# Санаторно-курортное лечение лиц среднего и пожилого возраста с постинфарктным кардиосклерозом 

Анаятова З.К.<br>НИИ Кардиологии и внутренних болезней МЗ РК<br>АО «Санаторий Коктем», е. Алматы<br>УДК:616.127-004-053.88.89:615.8

## Актуальность

«Здоровье народа - это неотьемлемая составляющая успеха Казахстана в достижении своих стратегических целей. Уменьшить общую смертность на $30 \%$, снизить заболеваемость от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и при этом увеличить продолжительность жизни до 72 лет, это и есть важнейшая цель. И мы должны обязательно её достигнуть! Отмечая 65-ю годовщину Победы в Великой Отечественной войне мы должны проявить заботу о ветеранах и улучшить качество жизни. Это дань уважения нашим отцам и дедам за их самоотверженную борьбу и победу, за то, что они обеспечили нам мирную жизнь!», сказано в Послании Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана.

Проблема повышения эффективности лечения и реабилитации больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), является одной из центральных в современной кардиологии и имеет огромное медико-социальное значение. Последние десятилетия характеризуются неблагоприятной динамикой показателей сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности практически во всех странах мира, включая Россию и Казахстан [1-5]. Структура смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за последние 30 -лет почти не изменилась - около $90 \%$ случаев приходится на ИБС и мозговой инсульт, в развитии которых основная роль принадлежит атеросклерозу и артериальной гипертензии (АГ). Самой неблагоприятной в отношении выживаемости и смертности группой являются лица, перенесшие инфаркт миокарда [6-7].

В связи с этим, реабилитации больных ИБС, перенесших ИМ уделяется много внимания, идёт поиск всё новых методов лечения и реабилитации этой группы населения, возрос интерес к немедикаментозным методам [8-9]. Среди немедикаментозных методов лечения всё возрастающее значение приобретают природные (естественные минеральные воды, пелоиды и др.) и преформированные физические факторы, составляющие основу санаторнокурортного лечения (СКЛ).

## Цель исследования

Разработка научно-обоснованных комплексных методов лечения с применением физических и бальнеологических факторов больных среднего и пожилого возраста с постинфарктным кардиосклерозом в санаторных условиях.

## Материалы и методы

В АО «Санаторий Коктем» (г.Алматы) обследовано 105 больных сдиагнозом ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения (СН) ФК І-ІІІ, постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), недостаточность кровообращения I стадии, ФК ІІІІ. Значительная часть кардиологических больных, поступая на курорт, перемещалась в пределах своего региона местожительства ( 76 из 105, 72,3\%), т.е не меняя привычные климато-географические условия. Так, в АО «Санаторий Коктем» лиц, прибывших из г. Алматы составило 68 человек (в основной группе - 35 из 50 , в

контрольной группе - 33 и 55) и Алматинской области - 8 (в основной группе -3 из 50, в контрольной группе -5 из 55). Таковые больные из других регионов страны и ближнего зарубежья фактически приезжали на курорт в единичных случаях. Следовательно, AO «Санаторий Коктем», для больных ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения, постинфарктным кардиосклерозом является региональным местным курортом, что согласуется с общепринятыми показаниями на санаторно-курортное лечение, принятыми для данного контингента больных.

Для диагностики ИБС мы пользовались анамнестическими данными, клиническими симптомами и результатами инструментальных и биохимических исследований, а также сведениями из санаторно-курортных карт.

Возраст обследованных колебался от 40 до 60 лет, средний возраст составил $58,6 \pm 2,8$; из них - мужчин -76 ( $72,4 \%$ ), женщин - 29 ( $27,6 \%$ ) (Табл.1). Учитывая определенную настороженность в отношении пожилого возраста, наши больные при направлении на санаторно-курортное лечение, как правило, на месте проходили тщательное клинико-инструментальное обследование и довольно «жесткий» отбор. Все это способствовало уменьшению диагностических ошибок и включение в обследование больных только соответствующих плану и методу проводимых исследований

Длительность заболевания обследованных лиц составила от одного года до 10 лет. Из них: до 3 лет - 40 больных ( $38,1 \%$ ), до 5 лет - 11 ( $10,5 \%$ ), до 10 лет - 29 ( $27,6 \%$ ) и более 10 лет - 25 ( $23,8 \%$ ). Из всех 105 обследованных - 88 ( $83,8 \%$ ) больных перенесли крупноочаговый инфаркт миокарда, 17 ( $16,2 \%$ ) - мелкоочаговый инфаркт миокарда.

Причем у 86 больных ( $82,0 \%$ ) - первично, у $18(17,1 \%)$ дважды и у 1 больного ( $0,9 \%$ ) - трижды. ПИКС выставляется при наличии в анамнезе документированного инфаркта миокарда или при наличии рубцовых изменений на ЭКГ. Функциональный класс недостаточности кровообращения выставлен согласно классификации NYHA: у 17 больных ФКІ (16,2\%), у 88 больных - ФК II (83,8\%). Недостаточность кровообращения 0 стадии выявлена у 18 больных ( $17,1 \%$ ), І стадии у 87 больных ( $82,9 \%$ ).

Из сопутствующих заболеваний встречались: артериальная гипертензия - 85 пациентов ( $80,9 \%$ ), хронический бронхит - 14 ( $13,3 \%$ ), остеохондроз - 12 ( $11,4 \%$ ), мочекаменная болезнь у $8(7,6 \%)$, другие болезни у $10(9,5 \%)$. у части больных сопутствующие заболевания встречались в различных сочетаниях. Сопутствующие заболевания у больных ИБС находились в фазе ремиссии. Клиникоинструментальное обследование больных включало: сбор анамнеза, клинический осмотр, измерение артериального давления (АД), частоты пульса, проведение ЭХО - и ЭКГ - кардиографии, рентгенографию органов грудной клетки. Bce больные были разделены на две группы. Основная (1- группа) - 50 человек - получали полный курс комплексной реабилитационной программы, включающей на фоне медикаментозного лечения - физиолечение (электрофорез, электросон или магнитотерапия при непереносимости то-

Таблица 1. Распределение обследованных санаторных больных по возрастно-половым признакам и давности заболевания (в абс. числах и в \%)

| Группы больных | Давность заболевания |  |  |  | Возраст |  |  |  | Пол |  |
| :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: |
|  | $\begin{aligned} & \text { До } 3 \\ & \text { лет } \end{aligned}$ | 3-5 | 6-10 | более 10 лет | $\begin{aligned} & 30- \\ & 39 \end{aligned}$ | $\begin{aligned} & 40- \\ & 49 \end{aligned}$ | $\begin{array}{\|l\|} 50- \\ 59 \end{array}$ | 60 и более | M | ж |
| Осн-ая группа (50 б-х) | 20 | 4 | 15 | 11 | 0 | 2 | 24 | 24 | 38 | 12 |
|  | 40,0\% | 8,0\% | 30,0\% | 22,0\% | 0 | 4,0\% | 48,0\% | 48,0\% | 76,0\% | 24,0\% |
| Контрольная группа (55 б-х) | 20 | 7 | 14 | 14 | 0 | 4 | 23 | 28 | 38 | 17 |
|  | 36,4\% | 12,7\% | 25,5\% | 25,5\% | 0 | 7,3\% | 41,8\% | 51,0\% | 69,1\% | 31,0\% |
| Всего 105 6-x | 40 | 11 | 29 | 25 | 0 | 6 | 47 | 52 | 76 | 29 |
|  | 38,0\% | 10,4\% | 27,6\% | 23,8\% | 0 | 5,7\% | 44,7\% | 49,5\% | 72,4\% | 27,6\% |

Таблица 2. Динамика клинических признаков больных ИБС, ПИКС (число случаев в абс. числах и в \%)

| Группы | Основная группа <br> (50 больных) |  | Контрольная группа <br> (55 больных) |  |
| :--- | :--- | :--- | :--- | :--- |
| Клинические <br> признаки | до леч/ | после | до леч/ | после |
| Ангинозные <br> боли | $16(32,0)$ | $3(6,0)$ | $9(16,4)$ | $2(3,6)$ |
| Сердцебиения | $23(46,0)$ | $11(22,0)$ | $28(50,9)$ | $21(38,2)$ |
| Перебои в <br> работе сердца | $14(28,0)$ | $10(20,0)$ | $9(16,4)$ | $7(12,7)$ |
| Одышка | $35(70,0)$ | $26(52,0)$ | $49(89,1)$ | $35(63,6)$ |
| Отеки н/конечн/ | $19(38,0)$ | $4(8,0)$ | $13(23,6)$ | $8(14,6)$ |
| Общая слабость | $24(48,0)$ | $16(32,0)$ | $44(80,0)$ | $31(56,4)$ |
| Быстрая <br> утомляемость | $25(50,0)$ | $18(36)$ | $39(70,9)$ | $28(50,9)$ |
| Головные боли | $12(24,0)$ | $8(16,0)$ | $8(14,6)$ | $6(10,9)$ |
| Астеноневрот. <br> синдром | $21(42,0)$ | $8(16,0)$ | $20(36,4)$ | $8(14,6)$ |

ков), наружное и внутреннее бальнеолечение природной кремниевой минеральной водой (общие минеральные ванны и питье минводы) и массаж воротниковой зоны. Контрольная (2-ая группа)_- 55 человек получала курс лечения без наружного бальнеолечения (т.е. без приема общих минеральных ванн), с включением всех остальных процедур. На всех обследованных заполнялась разработанная карта-анкета, включающая жалобы, анамнестические и объективные данные. Для оценки динамики заболевания, эффективности реабилитации оценивались клинические, гемодинамические параметры, ЭКГ, лабораторные показатели (общий холестерин, альфа-холестерин, триглицериды, бета-липопротеиды, коэффициент атерогенности) до - и в конце 14 дневного санаторного лечения. Обследованные получали стандартную медикаментозную антиангинальную терапию: бета-блокаторы - эгилок 25-50 мг- 1-2р/день, ингибиторы-АПФ - эналаприл 5-10 мг 1 р/ сут, нитраты - при болевом синдроме и недостаточности кровообращения IIАст. - оликард-ретард 40 мг 1 р/сут, нитроглицерин 1 табл. сублингвально и тромбо-асс 50-100мг 1р/сут. Математическую обработку полученных результатов осуществляли с помощью статистических пакетов программ для Windows (Exel-U.8.0), а достоверность выявленных различий между сравниваемыми показателями устанавливали с использованием t-критериев Стьюдента.

Результаты
Проведенные исследования показали, что санаторно-курортное лечение положительно влияет на динамику проявлений клинических признаков больных ИБС, ПИКС (Табл.2).

Как видно из таблицы 2 на фоне проведенного санаторного лечения в обеих группах обследованных больных уменьшились ангинозные боли, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышка, отеки в нижних конечностях, однако, в опытной группе эти клинические признаки проявлялись реже, чем в контрольной.

Оценивая эффективность санаторно-курортного лечения (СКЛ) на больных ИБС с ПИКС мы получили следующие результаты: «Значительное улучшение» у 16 (32\%) больных в основной группе, 6 (11\%) в контрольной группе; «Улучшение» у 33 ( $66 \%$ ) в основной группе, и 45 (82\%) в контрольной группе; «Без перемен» у 1 ( $2 \%$ ) в основной группе и $4(7 \%)$ в контрольной группе больных.

## Выводы

Применение адекватного СКЛ способствует восстановлению и поддержанию трудоспособности, сокращению сроков временной нетрудоспособности больных, что показывает его большую социальную значимость. Кроме того, СКЛ имеет профилактическую направленность действия, так как предупреждает прогрессирование заболевания и его рецидивы. Это позволяет рассматривать активационную терапию ИБС как эффективное средство вторичной профилактики заболевания. Таким образом, санаторно-курортное лечение, несомненно, можно считать эффективным этапом в реабилитации больных ИБС.

## Литература

Чазов Е.И. Пути повышения эффективности лечения больных ишемической болезнью сердца // Тер. арх.- 1997.- № 9.- с. 5-10. Абдукаримов Б.У., Каримова Н.Х. Этапность лечения больных стенокардией напряжения в условиях санатория. Информационный листок. КазНИИНКИ.-1992.-№ 194-92.
Абдукаримов Б.У., Ошакбаев К.П., Рысмендиев А.Ж. Специализированная кардиологическая помощь населению Казахстана.-Алматы.-2004.-120 с.
Шокарева Г.В., Рысмендиев А.Ж. Реабилитация больных острым инфарктом миокарда на стационарном этапе. Методическое пособие для практических врачей.-2002г.-44 с.
Протворов В.Б., Кравченко А.Я. и др. Качество жизни больных, перенесиих инфаркт миокарда // Российский медицинский жур-нал.- 1998. - № 11.- с.25-28.
Калинина А.М., Чазова Л.В., Павлова Л.И. Влияние многофакторной профилактики ишемической болезни сердца на прогноз жизни // Кардиология.- 1996.- № 3.- с. 22-27.
Барац С.С., Андреев А.Н. Немедикаментозная терапия стено-кардии.- Свердловск: Изд-во Урал. ун-та, 1990.- 96 с.
Бобров В.А., Залесский В.Н., Заворотная Р.М. Лазерная биостимуляционная терапия в кардиологии // Кардиология. -1988.- № 6.-c. 121-125.

Сердюк Н.Н., Герелюк И.П.,Вакалюк И.П. Прогрессирующая стенокардия напряжения.- К.: Здоров'я, 1991.- 184 с.

