

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДНР
Донецкий национальный медицинский
университет им. М.Горького



ЭЛЕКТРОННЫЙ СБОРНИК
материалов
ежегодной научно-практической
конференции

***„Актуальные вопросы
терапии: на стыке
специальностей”***

Донецк
24 ноября 2017

Рекомендовано к печати Ученым Советом
Донецкого национального медицинского университета
им. М. Горького протокол № 7 от 28.11.2017 г.

Ответственные исполнители:
доцент кафедры терапии ФИПО
Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького
к.м.н., доц. Шукина Е.В.
доцент кафедры госпитальной терапии
Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького
к.м.н. Тарадин Г.Г.



УДК:616.12-008.331.1-08:613.73+615.825

КИНЕЗИТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Швиренко И.Р., Зубенко И.В., Терещенко И.В., Поважная Е.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье рассмотрены вопросы кинезитерапии в медицинской реабилитации больных артериальной гипертензией. Показана необходимость включения кинезитерапии в клинические протоколы и стандарты лечения артериальной гипертензии, основанные на доказанных клинических положительных эффектах. В подготовке специалистов для широкого использования кинезитерапии необходим акцент на более широкое освещение применения различных форм физической нагрузки в лечении АГ, в частности, двигательных лечебных режимов и физических упражнений, изучаемых на тематических курсах для врачей различной специализации.

Ключевые слова: дозированная физическая нагрузка, кинезитерапия, артериальная гипертензия.

Abstract. The article considers the issues of kinesiotherapy in medical rehabilitation of patients with arterial hypertension. The need to include kinesiotherapy in clinical protocols and standards for the treatment of hypertension based on proven clinical benefits is shown. In the training of specialists for the wide use of kinesiotherapy, emphasis should be placed on the wider coverage of the application of various forms of physical activity in the treatment of hypertension, in particular, the motor treatment regimens and physical exercises studied in thematic courses for physicians of various specializations.

Key words: dosed physical load, kinesiotherapy, arterial hypertension.

Введение. Под термином «артериальная гипертензия» / «артериальная гипертензия» (АГ) понимается синдром повышения артериального давления (АД) при гипертонической болезни (ГБ) и симптоматических артериальных гипертензиях. АГ составляет около 42% в структуре заболеваемости пациентов

поликлиники с сердечно-сосудистой патологией. Распространенность гипертонии в России составляет среди мужчин 39,2%, а среди женщин – 41,1%. Среди лиц старше 60 лет повышенное АД находят у каждого второго [1-3].

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о развитии пандемии АГ – по прогнозу их количество в мире возрастет с 972 млн. больных в 2000 г. до 1,56 млрд. человек на 2025 г. [4].

Несмотря на наблюдаемый прогресс в лечении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), число новых и рецидивирующих заболеваний коронарных артерий остается высоким и составляет ведущую причину смерти в развитых странах. Три четверти смертей от ССЗ можно предотвратить с помощью соответствующих изменений в образе жизни, включая повышение повседневной физической активности (ФА) т.к. существует обратная связь между ФА, ССЗ и риском смертности [16].

Современные взгляды научного общества на проблемы АГ и пути их решения отражены в стандартах первичной медико-санитарной помощи и клинических рекомендациях (Россия) и унифицированном клиническом протоколе медицинской помощи «Артериальная гипертензия» (ДНР) [5]. Все они основаны на «Рекомендациях по лечению артериальной гипертонии. ESH/ESC, 2013» и опираются на данные рандомизированных исследований.

В клинических рекомендациях по лечению АГ (ESH/ESC, 2013) [6] показано, что на сегодняшний день для большинства врачей медикаментозная терапия является основным методом выбора лечения АГ. Она проводится длительно и часто рекомендуется для пожизненного применения для достижения и поддержки целевых значений АД. Эффективность используемых препаратов приблизительно одинакова. В тоже время отмечено, что при подборе препаратов предсказать тип исхода у конкретного больного невозможно и все классы антигипертензивных средств имеют свои преимущества и противопоказания. Это требует разнообразия в подборе медикаментозных средств для достижения ожидаемого эффекта – достижение максимального снижения суммарного риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Там же указано, что краеугольным камнем профилактики АГ является надлежащие изменения образа жизни. Они важны и для ее лечения. Клинически доказано, что направленные на снижение АД изменения в образе жизни по эффективности могут равняться лекарственной монотерапии, хотя их основным недостатком является снижение приверженности к ним со временем, для преодоления чего требуются специальные усилия. Адекватные изменения образа жизни могут безопасно и эффективно отсрочить или предотвратить развитие АГ у лиц, не страдающих гипертонией, отсрочить или устранить необходимость фармакотерапии у больных АГ 1 степени и внести вклад в снижение АД у больных АГ, уже получающих антигипертензивные препараты, позволяя уменьшить их число и дозы. Помимо гипотензивного эффекта, изменения в образе жизни помогают контролировать другие сердечно-сосудистые факторы риска и патологические состояния. К таким

рекомендованным изменениям образа жизни с доказанным снижающим действием на АД в том числе относятся регулярные физические нагрузки (ФН).

В тоже время в действующих стандартах/протоколах (РФ, ДНР) медицинской помощи больным АГ немедикаментозные методы профилактики, лечения и реабилитации представлены лишь мероприятиями, которые должны осуществляться в т.н «школах» для больных АГ для формирования нового мировоззрения «здорового образа жизни» [5].

В протоколе также упоминается возможность направления пациента с АГ в лечебное учреждение вторичной медицинской помощи к *специалисту по реабилитации* для окончательного установления диагноза и согласования оптимального лечения, не уточняя при этом, какой из названных в номенклатуре специальностей врачей под этим специалистом подразумевается [7].

Так же протоколом не предусмотрена консультация специалистов немедикаментозного лечения – врача-физиотерапевта, врача лечебной физкультуры (кинезитерапевта), кроме случаев избыточной массы тела, врача-реабилитолога, что делает невозможным получение больным грамотных рекомендаций по применению немедикаментозных методов в целях профилактики, лечения и реабилитации больных АГ.

Несмотря на это, больные АГ давно и эффективно получают как санаторно-курортное лечение, так и методы аппаратной физиотерапии и кинезитерапии (КТ). Отечественными авторами отмечается, что возможности немедикаментозных методов, в частности физиотерапии и КТ, в лечении и профилактике АГ реализуются ещё не в полной мере и не всегда рационально. Одной из возможных причин этого является устойчивая тенденция противопоставления физических факторов лекарственным, как более эффективным [4].

Одним из направлений в развитии программ вторичной профилактики и реабилитации является необходимость наряду с усилиями государства преодолеть влияние субъективных факторов. К последним можно отнести неготовность врачей направлять пациентов для участия в реабилитационных программах и отсутствие желания у пациентов участвовать в физических тренировках [8].

Более рациональным представляется комплексное применение медикаментозных средств и физических факторов, что часто определяет потенцирование лечебных эффектов. Современные достижения экспериментальной и клинической кардиологии дают основание говорить о многокомпонентности патогенеза АГ, что определяет использование не только медикаментозной терапии, но и различных немедикаментозных факторов [4; 9].

Клиническая практика показывает, что не всегда устранение причины и механизмов развития болезни может привести к выздоровлению. Это означает, что для больного также необходимы мероприятия, направленные на поддержание жизнедеятельности организма за счет совершенствования его адаптационных возможностей, механизмов регуляции, в данном случае, прежде всего, со стороны сердечно-сосудистой системы для достижения максимально

возможного восстановления нарушенных или утраченных физиологических функций организма [10, 11].

Достижение данной цели возможно с помощью комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, включающих, как устранение факторов риска, так и уменьшение их неблагоприятного влияния на организм. Важным компонентом такого лечения является адекватно подобранный двигательный лечебный режим, дозированные ФН, поскольку малоподвижный и сидячий образ жизни, снижение двигательной активности значительно повышает риск развития ГБ. К сожалению, в большинстве разработанных и действующих рекомендаций по лечению ФН, как компонент лечения, лишь упоминаются. Так в рекомендациях по лечению АГ (ESH/ESC, 2013) показана эффективность аэробных нагрузок на выносливость. Отмечается, что регулярная физическая активность снижает смертность на 20 %. Рекомендуются умеренные аэробные нагрузки (ходьба, бег трусцой, езда на велосипеде, плавание) продолжительностью не менее 30 минут в течение 5-7 дней в нед. [6].

В тоже время в Рекомендациях отсутствуют схемы применения и сочетания методов, средств и форм КТ в зависимости от тяжести состояния больного, его физических и функциональных возможностей, особенностей характера и степени заболевания. Нет данных об инструментальных критериях оценки эффективности ФН.

Клиническими и экспериментальными работами доказана необходимость применения ФН при АГ. Медведев И.Н. и соавт. (2010) исследовали влияние индивидуально подобранных длительных дозированных ФН у лиц молодого возраста с высоким нормальным АД. Была отмечена нормализация реактивности сердечно-сосудистой системы, снижение активности процессов перекисного окисления липидов, приближались к норме нарушенные показатели тромбоцитарного гомеостаза. Эти изменения достигали максимума к концу года регулярных занятий [12].

В исследованиях Р.Н.Кильдебекковой и соавт. (2014) показано, что важным компонентом немедикаментозной терапии АГ является выполнение дозированных физических упражнений, положительное влияние которых обусловлено созданием оптимальных условий для работы сердца, регуляторных систем, снижением массы тела, повышением толерантности к ФН [13].

Несколько ранее было показано, что ФА связана с 35-процентным снижением смертности от ССЗ и 33-процентным снижением смертности от всех причин по сравнению с сидячим образом жизни [17]. Продемонстрирована обратная зависимость доза-реакция между смертностью и ФА при ССЗ или риском развития ишемических заболеваний артерий [18]. Изменения известных факторов риска ССЗ (масса тела, АД, липиды в сыворотке крови), объясняют значительную долю (59%) наблюдаемого благотворного влияния физических упражнений на основные результаты ССЗ [19].

Снижения риска также может быть обусловлено воздействием физических упражнений на сосудистую гемодинамику, включая эндотелиальную функцию. Так исследования M.Nishiwaki et al. (2015) показали,

что 4 недели регулярного статического растяжения индуцируют значительное снижение артериальной жесткости у мужчин среднего возраста [20].

При изучении взаимосвязи между тренировкой и параметрами, связанными с оксидом азота, было установлено, что результатом аэробной тренировки является рост образования оксида азота со снижением АД и улучшением образа жизни. Предполагают, что тренировки могут быть важным фактором для профилактики заболевания, стимулируя антиоксидантные ферменты [21].

Все это обосновывает необходимость более широкого введения КТ в реабилитационный процесс при АГ в виде дозированных ФН (лечебного, тонизирующего и тренирующего характера), как ведущего, универсального и наиболее физиологичного метода коррекции функциональной регуляции.

Правильно подобранные, в зависимости от двигательного лечебного режима, средства и формы КТ редко вызывают побочные эффекты, не требуют финансовых затрат, доступны пациентам с любой степенью выраженности АГ, могут применяться длительно, при необходимости пожизненно в домашних условиях.

Для унификации методов медицинской реабилитации при различных заболеваниях кафедрой медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького была разработана классификация клинических патогенетических синдромов, основанных на оценке результатов взаимодействия патогенного фактора и организма – *реакций саногенеза* (защитных, приспособительных, компенсаторных), направленные на достижение благоприятного исхода заболевания (выздоровление), или *реакций патогенеза*, который сопровождается неблагоприятным течением заболевания, его прогрессированием и развитием осложнений [14].

Разрешение вопроса выбора методов медицинской реабилитации с учетом неспецифического и индивидуального их действия требует выделения в клинике и патогенезе АГ синдромов, которые отображают степень проявления общих изменений и характеризуют клинические особенности самого заболевания.

На основе ранее проведенных исследования вариабельности сердечного ритма у пациентов с АГ был выделен ведущий патогенетический синдром – дисциркуляторный по спастическому и атоническому типу с учетом исходных особенностей вегетативной регуляции, что соответствует симпатoadреналовому (гиперадренергическому) и вагоинсулярному (объемзависимому) типам АГ.

В медицинской реабилитации использовался саногенетический подход, направленный на нормализацию деятельности ЦНС и функции центров вегетативной регуляции. Были разработаны дифференцированные методики КТ. Вагоинсулярный тип АГ требовал направленности реабилитации умеренно тонизирующего характера, при симпатoadреналовом типе АГ эффективна оказалась седативная направленность КТ [14]. Так после курса санаторной реабилитации А.Н.Сумин и соавт. (2016) отмечали у больных с АГ улучшение диастолической функции левого желудочка. Наиболее выраженным это

улучшение было у больных с повышением симпатической активности, проявляющейся неблагоприятной динамикой реакции на ортостатическую пробу [15].

Опыт работы с врачами показывает, что они недостаточно осведомлены о немедикаментозных способах лечения АГ, в частности двигательных лечебных режимах. Необходимо проведение тематических курсов, где курсанты терапевтического и педиатрического профилей будут иметь возможность подробно ознакомиться с методиками КТ, особенностями и характером различных методов, средств и форм КТ, возможностью их сочетания между собой и другими реабилитационными мероприятиями (физиотерапия, психотерапия, механотерапия и др.) на разных этапах реабилитации АГ. (стационарном, санаторном, амбулаторно-поликлиническом).

Выводы. Таким образом, КТ должна быть приоритетным методом выбора для немедикаментозного лечения и реабилитации больных АГ, особенно на начальных этапах заболевания. Средства и формы КТ, применение ФН должно учитывать исходное состояния больного, его индивидуальные особенности, адаптационные возможности, состояния вегетативной регуляции и др. Разработанные программы реабилитации могут быть включены в стандарты лечения АГ для повышения эффективности лечения, предупреждения прогрессирования заболевания, профилактики осложнений, повышения качества жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артериальная гипертензия в реальной практике здравоохранения: что показывают результаты диспансеризации / А.М. Калинина, К.А. Бойцов, Д.В. Кушунина и [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2017. – Т. 23, № 1. – С. 6-16.
2. Иванова О.А. Прогнозирование эффективности длительных физических тренировок у больных гипертонической болезнью / О.А. Иванова, С.Г. Куклин // Артериальная гипертензия. – 2017. – Т. 23, № 4. – С. 346-352.
3. Ватутин Н.Т. Артериальная гипертензия / Н.Т. Ватутин, Е.В. Склянная // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2017. – Т. 26, № 2. – С.144-149.
4. Абрамович С.Г. Физиотерапия артериальной гипертензии: проблемы и пути решения / С.Г. Абрамович // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2014. – № 2(56). – С.73-75.
5. Приказ МЗ ДНР от 02.03.2017 № 285 «Об утверждении унифицированных клинических протоколов медицинской помощи «Артериальная гипертензия», «Легочная гипертензия» «Инфекционный эндокардит», «Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST», «Острый коронарный синдром без подъемов сегмента ST» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://mzdnr.ru/doc/ob-utverzhdanii-unificirovannyh-klinicheskikh-protokolov-medicinskoy-pomoshchi-arterialnaya> (дата доступа: 23.11.17).
6. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии ESH/ESC 2013 // Российский кардиологический журнал. – 2014. – №1 (105). – С. 7-94.

7. Приказ МЗ ДНР от 04.06.2015 № 012.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников ДНР» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mzdnr.ru/doc/prikaz-ob-utverzhenii-nomenklatury-dolzhnostey-i-specialnostey-medicinskih-i-farmaceuticheskikh>.

8. Сумин А.Н. Актуальные вопросы физической реабилитации в кардиологии на рубеже десятилетий / А.Н. Сумин // Лечебное дело. – 2011. – № 4. – С.43-49.

9. Медицинская реабилитация: учебник / Г.Н. Пономаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 360 с. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/ISBN9785970431344-0001.html>.

10. Медведев А.С. Основы медицинской реабилитологии / А.С. Медведев. – Минск: Беларус. навука, 2010. – 435 с.

11. Проблемные вопросы медицинской реабилитации в современных условиях / И.Р. Швиренко, Е.С. Поважная, А.А. Лыков [и др.] // Университетская клиника. – 2017. – № 3 (24). – С. 181-187.

12. Медведев И.Н. Коррекция тромбоцитарной активности у лиц молодого возраста с высоким нормальным артериальным давлением с помощью регулярных физических тренировок / И.Н. Медведев, А.П. Савченко // Российский кардиологический журнал. –2010. – № 2. – С.35-38.

13. Влияние физических упражнений на физическое и психоэмоциональное состояние больных артериальной гипертензией / Р.Н. Кильдебекова, А.В. Дмитриев, Э.Р. Исхаков, Мингазова Л.Р. // Российский семейный врач. – 2014. – Т. 18, № 4. – С. 40-43.

14. Медицинская реабилитация артериальной гипертензии. Руководство для студентов и врачей / Под ред. В.Н. Сокрута, В.Н. Казакова – Донецк: «Каштан», 2010. – 464 с.

15. Сумин А.Н. Влияние реабилитации на показатели диастолической функции левого желудочка у больных артериальной гипертензией / А.Н. Сумин, О.В. Шушунова, О.Г. Архипов // Медицина в Кузбассе. – 2016. – Т. 15, № 1. – С. 68-75.

16. Physical activity in primary and secondary prevention of cardiovascular disease: Overview updated / A.J. Alves, J.L. Viana, S.L. Cavalcante [et al.] // World J. Cardiol. – 2016. – Vol. 8, № 10. – P. 575-583.

17. Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis / M. Nocon, T. Niemann, F. Muller-Riemenschneider [et al.] // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2008. – Vol. 15. – P.239-246.

18. Schuler G. Role of exercise in the prevention of cardiovascular disease: results, mechanisms, and new perspectives / G. Schuler, V. Adams, Y. Goto // Eur. Heart J. – 2013. – Vol. 34. – P.1790-1799.

19. Physical activity and reduced risk of cardiovascular events: potential mediating mechanisms / S. Mora, N. Cook, J.E. Buring [et al.] // Circulation. – 2007. – Vol.116. – P.2110-2118.

20. Four weeks of regular static stretching reduces arterial stiffness in middle-aged men / M. Nishiwaki, H. Yonemura, K. Kurobe, N. Matsumoto // Springerplus. – 2015. – Vol. 4. – P.555-566.

21. Effects of exercise training on nitric oxide, blood pressure and antioxidant enzymes / Y. Tsukiyama, T. Ito, K. Nagaoka, E. Eguchi, K. Ogino // J. Clin. Biochem. Nutr. – 2017. – Vol. 60, № 3. – P.180-186.



СОДЕРЖАНИЕ

СТАТЬИ	
Влияние комплексного аминокислотного и витаминного препарата кардонат на некоторые биохимические показатели крови у больных интегументной красной волчанкой <i>Белик И.Е., Романенко К.В., Романенко В.Н.</i>	3
Распространенность и клинические особенности атопического дерматита у детей грудного и раннего возраста <i>Романенко В.Н., Островский И.М., Лавриненко О.А., Романенко К.В.</i>	6
Клинико-anamnestическая характеристика псориаза у жителей Донецкого промышленного экологически неблагоприятного региона <i>Романенко К.В., Романенко В.Н., Боровая О.О., Ермилова Н.В.</i>	12
Нарушения метаболизма и их коррекция в условиях сочетанной кардиоваскулярной патологии <i>Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Гавриляк В.Г., Чеботарева Е.Н.</i>	18
Ишемическая болезнь сердца в сочетании с железодефицитной анемией у лиц пожилого возраста <i>Ванханен Н.В., Жукова Е.Б.</i>	24
Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом Чарга-Стросса (лекция для врачей) <i>Дядык А.И., Маловичко И.С., Гнилицкая В.Б., Щукина Е.В., Христуленко А.Л., Яровая Н.Ф.</i>	28
Возможности предупреждения прогрессирования хронической почечной недостаточности <i>Грушко И.В., Кривonos Н.Ю., Максимова Л. Ю.</i>	37
Особенности течения сезонного аллергического ринита у беременных пациенток <i>Данькина И.А., Чистяков А.А., Данькина В.В., Данькин К.В.</i>	42
Роль витамина D в возникновении и прогрессировании заболеваний сердечно-сосудистой системы (обзор литературы) <i>Дубовая А.В.</i>	48
Оптимизация лечения хронической обструктивной болезни легких в сочетании с эссенциальной гипертензией у больных с дефицитом кальция <i>Коломиец В.В., Панчишко А.С., Подоляка В.Л.</i>	58
Формирование профилактической направленности врачебной деятельности при обучении студентов-медиков поликлинической терапии <i>Коломиец В.В., Панчишко А.С., Подоляка В.Л.</i>	64
Случай системной красной волчанки с антифосфолипидным синдромом, трудности диагностики <i>Кривonos Н.Ю., Бондаренко Н.А., Гуренко Б.В.</i>	69

Состояние здоровья работников теплоэлектростанций по данным анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности (сообщение второе) <i>Черкесов В.В., Фуфаева И.Г.</i>	161
Кинезитерапия в медицинской реабилитации больных с артериальной гипертензией <i>Швиренко И.Р., Зубенко И.В., Терещенко И.В., Поважная Е.С.</i>	170
Алгоритм обследования больного с эритроцитозом <i>Ватутин Н.Т., Тарадин Г.Г., Склянная Е.В., Кардашевская Л.И., Эль-Хатиб М.А., Канишева И.В., Зинкович М.И.</i>	177
Желудочковые нарушения ритма сердца при гипертрофической кардиомиопатии <i>Ватутин Н.Т., Тарадин Г.Г., Канишева И.В., Картамьшева Е.В., Кардашевская Л.И., Зинкович М.И.</i>	184