

ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

©А. О. Голяченко

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

РЕЗЮМЕ. В статті узагальнений досвід застосування засобів відновного лікування у хворих з патологією серцево-судинної системи на різних етапах медичної реабілітації.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: серцево-судинні захворювання, медична реабілітація.

Вступ. Кардіологічні захворювання зумовлюють основні проблеми громадської охорони здоров'я. Вони є основною причиною смертності, захворюваності та інвалідності населення [1, 4, 7, 12]. Останнє десятиліття відзначається епідемічним характером наростання хвороб системи кровообігу [1, 2, 4, 13].

В Україні проводиться комплекс заходів, спрямованих на створення системи реабілітації серцево-судинних хворих як доповнення до системи лікувально-профілактичної допомоги, однак чимало питань потребують подальшого вивчення і вдосконалення на практиці. Це – відпрацювання наступності в організації лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів, вдосконалення структури реабілітаційних відділень і наповнення їх комплексом засобів відновного лікування, впроваджен-

ня сучасних моделей профілактики, лікування і реабілітації хворих з оцінкою соціальної, медичної і економічної ефективності [8, 5, 9, 10, 14].

Мета дослідження. Узагальнення досвіду реабілітації серцево-судинних хворих на рівні багатопрофільних лікарень і санаторно-курортних закладів.

Матеріал і методи дослідження. Вивчено організацію реабілітації серцево-судинних хворих, яка здійснюється у відповідних відділеннях Тербовлянської ЦРЛ, Микулинецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації та в санаторії «Медобори» Тернопільської області.

Результати й обговорення. Загальна захворюваність на хвороби системи кровообігу, згідно з даними нашого дослідження, була такою (табл. 1).

Таблиця 1. Загальна захворюваність на хвороби системи кровообігу за статтю і віком (2009–2011 рр., ‰)

Стать	Вік	Захворюваність
Чоловіки	0-19	33,8±12,0
	20-39	44,5±12,1
	40-59	435,3±27,8
	60 і старше	1602,5±50,7
	Разом	494,4±15,3
Жінки	0-19	36,1±12,7
	20-39	84,0±14,4
	40-59	726,4±21,9
	60 і старше	1887,0±46,2
	Разом	784,5±10,9
Разом	0-19	35,4±8,7
	20-39	78,6±10,5
	40-59	600,0±18,1
	60 і старше	1784,6±34,7
	Разом	664,3±9,5

Як видно із таблиці 1, загальна захворюваність на хвороби системи кровообігу у жінок була на 58,7 % вищою, порівняно з чоловіками, і ця перевага спостерігалась у всіх вікових групах: відповідно у віці 0–19 р. – на 12,7 %, 20–39 р. – 88,8 %, 40–59 р. – 66,9 % і 60 р. та старше – 17,8 %. З віком поширеність хвороб системи кровообігу стрімко наростала, так що у віці 60 років і старше

вона була у 50,4 раза більшою, порівняно з 0–19 р., особливо стрімко наростала поширеність у віці 40–59 р., коли вона збільшилась у 7,6 раза, порівняно із попереднім віком 20–39 р. У чоловіків, порівняно з жінками, темпи зростання захворюваності на серцево-судинну патологію були дещо повільнішими: у 60 р. і старше порівняно з віком 0–19 р. ріст у чоловіків склав 47,4 раза, у жінок – 52,3 раза.

В таблиці 2 представлена потреба у медичній реабілітації пацієнтів з хворобами системи кровообігу та ступінь її задоволення. 41,3 % пацієнтів з хворобами системи кровообігу потребують медичної реабілітації, але отримують її лише 40,8 % від потреби. У

жінок потреба задовольняється дещо більше, порівняно із чоловіками (на 11,1 %). Аналіз задоволення потреби у віковому розрізі вказав, що найбільше вона задовольняється в середньому працездатному віці (40–59 р. – наполовину) і найменше – в похилому віці.

Таблиця 2. Потреба в медичній реабілітації населення з хворобами системи кровообігу в різних статеві-вікових групах та ступінь її задоволення

Стать	Вік	Потреба в медичній реабілітації (на 100 хворих)	Задоволення потреби (на 100 хворих)	Частка задоволених, %
Чоловіки	20-39	28,5±12,5	11,0±8,7	38,5
	40-59	36,0±4,1	19,7±3,4	54,8
	60і ст.	39,7±2,8	13,5±2,0	34,0
	Разом	38,2±2,3	14,6±1,6	38,1
Жінки	20-39	25,6±10,9	11,6±8,0	45,4
	40-59	38,3±2,8	18,5±2,2	48,2
	60і ст.	58,2±1,8	21,6±1,5	37,1
	Разом	44,3±1,5	18,7±1,1	42,2
Разом	20-39	26,7±8,2	11,3±5,9	42,3
	40-59	37,4±2,3	18,9±1,9	50,5
	60і ст.	45,9±1,5	16,6±1,1	36,2
	Разом	41,3±1,3	16,9±0,7	40,8

Найбільш загальними і масовими методами немедикаментозного реабілітаційного впливу при гіпертонічній хворобі (ГХ) та інфаркті міокарда (ІХС) є: санітарна освіта та пропаганда здорового способу життя, заходи, спрямовані на нормалізацію режиму праці, побуту і відпочинку хворих, усунення, по можливості, різних факторів ризику, зокрема, таких як надлишкова вага, гіподинамія, паління, психічна перенапруга, уживання алкоголю, надмірне вживання солі, порушення ліпідного й вуглеводного обміну. Цьому сприяє впровадження активного відпочинку, фізичної культури, подальше удосконалення роботи системи профілактики, санаторіїв, будинків відпочинку.

Згідно з нашими даними, найбільш ефективним психотерапевтичним впливом при ГХ та ІХС було поєднання раціональної індивідуальної та групової психотерапії, дієтотерапії і аутогенного тренування. Важливу роль у комплексному лікуванні та реабілітації наслідків стабільної ГХ та ІХС відіграла лікувальна фізкультура. Руховий лікувальний режим хворих складався із занять ранковою гігієнічною рухавкою та лікувальною гімнастикою, дозованою ходьбою, прогулянками. Підбір раціонального рухового режиму проводився з урахуванням індивідуальних особливостей хворих: статі, віку, вихідного фізичного стану і підготовки, рівня попередньої фізичної активності. Найбільш ефективними засобами лікувальної фізкультури при ГХ та ІХС були дихальні, гімнастичні вправи на розслаблення, ходьба, біг, рухові й спортивні ігри, плавання.

При проведенні занять з лікувальної фізкультури велика увага приділялась вправам, що поліпшують мозковий кровообіг, гімнастичним вправам, що тренують вестибулярний апарат (круговий рух, перевороти, вправи для очей), дихальним вправам з подовженим видихом і затримкою видиху, плаванню кролем. Після досягнення оптимального фізичного стану особам з гіпертонічною хворобою проводили заняття фізичною культурою в тренувальному режимі, давали навантаження, що розвивають витривалість.

Виражену позитивну дію у хворих з приграничною гіпертонією мали гальванізація шийних симпатичних вузлів і всієї комірцевої зони, а також методи лікувального електрофорезу, особливо із застосуванням препаратів бромю, малої концентрації йоду, магнію, β-адреноблокаторів.

При лікуванні серцево-судинних хворих застосовувався арсенал бальнеотерапії (сірководневі та натрій-хлоридні йодо-бромні ванни, душі, перлинні ванни), загальні прісні ароматичні ванни. Важливим фізіотерапевтичним методом була також сауна. Сприятливий вплив на серцево-судинну систему здійснювали різні види масажу і голкотерапія.

Одним із методів реабілітації застосовувалась фітотерапія: вживались такі трави, як настій квіток глоду, настоянка евкаліпта, екстракт магнолії рідкий, валеріановий чай за Вотчалом.

Представлені фітопрепарати мають заспокійливу дію. Призначення їх проводилось за наявності суб'єктивної симптоматики в ситуаціях, що могли стати причиною загострення хвороби,

відсутності гіпотензивного ефекту від застосування інших немедикаментозних методів лікування. Тривалість лікування складала 2–3 тижні.

Характеризуючи немедикаментозні методи реабілітації пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи необхідно ще раз підкреслити важливість комплексного підходу, раціонального поєднання різних методів, максимального використання природних факторів, широкого застосування санаторно-курортного лікування, кліматотерапії тощо.

Висновки. Серцево-судинна патологія залишається основною причиною смертності, захворю-

ваності і інвалідності населення. Основними реабілітаційними факторами при серцево-судинних захворюваннях є утвердження здорового способу життя, усунення факторів ризику, впровадження раціонального рухового режиму, упорядкування ліпідного й вуглеводного обміну, застосування курортних факторів лікування.

Перспективою подальших досліджень є розробка та впровадження нових методик відновного лікування на різних етапах реабілітації кардіологічних хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Агарков В. І. Методологічний аналіз і напрямки розвитку сучасних систем охорони здоров'я / В. І. Агарков, І. І. Грищенко, Г. К. Северин // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 80–85.

2. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України в 2010 р. : Статистичний бюлетень. – К. : Держкомстат України, 2011. – 81 с.

3. Вороненко Ю. В. Інформація та наукове забезпечення охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, Н. М. Лещук // Оцінка виконання міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки. – К., 2006. – С. 107–110.

4. Лехан В. М. Обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності інвалідів: загальні закономірності / В. М. Лехан, А. В. Іпатов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – № 2. – С. 41–46.

5. Бабов К. Д. Итоги и перспективы функционирования реабилитационной медицины в Украине / К. Д. Бабов, А. Г. Литвиненко, Г. А. Дмитриева // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. – 2002. – № 1. – С. 7–9.

6. Медицинская реабилитация / Под ред. В. М. Боголюбова. Книга III. - Изд. 3-е, испр. и доп. – М. : Издательство БИНОМ, 2010. – 368 с.

7. Каусова Т. К. Профилактика первичной инвалидности вследствие основных сердечно-сосудистых заболеваний // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 2003. – №1. – С. 21–23.

8. Пузин С. Н. Потребность больных ишемической болезнью сердца в различных видах медико-социальной реабилитации / С. Н. Пузин Л. Е. Кузьмишин, А. А. Бетремеев // Мед. соц. экперт. и реабил. – 2003. – № 4. – С. 29.

9. Поздняков Ю. М. Реабилитация больных инфарктом миокарда в больничной фазе // Практическая кардиология (справочное пособие). – М., 2004. – С. 40–42.

10. Медична реабілітація: сучасні стандарти, тести, шкали та критерії ефективності. Низькоінтенсивна резонансна фізіотерапія і її застосування в реабілітаційній медицині: Посібник / В. П. Лисенюк, І. З. Самосюк, Л. І. Фісенко та ін. – К. : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2007. – 264 с.

11. Бабов К. Д. Клинико-функциональные особенности течения восстановительного периода у больных инфарктом миокарда после тромболитической терапии на этапе санаторно-курортной реабилитации / К. Д. Бабов, Е. А. Даниленко, Ю. Т. Кизим // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. – 2005. – № 4(44). – С. 5–7.

12. Beilin Z. Epidemiology of hypertension / Z. Beilin // Med. Int. – 2009. – № 89. – P. 2856–2856.

13. Lenfant C. Can we prevent cardiovascular diseases in low and middle income countries / C. Lenfant // Bull. WHO. – 2011. – Vol. 89, № 10. – P. 980–982.

14. 33-rd Bethesda preventive cardiology // Am. Coll. Cardiol. – 2010. – Vol. 48, № 4. – P. 218–224.

RESTORATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF CARDIOVASCULAR SYSTEM

©A. O. Holyachenko

SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky»

SUMMARY. The article summarizes the experience of the use of funds for rehabilitation of cardiovascular diseases in a multidisciplinary hospital and sanatorium.

KEY WORDS: cardiovascular disease, medical rehabilitation.