано із зменшенням обмежень фізичної активності.

6. Висновки

В результаті проведених досліджень встановлено:

1. Після санаторно-курортного лікування відбувається значне підвищення фізичної працездатності, загального стану здоров'я, соціального функціонування, та в цілому покращення якості життя за опитувальником SF-36, особливо в групі де застосовували гідрокінезотерапію.

2. Включення в комплексну програму медичної реабілітації хворих з ІХС та артеріальної гіпертензії після хірургічної ревазуляризації міокарда гід-

рокінезотерапії сприяє підвищенню компенсаторно-приспосувальних реакцій кардіореспіраторної системи в нових для організму умовах.

Література

1. Аронов, Д. М. Физические тренировки в комплексной реабилитации и вторичной профилактике на амбулаторно-поликлиническом этапе у больных ишемической болезнью сердца после острых коронарных инцидентов [Текст] / Д. М. Аронов, Ю. М. Поздняков, Е. В. Казакевич, Г. Г. Ефремушкин, И. Н. Рязина, Л. Н. Мингазетдинова, Н. П. Лямина и др. // Терапевтический архив. – 2006. – № 9. – С. 33–38.

2. Горбась, І. М. Профілактика хронічних неінфекційних захворювань – реальний шлях поліпшення демографічної ситуації в Україні [Текст] / І. М. Горбась // Український кардіологічний журнал. – 2009. – № 3. – С. 6–11.

3. Schwappach, D. L. The economics of primary prevention of cardiovascular diseases – a systematic review of economic evaluations [Text] / D. L. Schwappach, T. A. Voluante, M. Suhrcke // Cost effectiveness and resource allocation. – 2007. – Vol. 5, Issue 1. – P. 5. doi: 10.1186/1478-7547-5-5

4. Коваленко, В. М. Виконання Державної програми боротьби з гіпертензіями в Україні [Текст] / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький // Український кардіологічний журнал. – 2010. – № 6. – С. 7–12.

5. Perk, J. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) [Text] / J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke, I. Graham, Z. Reiner, M. Verschuren, C. Albus et. al. // European Heart Journal. – 2012. – Vol. 33, Issue 13. – P. 1635–1701. doi: 10.1093/eurheartj/ehs092

6. Kolh, P. Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) [Text] / P. Kolh, N. Danchin, C. Di Mario, V. Falk, T. Folliguet, S. Garg et. al. // European Heart Journal. – 2010. – Vol. 31, Issue 20. – P. 2501–2555. doi: 10.1093/eurheartj/ehq277

7. Гандзюк, В. А. Демографічна ситуація та рівень здоров'я населення України [Текст] / В. А. Гандзюк // Український кардіологічний журнал. – 2008. – № 5. – С. 96–100.

8. Charakida, M. The Year in Cardiology 2012: focus on cardiovascular disease prevention [Text] / M. Charakida, S. Masi, J. E. Deanfi // European Heart Journal. – 2013. – Vol. 34, Issue 4. – P. 314–317. doi: 10.1093/eurheartj/ehs429

9. Gersh, B. J. Novel therapeutic concepts: the epidemic of cardiovascular disease in the developing world: global implications [Text] / B. J. Gersh, K. Sliwa, B. M. Mayosi, S. Yusuf // European Heart Journal. – 2010. – Vol. 31, Issue 6. – P. 642–648. doi: 10.1093/eurheartj/ehq030

10. Калоєрова, В. Особливості фізичної реабілітації при атеросклерозі в чоловіків працездатного віку [Текст] / В. Калоєрова, М. Томашевський // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2015. – № 1. – С. 35–39.

References

1. Aronov, D. M., Pozdnjakov, Ju. M., Kazakevich, E. V., Efreumushkin, G. G., Rjamzina, I. N., Mingazetdinova, L. N., Ljamina, N. P. et. al. (2006). Fizicheskie trenirovki v kompleksnoy rehabilitatsii I vtorichnoy profilakteke na ambylatorno-poliklinicheskom etape u bolnix ishemeschskoy boleznny serdtza posle ostrix koronarnix intzidentov. Terapevticheskiy archiv, 9, 33–38.

2. Gorbas, E. M. (2009). Profilaktika hronichnih neinfekciynih zahvorjuvan – realnij shljah polipshennja demografichnoi situacii v Ukraini. Ukrainian kardilogichnij jurnal, 3, 6–11.
3. Schwappach, D. L., Boluarte, T. A., Suhrcke, M. (2007). The economics of primary prevention of cardiovascular disease – a systematic review of economic evaluations. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 5 (1), 5. doi: 10.1186/1478-7547-5-5
4. Kovalenko, V. M., Kornatzkiy, V. M. (2010). Vikonannya derjavnoy programi borotibi z gipertenziyami v Ukraine. Ukrainian kardilogichnij jurnal, 6, 7–12.
5. Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M., Albus, C. et. al. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). European Heart Journal, 33 (13), 1635–1701. doi: 10.1093/eurheartj/ehs092
6. Kolh, P., Danchin, N., Di Mario, C., Falk, V., Folliquet, T., Garg, S. et. al. (2010). Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal, 31 (20), 2501–2555. doi: 10.1093/eurheartj/ehq277
7. Gandzuk, V. A. (2008). Demografichna situaczia ta riven zdorovia naselenniya Ukraine. Ukrainian kardilogichnij jurnal, 5, 96–100.
8. Charakida, M., Masi, S., Deanfield, J. E. (2013). The Year in Cardiology 2012: focus on cardiovascular disease prevention. European Heart Journal, 34 (4), 314–317. doi: 10.1093/eurheartj/ehs429
9. Gersh, B. J., Sliwa, K., Mayosi, B. M., Yusuf, S. (2010). Novel therapeutic concepts: the epidemic of cardiovascular disease in the developing world: global implications. European Heart Journal, 31 (6), 642–648. doi: 10.1093/eurheartj/ehq030
10. Kaloerova, V., Tomashevskiy, M. (2015). Osoblivosti fizichnoi reabilitatzii pri aterosklerozi y cholovikiv pratzezdatnogo viky. Teoriya i metodika fizichnogo vixovannya i sporty, 1, 35–39.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Бабов К. Д.
Дата надходження рукопису 09.11.2016*

Колоденко Олена Володимирівна, кандидат медичних наук, Відділ відновлювального лікування захворювань кардіологічного та неврологічного профілю, ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України», пров. Лермонтовський, 6, м. Одеса, Україна, 65014
E-mail: kolodenkol@ukr.net

Kolodenko Olena, PhD, Department of Rehabilitation of cardiological and neurological diseases, Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Balneology of Ministry of Health of Ukraine, Lermontovskiy lane, 6, Odesa, Ukraine, 65014
E-mail: kolodenkol@ukr.net