

УДК 615.838

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

О.А. ГОРОХОВСКАЯ

Унитарное предприятие «Санаторий «Ченки» г. Гомель, Республика Беларусь

Аннотация. В работе рассмотрены вопросы физиотерапевтического лечения пациентов с артериальной гипертензией в санаторных условиях

Ключевые слова: физиотерапия, артериальная гипертензия, сердечно-сосудистые осложнения

PHYSIOTHERAPEUTIC TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN SANATORIUM CONDITIONS

O.A. GOROKHOVSKAYA

Unitary enterprise "Sanatorium" Chenki "Gomel, Republic of Belarus

Abstract. The paper deals with the issues of physiotherapeutic treatment of patients with arterial hypertension in sanatorium conditions.

Keywords: physiotherapy, arterial hypertension, cardiovascular complications

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) — синдром повышения систолического артериального давления (далее — САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (далее — ДАД) ≥ 90 мм рт. ст. Артериальной гипертензией страдают до 20–30 % взрослого населения, в отношении данного заболевания применимо «правило «половин»: из каждых 2000 человек взрослого населения в городе АГ страдает около 800, при этом только у 400 из них АГ диагностирована, 200 пациентов принимают лекарственные препараты, но только 100 лечатся адекватно, и АД снижается до целевого уровня (140/90 мм рт. ст. и менее).

Артериальной гипертензией обусловлен риск осложнений, таких как острые сосудистые катастрофы в церебральном и коронарном бассейнах, сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность. Кроме того, повышение артериального давления ассоциировано с развитием и прогрессированием атеросклероза, ишемической болезни сердца, хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей, брахиоцефальных артерий. Артериальная гипертензия прямо или опосредованно является причиной временной или стойкой потерей трудоспособности, смертности, что определяет актуальность разработки новых методов, в том числе физиотерапевтических и программ санаторно-курортного лечения и оздоровления этой группы пациентов.

Основная часть

Цель лечения пациентов с артериальной гипертензией — максимальное снижение общего риска развития сердечно-сосудистых осложнений и летальных исходов от них, что достигается решением следующих задач.

Краткосрочные задачи (1–6 месяцев от начала лечения) состоят в снижении САД и ДАД на 10% и более от исходных показателей или достижении целевого уровня АД, предотвращении гипертонических кризов, улучшении качества жизни, модификации изменяемых факторов риска.

Промежуточные задачи (более 6 месяцев от начала лечения) заключаются в достижении целевого уровня АД, профилактике поражения органов-мишеней или регрессии имеющихся осложнений и устранении изменяемых факторов риска.

Долгосрочными задачами являются отсутствие прогрессирования поражения органов-мишеней, компенсация или обратное развитие уже имеющихся сердечно-сосудистых осложнений, стабильное поддержание АД на целевом уровне.

На каждом из указанных этапов воздействие преформированными и природными факторами оказывает значимое влияние на течение заболевания и результаты лечения пациентов с АГ. Роль упомянутых факторов в лечении данной патологии продолжает интенсивно изучаться, разрабатываются новые методы и технологии, что способствует повышению эффективности лечения и профилактики осложнений у этой категории пациентов. Их использование позволяет снижать потребность в фармакологических препаратах, что позволяет уменьшить их побочные действия и затраты на лечение.

Артериальная гипертензия различной степени доминирует у 60% пациентов, проходящих лечение в санатории «Чёнки», что за 2021 год составило 4167 человек. Повышенный уровень АД более чем у 50 % страдающих АГ не сопровождается какими-либо нарушениями самочувствия. Появление головной боли, головокружения, мелькания «мушек» перед глазами, склонность к сердцебиению, плохой сон, физическая слабость могут быть признаками заболевания и требуют контроля уровня АД. Проявлениями поражения сердца как органа-мишени при АГ являются боли в области сердца, при сердечной декомпенсации – одышка, отеки, боль в правом подреберье, при поражении центральной нервной системы – головная боль (часто по утрам), головокружение, ухудшение памяти, нарушение зрения, двигательные расстройства. Выраженная головная боль, появление двигательных расстройств, нарушение сознания характерны для гипертонических кризов. Поражение почек на ранних стадиях протекает латентно, но позже появляются полиурия, жажда и другие жалобы, обусловленные почечной недостаточностью. Поражение периферических артерий может проявляться мышечной слабостью, симптомами перемежающейся хромоты, трофическими нарушениями.

Физиотерапевтическое воздействие направлено на купирование цефалгии методами, усиливающими тормозные процессы в центральной нервной системе (ЦНС) – седативные методы, коррекцию АГ (гипотензивные методы), снижение активности симпат-адреналовой системы (вегетокорректирующие методы), уменьшение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и коррекции почечно-объемного механизма регуляции АД – РААС-модулирующие методы.

При правильном и своевременном использовании физиотерапевтических методик удастся уменьшить потребность в антигипертензивных препаратах и повысить их эффективность; благоприятно повлиять на имеющиеся факторы риска; осуществлять профилактику осложнений АГ и снизить риск их развития или прогрессирования.

Санаторий «Чёнки» располагает широким спектром лечебных и диагностических методов, что позволяет проводить санаторно-курортное лечение пациентов с АГ на современном уровне.

К ним относятся:

- йодобромные ванны – ионы йода и брома способны проникать через гематоэнцефалический барьер, усиливать тормозные процессы в ЦНС. Применяют воду с температурой 35—37°C, время процедуры составляет 10—15 мин через день, курс составляет 10–15 процедур.

- хвойные ванны усиливают тормозные процессы в коре головного мозга за счет воздействия паров летучих ароматических веществ на обонятельные рецепторы полости носа. Применяют воду с температурой 35—37°C с добавлением 50–70 г хвойного экстракта, время воздействия 12–15 мин ежедневно; курс 10–12 процедур

- минеральные ванны со слабо щелочной (рН7,5) минеральной водой высокой минерализации (М29,7г/дм³), основными компонентами которой являются (мг/экв%): Na (83,8), Ca (10,5), Mg (5,4), Cl (93,4) сульфаты (6,0), которая в разведении 1:1 используется в виде ванн 36-37°C со временем воздействия 12–15 мин ежедневно курсом 10–12 процедур.

Ключевое звено в первичном механизме действия минеральных ванн – специфическое влияние минеральных солей с образованием на поверхности кожи "солевого плаща", который является источником длительного раздражения ее рецепторного аппарата с последующим рефлекторным влиянием на весь организм и процессы терморегуляции. Хлоридные натриевые ванны при использовании у пациентов АГ оказывают гипотензивное действие, корректирующее влияние на системную и церебральную гемодинамику, улучшают вегетативную регуляцию сердечно-сосудистой системы, липидный обмен и морфофункциональное состояние микрососудов.

- суховоздушные углекислые ванны (СУВ).

Под действием CO_2 при непосредственном влиянии на структуры кожи происходит усиление кожного кровотока, увеличение возврата крови к сердцу, усиление сердечного выброса, увеличение доставки тканям кислорода. Такое изменение уровня функционирования сердечно-сосудистой системы (ССС) при приеме углекислых ванн происходит при урежении сердечного ритма, что является наиболее выгодным физиологическим механизмом тренировки сердца (удлинение диастолы) и характерно для действия указанных ванн в большей мере, чем других. Углекислые ванны оказывают на ЦНС «тонизирующее» действие, которое выражается в повышении умственной работоспособности, уменьшении проявлений астенизации и утомляемости. Кроме того, углекислый газ принимает участие в окислительно-восстановительных процессах, в поддержании определенного, необходимого для жизни гомеостаза, в регуляции активности ферментов, обмена веществ, проницаемости клеточных мембран, обладает сосудорасширяющим действием. Использование СУВ, исключая нагрузку для ССС гидростатическое давление, но сохраняющих лечебное действие углекислого газа, является обоснованным и целесообразным при заболеваниях системы кровообращения. Они полностью сохраняют физиологическое воздействие CO_2 – ваготонический (урежение ЧСС, умеренное снижение АД) и сосудорасширяющий эффекты. Доказано влияние углекислых ванн на обменные процессы (снижение холестерина), электролитный баланс (увеличение натрийуреза и снижение натрия в эритроцитах при явлениях недостаточности кровообращения и АГ. Клинически это выражается повышением толерантности к физической нагрузке, облегчением приступов стенокардии.

- Скипидарные ванны с водой температурой 35–37°C, время воздействия 12–15 мин ежедневно; курс 10–12 процедур.

Механизм действия скипидарных ванн объясняется сочетанием влияния пресной воды и химического фактора - скипидара, который по своей природе относится к терпенам, оказывающим раздражающее действие на кожу, что усиливается тепловым воздействием самой водной процедуры. Раздражая рецепторы кожи, скипидарные ванны стимулируют симпатический отдел вегетативной нервной системы и активность антигенпрезентирующих клеток Лангерганса, а также тучных клеток, вследствие чего происходит выброс гистамина, который является одним из самых активных вазодилататоров. Указанные процессы оказывают сосудорасширяющий, катаболический, трофостимулирующий, нейромодулирующий, гипотензивный эффекты.

- электротерапия, воздействует на лимбико-ретикулярную систему, которая оказывает регулирующие эффекты в отношении сердечно-сосудистой системы, мобилизуя вагоинсулярный аппарат, что приводит к снижению АД, уменьшению ЧСС. Применяются импульсы низкой частоты 5-10 мА. Продолжительность процедуры 20 минут, курс 5 -10 процедур.

- электрофорез натрия брома и магния сульфата на воротниковую зону по Щербаку. В результате воздействия понижается возбудимость с усилением торможения в структурах головного мозга опосредованно, за счет уменьшения активирующей афферентной импульсации. Препараты усиливают седативное действие постоянного тока. Процедуру проводят при силе тока 6 мА в течение 6 мин, в дальнейшем увеличивая силу тока на 2 мА, а длительность на 2 мин; курс 12–15 процедур

- дарсовализация волосистой части головы и воротниковой зоны - угнетает проводимость нервных проводников в коже, в результате чего ограничивается поток импульсации в ЦНС. Применяют ток частотой 110 кГц по методике искрового (на волосистую

часть головы) и тихого (на воротниковую зону) разрядов, по 3—5 мин на одну область, ежедневно; курс 10—12 процедур.

- общая магнитотерапия (ОМТ); курс 10-15 процедур.

В отличие от локальной магнитотерапии ОМТ позволяет оказать генерализованное действие на организм человека при использовании небольших дозировок магнитных полей, преследуя цель по усилению и сохранению специфического влияния данного физического фактора. ОМТ у больных АГ вызывает гипотензивный эффект, оказывает корригирующее влияние на системную и церебральную гемодинамику, улучшает вегетативную регуляцию сердечно-сосудистой системы, липидный обмен и морфофункциональное состояние микрососудов.

- Инфракрасная лазеромагнитерапия рефлексогенных зон паравертебрально (СШ—ТШ), во втором межреберье справа и слева от грудины в непрерывном или импульсном (50–100 Гц) режиме по 1–2 мин на поле, ежедневно; курс 8-10 процедур.

Инфракрасная лазеротерапия усиливает активность блуждающего нерва на внутренние органы и снижает чувствительность адренорецепторов сосудов к норадреналину. Выраженность гипотензивного эффекта зависит от полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента.

Во время первичного осмотра пациента врач, собирая анамнез и учитывая сопутствующую патологию, назначает, при необходимости, дообследования (лабораторные и функциональные, консультации узких специалистов) и на основании собранной информации, совместно с пациентом назначается комплекс процедур, переносимость и эффективность которых оценивается при последующих визитах пациента.

Заключение

Критериями эффективности санаторно-курортного лечения являются субъективные и объективные показатели состояния пациентов. Ввиду того что при хроническом течении заболеваний выраженных изменений в состоянии здоровья в течение курортного лечения зачастую не происходит, то оценка имеет градации: «улучшение», «стойкое улучшение» и «ухудшение».

По завершению курса санаторно-курортного лечения пациенту выдаётся выписной эпикриз, с рекомендациями профилактических мероприятий, здоровому образу жизни, адекватным физическим нагрузкам, приёму гипотензивных препаратов и периодичностью прохождения санаторно-курортного лечения.

Список литературы

1. Чазова ИЕ, Жернакова ЮВ. [от имени экспертов]. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Системные гипертензии. 2019;16 (1):6– 31.
2. Пономаренко ГН. Физическая и реабилитационная медицина: Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015.
3. Пономаренко ГН. Физические методы лечения: Справочник. СПб.; 2011.
4. Улащик ВС, Лукомский ИВ. Общая физиотерапия. Минск: Книжный Дом; 2008
5. Абрамович СГ, Дробилкин АЮ Распопин ЮА Комплексная магнитотерапия у больных артериальной гипертонией: вопросы механизма действия. Сибирский медицинский журнал. 2014; (6): 41-44.
6. Абрамович СГ, Куликов АГ, Долбилкин АЮ. Бальнеотерапия хлоридными натриевыми минеральными водами при артериальной гипертонии Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2015; 14 (1): 47-52.
7. Пономаренко ГН, Крысюк ОБ, Обрезан АГ. Персонализированная лазеротерапия кардиологических больных как пилотный проект концепции персонализированной физиотерапии. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2006;78(5):34-38.
8. Кулаковская ТВ. Оптимизация санаторно-курортного лечения детей и подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы с применением сухих углекислых ванн. Современные вопросы биомедицины. 2020; 4 (4): 36-45.