

Опыт применения мезодиэнцефальной модуляции и лечебной физической культуры в комплексной терапии больных кардиологического профиля в скоромощном стационаре

Е.О.ТЕЛЕГИНА, Н.И. ЛОГУНОВА, Л.Н. САМОДУРОВА

Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 10

В скоромощном стационаре лечение пациентов с острой кардиологической патологией должно проводиться комплексно. Для получения лучших результатов терапии медикаментозное лечение необходимо сочетать с физическими реабилитационными мероприятиями, а именно мезодиэнцефальной модуляцией и лечебной физической культурой. Ключевые слова: мезодиэнцефальная модуляция (МДМ-терапия), физические реабилитационные мероприятия, лечебная физическая культура, острая кардиологическая патология

Сердечно-сосудистые заболевания являются наиболее серьезной проблемой здравоохранения для многих стран мира. Эксперты Всемирной организации здравоохранения дают прогноз дальнейшего роста сердечно-сосудистых заболеваний, а также смертности от этих заболеваний как в развитых, так и в развивающихся странах. Это обусловлено изменением демографических показателей (старением населения), возрастающим ритмом жизни, нервно-психическим напряжением, гиподинамией, низкой культурой питания, нарушением режима труда и отдыха, вредными привычками. Сердечно-сосудистая патология нередко приводит к развитию тяжелых состояний больных, требующих интенсивного лечения.

С учетом этого, в алгоритмах специализированной медицинской помощи присутствует весь арсенал лечебных мероприятий для выведения пациента из критического состояния, в том числе, физические реабилитационные мероприятия.

В недавнем прошлом в большинстве случаев реабилитация у этой категории больных откладывалась на более поздние сроки заболевания из-за устоявшихся взглядов на реабилитационные мероприятия, как на средство восстановления «стабильного больного», не имеющего нарушения витальных функций. В настоящее время считается, что начинать реабилитацию надо так рано, как это только возможно.

В остром периоде заболевания, который соответствует первому этапу медицинской помощи, удельный вес физической реабили-

тации составляет 10-30%. Малая доля физических факторов в комплексе лечебных мероприятий начального этапа обусловлена тем, что в данный период времени основное значение имеет этиотропная терапия.

Физическая реабилитация—это использование с лечебной и профилактической целью физических упражнений и природных факторов в комплексном процессе восстановления здоровья, физического состояния и трудоспособности больных и инвалидов. Её средствами являются: лечебная физическая культура, физиотерапия, лечебный массаж, механотерапия. Назначение средств физической реабилитации, последовательность применения её форм и методов определяются характером течения заболевания, общим состоянием больного, периодом и этапом реабилитации, двигательным режимом.

Одним из важнейших современных принципов лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является рациональное сочетание различных способов и средств терапии. В связи с тем, что в возникновении острой сердечно-сосудистой патологии большую роль играют нервно-эмоциональные факторы, нарушения вегетативной нервной системы, при лечении используют физические методы, оказывающие благоприятное влияние на центральную нервную систему.

Мезодиэнцефальная модуляция (МДМ - терапия) - метод транскраниальной электро-терапии, избирательно активирующий работу нейроэндокринных центров, расположенных в среднем мозге (мезэнцефалон) и промежуточном мозге (диэнцефалон), и повышающий

адаптационный потенциал и качество реакции организма на перегрузки и повреждения.

Разработка МДМ-терапии началась в середине 80-х годов в клинике неотложной терапии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского под руководством академика РАМН и РАЕН, профессора А.П. Голикова у больных с острым трансмуральным инфарктом миокарда. Первая процедура проводилась не позднее 6 часов от развития ангинозного статуса, в дальнейшем курс продолжался 10 дней по 30 - минутной методике 1-2 раза в день.

На основании многолетнего клинического применения установлено, что МДМ - терапия обладает антистрессорным эффектом при всех видах ургентной и хронической патологии, стимулирует в 1,5-2 раза репаративные процессы, оказывает обезболивающий эффект, обеспечивает профилактику осложнений, потенцирует действие большинства известных фармакологических препаратов, уменьшая их потребление.

Целью работы является улучшение исходов консервативного лечения пациентов кардиологического отделения скоромощного стационара с применением методов физической реабилитации.

Материалы и методы

Метод МДМ-терапии применялся у пациентов кардиологического отделения нашего стационара, находящихся на лечении с острым инфарктом миокарда, прогрессирующей стенокардией, ишемической болезнью сердца с нарушением ритма, ишемической болезнью сердца с хронической сердечной недостаточностью 2Б, ФК 3. Первая процедура проводилась со второго дня пребывания в стационаре, далее - ежедневно, 1 раз в день до момента выписки. Схема лечения: электроды накладывались по лобно-затылочной методике, сила тока - 0,5-2 мА, импульсы тока изменяются по времени по заранее заданной программе, длительность процедуры 30 мин, ежедневно, до № 10.

Включение в комплексную терапию больных с острой кардиологической патологией МДМ - терапии сопровождается благоприятным влиянием на клиническое течение

заболевания в остром периоде, снижает частоту ангинозных болей, случаев возникновения рецидивирующего течения заболевания, нарушений ритма, явлений сердечной недостаточности, постинфарктной стенокардии, повторных инфарктов миокарда, а также повышает "качество жизни", что, прежде всего, выражается в увеличении работоспособности. МДМ - терапия способствует активации антигипоксантами механизмов, развитию коллатерального кровотока, повышению содержания в циркулирующей крови опиоидных пептидов (эндорфина и энкефалина), соматотропного гормона, инсулина. Это приводит к ускорению течения репаративных процессов. Немаловажным в действии МДМ - терапии является и улучшение газообмена, приводящее к уменьшению выраженности циркуляторной гипоксии.

На процедуру МДМ-терапии не принимались пациенты с металлическими осколками в головном мозге, с острыми психическими заболеваниями, с высокой температурой тела (выше 38°C), с онкологическими заболеваниями, с кардиостимулятором.

Лечение пациентов с острой кардиологической патологией невозможно без применения лечебной физкультуры (ЛФК). Реабилитация больных этой категории начинается с первых дней пребывания в стационаре. Основа физкультуры – правильные дозированные нагрузки, которые максимально восстанавливают все утраченные навыки и являются основной частью профилактических мероприятий, помогающих тормозить прогрессивное развитие заболевания. Физическая реабилитация призвана восстановить физическую работоспособность больных, что достигается адекватной активизацией пациентов на ранних этапах выздоровления. Лечебная гимнастика назначается уже на 2-3 сутки после начала заболевания при условии ликвидации острого болевого синдрома и при отсутствии или быстром купировании возникших осложнений. Физическая реабилитация больных с тяжелой кардиологической патологией решает ряд важных задач:

- улучшение центральной гемодинамики;

- профилактика мышечной гипотрофии;
- обучение больного правильному типу дыхания;
- профилактика тромбоза мелких ветвей легочной артерии;
- нормализация вегетативной нервной системы;
- умеренная стимуляция кровообращения;
- повышение кислородной емкости крови;
- улучшение психоэмоционального состояния пациента.

Противопоказаниями к ЛФК являются: острая сердечная недостаточность, частота сердечных сокращений (ЧСС) более 104 уд./мин., выраженная одышка, отек легких, шок, аритмия, тяжелый болевой синдром, температура тела выше 38 °С, отрицательная динамика показателей ЭКГ.

Основными принципами поэтапной реабилитации больных с острой кардиологической патологией являются: раннее начало, комплексный подход, непрерывность и преемственность, а также индивидуальный подбор физических нагрузок для каждого больного. Современный подход к вопросам реабилитации - это быстрая активизация пациентов. Однако оптимальные сроки расширения режима должны быть строго индивидуальны для каждого больного.

Нежелательные последствия длительной физической иммобилизации больных требуют сокращения продолжительности постельного режима и включения дозированной физической нагрузки в ранние сроки заболевания. Программа реабилитации предусматривает назначение пациенту тренирующего режима в виде лечебной гимнастики, физических нагрузок бытового характера, проведение досуга в разные сроки в зависимости от принадлежности его к тому или иному классу тяжести.

При переводе больного с одного режима на другой учитывается характер переносимости нагрузки предыдущего двигательного режима. Через каждые два-три дня занятий вводят 2-3 новых элемента. Постепенное включение новых упражнений облегчает

адаптацию больного к нагрузкам, повышает его интерес к ним, содействует положительной мотивации к физической реабилитации.

Занятия лечебной гимнастикой под контролем инструктора по лечебной физкультуре проводят 1 раз в день, однако для достижения максимального эффекта лечебную гимнастику следует выполнять 2-3 раза в день.

Продолжительность занятий 10-15 минут, основное исходное положение сначала «лежа» затем «сидя», «стоя». Лечебный комплекс включает упражнения для всех групп мышц и суставов, для тренировки вестибулярного аппарата, дыхательные, статические и динамические упражнения, а также упражнения на расслабление и внимание. Характер и темпы физической реабилитации больного на стационарном этапе определяет лечащий врач, проводит опытный инструктор ЛФК под контролем врача ЛФК.

Основные задачи стационарного этапа реабилитации - это восстановление способности больного к самообслуживанию, предотвращение ухудшения состояния сердечно-сосудистой системы, скелетной мускулатуры и других органов и систем вследствие гиподинамии, а также подготовка больного к дальнейшему расширению физической нагрузки.

В основу исследования положены результаты наблюдения за 53 пациентами, находящимися в кардиологическом отделении нашего стационара, которым в дополнение к лекарственной терапии назначались МДМ-терапия и занятия лечебной гимнастикой с инструктором ЛФК.

При оценке обобщенных показателей у всех пациентов отмечалось улучшение общего состояния, снижение частоты ангинозных болей, нарушений ритма, явлений сердечной недостаточности, постинфарктной стенокардии, а также повышение "качества жизни", что, прежде всего, выражалось в увеличении работоспособности, повышении жизненного тонуса и настроения.

Практический опыт физиотерапевтического отделения показывает, что комплексный подход к лечению пациентов кардиологического профиля с острой коронарной

патологией с включением методов физической реабилитации является более предпочтительным по сравнению с только медикаментозным лечением.

Список литературы:

1. Голиков А.П., Карев В.А., Павлов В.А. и др. Влияние транскраниальной стимуляции опиоидных систем на репаративные процессы у больных инфарктом миокарда // Кардиология, - 1989, - Т. 29. - №12. - С. 45-48.
2. Карев В.А, Шеина А.Н. Мезодиэнцефальная модуляция в реабилитации тяжелых больных /9 Московская ассамблея. Здоровье столицы. Тезисы докладов. Москва, 16-17 декабря 2010. – С.170-171.
3. «Медицинская реабилитация». Под редакцией Боголюбова В.М. М., 2004г.
4. Лечебная физическая культура: уч. пособие / В.А. Епифанов др.-2-изд. исп. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012.-568.
5. Мирхамидова С. М., Ботирова Н. Б., Камбарова С. А. Особенности распространенности сердечно-сосудистых заболеваний // Молодой ученый. — 2016. — №21. — С. 73-76.
6. Сумин А.Н., Барбараш О.Л.. Особенности кардиологической реабилитации в старших возрастных группах. Кардиосоматика 2012.