



КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

1. Х. Т. ХУДАЙБЕРДИЕВА
2. З. М. ХАШИМОВА
3. А. А. СОБИРОВ
4. Ж. А. ГОФУРОВ

Abstract: Мақолада даволашнинг ижобий таъсири барқарорлиги ва физиотерапиянинг алоҳида курслари самарадорлиги беморлар текширувининг функционал усуллари натижалари ҳамда касалликнинг клиник кечиши динамикаси бўйича баҳоланади.

Key words: клиник кечиш, физиотерапия, функционал усуллар, динамика.

Received 20th Nov 2023,
Accepted 28th Dec 2023,
Online 22th Jan 2024

^{1,2,3,4} Андижанский государственный
медицинский институт,
Республика Узбекистан, г. Андижан

Актуальность. В комплексном лечении больных гипертонической болезнью на разных этапах лечебного процесса широко используют методы физиотерапии.

Важным этапом развития здравоохранения является проведение диспансеризации всего населения, на 2-м этапе которой для лечения диспансерной группы больных важное место отводят методам физиотерапии (1).

Цель работы. Применение физиотерапии в системе диспансеризации имеет свои особенности, обусловленные прежде всего длительным, многолетним наблюдением больными. Возникает необходимость проведения в течении нескольких лет (таблица 1).

Материалы и методы. В контрольной группе больных получавших только одну медикаментозную терапию, давление существенно не изменилось (таблица 2). Динамика артериального давления (в мм.рт.ст.) у больных получавших физиотерапию в период диспансерного наблюдения.

Таблица 1

Вид артериального давления	Исходная величина	После 1-го курса физиотерапии	После 2-го курса через 6 мес. После 1-го курса	После 2-го курса физиотерапии	В конце 3-го года наблюдения	P
МХ	160,3±2,0	149,7±2,9	153,0±2,1	146,1±2,3	144,1±2,1	<0,001
Нп	136,1±2,0	129,3±2,2	134,1±2,6	129,1±3,3	129,1±3,8	<0,05
Му	113,5±1,5	106,6±1,8	109,0±2,7	103,8±2,4	105,0±2,8	<0,05
Мп	95,6±2,1	86,5±1,8	86,8±1,9	82,5±1,7	83,6±3,9	<0,05

При исследовании показателей гемодинамики у больных 1-й группы после курсов физиотерапии отмечались благоприятные изменения за счет достоверного ($P<0,05$) уменьшения (на 21,4%) исходно повышенного минутного объема крови (с 184,2±6 до 162,6±5,3% от должного). Периферическое сопротивление имело тенденций к снижению.

Таблица 2 динамика артериального давления (в мм. рт.ст.) у больных контрольной группы в период диспансерного наблюдения.

Вид артериального давления	Исходная величина	Через 6-8 мес. Наблюдения	В конце 3-го года наблюдения.
МХ	161,2±2,9	157,4±6,0	160,0±2,7
Нп	137,0±2,1	134,4±4,9	141,0±1,9
Му	113,4±2,3	114,±5,1	117,3±2,0
Мп	94,0±1,7	95,0±5,0	97,3±2,1

Применение: достоверность ($P>0,05$) рассчитана между исходными величинами артериального давления в конце 3-го года наблюдения на 10,6% (с 79,2±4,2 до 68,6±4% от должного). В результате указанных сдвигов гемодинамики уменьшался сердечный гиперкинез, улучшилась проходимость сосудистого русла. Методы физиотерапии способствовали функционированию сердца на более экономном уровне.

После 1-го курса водо- или электролечения гипотензивный эффект и улучшение показателей гемодинамики у больных сохранялись от 2,3 до 5-6 мес. В связи с этим в течение 1-го года диспансерного наблюдения было назначено 2-курса лечения с полугодовым перерывом. После 2-го курса физиотерапии лечебный эффект сохранялся более длительное время- до 6-8 мес., а после 3-го курсов лечения до 1 года. Результаты лечения были примерно одинаковы после водо- и электролечения.

Исходя из субъективных ощущений, большинство больных отдавали предпочтение водолечению. В контрольной группе больных, принимавших в течение нескольких лет одни медикаменты, артериальное давление и нарушение гемодинамики достоверно не изменялись на протяжении 3,5 лет диспансерного наблюдения. При изучении отдаленных результатов профилактического применения методов физиотерапии через 3,5 года улучшение состояния было обнаружено у 80% больных 1-й группы и у 33% больных контрольной группы. Следует отметить, что в результате использования физиотерапии у большинства больных были снижены дозы медикаментов. При повторных осмотрах и анкетировании выяснилось, что 19% больных самостоятельно прекратили прием лекарств на 2-4 мес, в связи с хорошим самочувствием.

У больных контрольной группы улучшение чаще было обусловлено увеличением дозы лекарства или заменой его на другое.

При анализе обращаемости больных к врачу в связи с ухудшением состояния отмечалась значительная разница между 1-й и контрольной группой. В течение года повторных курсов лечения с их рациональной последовательностью и комбинацией лечебных методов. Сведений о работе в этом направлении в доступной нам литературе не обнаружено.

Нами были проведены многолетние наблюдения (в течении 3,5 лет) за 100 больными гипертонической болезнью I и II стадий, состоящими на диспансерном учете. Больные были разделены на 2 группы, идентичные по полу, возрасту, стадии и течению заболевания. Больным (70) 1-й группы назначали физические методы в виде многократного курсового применения водо- и электролечения на фоне приёма небольших поддерживающих доз гипотензивных препаратов (энам, берлиприл). Больные (30) 2-й (контрольной) группы получали одну (идентичную) медикаментозную терапию. Лечение больных обеих групп проводилось в поликлинике без отрыва от работы.

За период наблюдения (3,5 года) больные 1-й группы получили несколько курсов физиотерапии: 34 больных - 4-5 курсов, 36 больных - 3 курса. Курсы физиотерапии проводили систематически через 6-8 месяцев или через год в виде последовательного чередования водо- и электролечебных процедур.

Эффективность отдельных курсов физиотерапии и длительность сохранения лечебного эффекта оценивали по динамике клинического течения заболевания и результатам функциональных методов обследования больных.

С помощью метода механокардиографии определяли 4 вида артериального давления: конечное систолическое (M_x), боковое систолическое (N_n), среднее динамическое (M_y) и диастолическое (M_n), а также рассчитывали показатели гемодинамики (минутный объем крови, периферическое сопротивление сосудов и др.)

В качестве метода электролечения использовали магния электрофорез синусоидальными модулированными токами по следующей методике. Анод в виде «воротникового» электрода площадью 120 см^2 располагали в зоне сегментов $C_4\text{-Th}_2$ (с него вводили магний - $5\% \text{ MgSO}_4$). Катод в виде раздвоенного электрода площадью 120 см каждый фиксировали на месте проекции почек (Тпц- B_2). Синусоидальные модулированные токи были использованы в выпрямленном режиме, I и IV род работ по 5 мин каждый при частоте модуляции соответственно 100 и 30 Гц, глубина ее 75 %.

Общая продолжительность процедуры 10 минут, сила тока до ощущения умеренной, безболезненной вибрации (8-15 ам). Курс лечения составляет 10-12 процедур, проводимых через день.

Из методов водолечения назначали жемчужно-хвойные ванны по модифицированной методике с использованием предложенного нами специального технического устройства, которое уменьшало бурление воды за счет меньшего диаметра пузырька воздуха. О повышении терапевтического эффекта, жемчужных ванн в результате снижения чрезмерного механического фактора их действия свидетельствует и другие авторы. На 1 ванну использовали 1 таблетку хвойного экстракта. Температура воды 34-35 °C, продолжительность ванны 10 минут. Курс лечения 10-12 процедур, проводимых через день.

После проведения 1-го курса физиотерапии независимо от назначения водо- или электролечения у большинства больных (у 75%) улучшилось самочувствие и снижалось артериальное давление. У больных исчезали или уменьшались жалобы на головную боль, боли в области сердца, головокружение, общую слабость, раздражительность, нарушения сна. В контрольной группе больных характер жалоб был однообразным, существенно не изменяясь в

течение всего времени наблюдения.

За время диспансерного наблюдения по данным механокардиографии у больных 1-й группы было выявлено достоверное снижение артериального давления и стабилизация его на более низком уровне по сравнению с исходными величинами. После проведения 3-5 курсов физиотерапии отмечалось достоверное снижение систолического давления на 16,2 мм.рт.ст. а диастолического на 12 мм.рт.ст. до проведения физиотерапии в 1-й группе на больного приходилось $2,13 \pm 0,02$ обращения в поликлинику по поводу ухудшения самочувствия. Применение методов физиотерапии снизило количество обращений к врачу до $0,92 \pm 0,01$ в год на 1 больного, т.е. обращаемость в поликлинику снизилось в 2,3 раза. В контрольной группе каждый больной обращался к врачу в год, предшествующий наблюдению, в связи с ухудшением $2,0 \pm 0,01$ раза. В течение последующих 3 лет наблюдения ежегодно подобных обращений больных в поликлинику для коррекции поддерживающей медикаментозной терапии стало $2,7 \pm 0,02$. Как видно, обращаемость больных возросла в 1,3 раза.

Вывод. Таким образом, результаты наших наблюдений свидетельствует о том, что методы физиотерапии должны шире использоваться в системе диспансеризации больных гипертонической болезнью, так как они оказывают выраженное гипотензивное действие и улучшают процессы системной гемодинамики. Методы физиотерапии могут влиять корригирующим образом на количественную сторону медикаментозной терапии. При регулярном профилактическом лечении больных гипертонической болезнью в течение 1-го года диспансерного наблюдения необходимо проводить не менее 2-курсов физиотерапии с перерывом 4-6 мес, на 2-м году можно назначить 1-2 курс физиотерапии с промежутком между ними 7-8 мес, а с 3-го года наблюдения можно проводить курс физиотерапии 1 раз в год.

1. Алексеев Г.И. Проблемы кардиологии и неврологии. -Казань, 2016 -С. 135-136.;
2. Богданов Н.П. с соавт. Съезд физиотерапевтов и курортологов УССР, 4-й. - Одесса, 2010. - С. 34-35.;
3. Ефанов О.И. Вопросы курортологии. 2020. № 6. -С. 1-5.;
4. Крюковская Т.Л. Мед сестра. 2019. № 11. -С. 10-12.;
5. Олиференко В.Т. Водотеплолечение -М.. 2017.;
6. Сорокина Л.А. Курортология и физиотерапия. Т2. –М., 2017. -С.41-53.