

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ «ДЕТЕНЗОР» В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Е.П. СТЕРЛИДЕВА,

*врач-кардиолог Загородного филиала
Главного клинического госпиталя МВД России,
кандидат медицинских наук*

О.В. БАЛАКИРЕВА,

*генеральный директор ООО «Детензормед»,
профессор, доктор медицинских наук*

К.Л. КИНЛЯЙН,

*директор института детензорологии (ФРГ),
профессор, доктор естественных наук*

С.Л. ПАНАСЕНКО,

*заместитель начальника
Главного клинического госпиталя МВД России,
кандидат медицинских наук*

*Подполковник внутренней службы **Е.В. ЖИЛЯЕВ,**
главный терапевт
Главного клинического госпиталя МВД России,
доктор медицинских наук*

Введение

Проблема повышения эффективности лечения и реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда, является одной из центральных в современной кардиологии и имеет огромное медико-социальное значение. Последние десятилетия характеризуются неблагоприятной динамикой показателей сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Самой неблагоприятной в отношении выживаемости и смертности группой являются лица, перенесшие инфаркт миокарда. Магистральным направлением в лечении и реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, является комплексный подход, включающий применение фармакологических средств, физической и психологической коррекции, школы для больного и его родственников. Такая система мер в целом у многих больных дает хорошие результаты. Вместе с тем, по мнению ряда авторов, имеет смысл продолжать поиск новых подходов к реабилитации больных данной категории.

В течение 2001-2004 годов в условиях Загородного филиала Главного клинического госпиталя МВД России рабо-

тует комплексная программа реабилитации больных кардиологического профиля. Разработаны и успешно применяются оригинальные индивидуальные методики реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, реваскуляризирующие операции на сердце. При анализе базы данных было отмечено, что в 96,0% случаев пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, в перечне сопутствующих заболеваний имели остеохондроз шейного либо грудного отдела позвоночника с различной степенью выраженности болевого синдрома. У этих пациентов дискомфортные ощущения, обусловливаемые остеохондрозом, вызывают особенно сильное беспокойство в виду их повышенной «кардиологической настороженности», что, в свою очередь, отчетливо отражается на их общем самочувствии и результатах лечебных мероприятий.

Полученные данные послужили поводом к изучению проблемы и поиску методик, которые не имели бы противопоказаний к применению у данной категории больных и были эффективны в плане устранения дискомфортных ощущений, вызываемых остеохондрозом позвоночника. При-

менение системы «Детензор», на наш взгляд, отвечало данным требованиям.

Указанный метод сочетает длительное щадящее вытяжение в условиях полной релаксации при сохранении физиологических изгибов позвоночника. Это обеспечивается эластичной конструкцией, имеющей наклонные ребра, положение которых меняется под действием веса пациента, что в совокупности приводит к разгрузке кинематической системы позвоночника. Тракционный мат обеспечивает силу растяжения, равную 18,0% веса тела. В результате чего увеличиваются межпозвоночные промежутки, уменьшается напряжение мышц и связок, устраняется сдавление нервных окончаний и улучшается местное кровообращение. Длительная разгрузка приводит к улучшению микроциркуляции в тканях межпозвоночных дисков [1, 4].

Результаты исследований в ведущих реабилитационных клиниках России и других странах показали, что введение метода «ДЕТЕНЗОР» в комплекс реабилитационных мероприятий позволяет значительно повысить их эффективность у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

та в сочетании с ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, с хроническими обструктивными заболеваниями легких [2, 3, 4, 5].

Цель исследования

Изучить эффективность применения системы «ДЕТЕНЗОР» в комплексной программе реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда.

Материалы и методы

В исследование было включено 32 пациента в возрасте от 45 до 80 лет, перенесших инфаркт миокарда и не имеющих противопоказаний к проведению нагрузочных проб. Больные распределились между исследуемой и группой сравнения методом временной рандомизации.

В результате рандомизации с соотношением 2:1 было сформировано две группы: группа исследования (n=20) и группа контроля (n=12). По возрасту и основным исходным показателям статистически достоверных различий между группами не было (табл.1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика групп

Показатель		Группа исследования (n = 20)	Группа контроля (n = 12)	Достоверность различия между группами
Возраст, лет (M ± m)		54,2 ± 5,0	61,7 ± 3,4	p = 0,297
Время выполнения ВЭМ пробы, сек (M ± m)		332,9 ± 33,9	368,3 ± 30,7	p = 0,484
Исходная оценка толерантности к нагрузке по опросникам в METax (M ± m)	VSAQ	4,95 ± 0,27	5,29 ± 0,61	p = 0,571
	DASI	2,93 ± 0,28	3,52 ± 0,52	p = 0,278

p – вероятность справедливости нулевой гипотезы, M – среднее значение, m – стандартная ошибка среднего значения.

В группе исследования в комплексную программу реабилитации был включен курс терапии на системе «Детензор». В контрольной группе реабилитация проводилась по такой же программе, но без вытяжения.

Пациенты ежедневно укладывались на лечебный мат с соблюдением правил авторской методики на 40 минут. Курс лечения составлял 20 процедур.

Всем больным при поступлении и выписке проводились велоэргометрические пробы. Оценивалась переносимость физической нагрузки и определялся индивидуальный ишемический порог. График тренирующих нагрузок задавался с учетом этого порога и класса тяжести. Объем физических нагрузок включал: тренировочную ходьбу, велотренировки, лечебную физкультуру в группе. Терапия включала применение аспирина, селективных бета-адреноблокаторов, гиполипидемических средств из группы статинов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента.

Эффективность реабилитационных мероприятий оценивали по приросту переносимости физической нагрузки по результатам ВЭМ проб. Больные заполняли компьютерные опросники: Индекс специфической активности университета Дюка (DASI) и Опросник специфической активности Администрации ветеранов (VSAQ); оценивали боль в позвоночнике по десятисантиметровой визуальной аналоговой шкале при поступлении и выписке. Артериальное давление измерялось утром и вечером, до процедуры и после. Оценку вертебрологического статуса проводили врачи-неврологи по стандартной методике.

Велоэргометрии (ВЭМ) проводились по непрерывному ступенчатому протоколу с начальной нагрузкой 25 W, приростом нагрузки в 25 W на ступень и продолжительностью ступени 3 минуты. Нагрузочные пробы проводились на стресс-системе BIOSET- 8000 фирмы Phillips с автоматическим контролем АД, ЧСС и анализом депрессии сегмента ST. Регистрация АД проводилась 2 раза на каждой ступени, запись ЭКГ в 12 отведениях - в конце каждой ступени и при прекращении пробы.

Для статистического анализа полученных результатов использовали пакет статистических программ SPSS 8.02 (SPSS Inc. 1998).

Результаты и обсуждение

Все больные исследуемой группы хорошо переносили курс детензоротерапии, не было отмечено ухудшения состояния и осложнений. В этой группе 83,0% пациентов отметили улучшение психоэмоционального состояния. У 58,3% обследуемых нормализовался сон.

Степень снижения болевого синдрома (цервикоторакалгия) по шкале ВАШ в исследуемой группе составила 84,7 ± 14,2 %. Снижение показателя ВАШ в группе исследования было статистически значимым (p < 0,01).

Процедура детензоротерапии вызвала достоверное снижение как систолического, так и диастолического АД (p < 0,01 для систолического и p < 0,05 для диастолического). У 75,0% больных с гипертонической болезнью выявлено снижение цифр артериального давления при неизменной

или даже меньшей дозировке гипотензивных препаратов. При сравнении с исходными значениями в основной группе отмечено достоверное уменьшение как систолического, так и диастолического АД ($p < 0,05$ для обоих). Кроме того, снижение артериального давления в группе вмешательства за время проведения реабилитационных мероприятий было более выраженным, чем в контрольной ($p < 0,01$ для систолического и $p < 0,05$ для диастолического).

Анализ динамики показателей переносимости физической нагрузки за период проведения реабилитационных мероприятий демонстрирует несколько лучшие результаты в основной группе (табл. 2). Разница между группами была более выражена по показателю продолжительности выполнения велоэргометрической пробы. Однако эти различия не достигали степени статистической значимости.

Оценивая результаты использования системы «Детен-

Таблица 2

Сравнительная эффективность реабилитационных мероприятий в двух группах

Показатель	Группа исследования (n=20)	Группа контроля (n= 12)	Достоверность различия между группами
Прирост оценки переносимости нагрузки по опроснику DAS1 в процентах ($M \pm m$)	27,3 \pm 2,4	22,2 \pm 7,0	$p = 0,571$
Прирост оценки переносимости нагрузки по опроснику VSAQ в процентах ($M \pm m$)	77,7 \pm 9,3	63,4 \pm 23,9	$p = 0,522$
Прирост переносимости физической нагрузки по данным ВЭМ пробы в процентах ($M \pm m$)	72,8 \pm 14,8	40,3 \pm 5,8	$p = 0,109$
Прирост оценки психологического состояния по вопроснику SAN в процентах	62,8 \pm 7,2	31,4 \pm 9,3	$p = 0,548$
Снижение болевого синдрома по шкале ВАШ в процентах	84,7 \pm 14,2	23,5 \pm 9,8	$p = 0,610$
Снижение АД в процентах от исходных значений	20,5 \pm 7,2	13,4 \pm 10,2	$p = 0,546$

p – вероятность справедливости нулевой гипотезы, *M* – среднее значение, *m* – стандартная ошибка среднего значения.

зор» у больных, перенесших острый инфаркт миокарда, следует отметить, что вытяжение продемонстрировало достоверную эффективность в плане воздействия на торакоцервикалгию. Данное действие вытяжения было достаточно изучено и ранее и является вполне ожидаемым результатом.

Анализ результатов, однако, дает некоторые основания и для поиска кардиоваскулярных эффектов обсуждаемой процедуры. Так, отмечена достоверная динамика артериального давления в ходе процедуры. Более того, в группе исследования положительная динамика АД в ходе реабилитационного курса оказалась достоверно более выраженной.

В проведенном исследовании не удалось продемонстрировать влияния вытяжения на динамику переносимости физической нагрузки. Несмотря на то что прирост этого показателя в группе исследования был почти в 2 раза больше чем в контроле, различия между группами не достигали статистической значимости из-за небольшого размера выборки и значительного разброса значений.

Выводы

Таким образом, можно считать, что назначение щадящего вытяжения позвоночника больным, перенесшим острый инфаркт миокарда, не противопоказано, а при наличии шейно-грудного остеохондроза даже целесообразно. Полученные результаты позволяют полагать наличие сердечно-сосудистых эффектов у процедуры, что обосновыва-

ет дальнейшее изучение вопроса о целесообразности включения метода детензоротерапии в программу реабилитации больных кардиологического профиля.

Список литературы:

1. Кишляйн К.Л., Штраус Й., Романов А.И., Балакирева О.В. Лечение заболеваний позвоночника с применением многоцелевой системы «ДЕТЕНЗОР» // Клинический вестник - 1996. - №1. С 64.
2. Нечай И.Н., Балакирева О.В., Кишляйн К.Л. Применение метода «ДЕТЕНЗОР» у больных, длительно страдающих обструктивными заболеваниями легких.
3. Татков О.В., Ромасюк Н.В. Эффективность применения лечебного мата «Детензор» в санаторно-курортной практике реабилитации больных с сердечно-сосудистой патологией. // Достигновения и перспективы медицинской реабилитации. – Сочи, 1999. - С 160-161.
4. Шмырев В.И., Романов А.И., Кишляйн К.Л., Ракова Т.С., Балакирева О.В. Результаты внедрения терапевтической системы «DETECTOR» в комплексе реабилитационных мероприятий больных неврологического профиля // Клинический вестник – 1996. №4, С. 59 - 61.
5. Mari E., Theisen M.A., Usan E., et al. Psychosocial Factors Related to unrecognized acute myocardial infraction // Am.J.Cardial – 1995/-Vol.75, № 15. – P. 1211 – 1213.