

6. Преображенская В.К. и др. // Система терморегуляции при адаптации организма к факторам среды. Т. 1. Новосибирск, 1996. С. 125.
7. Ткаченко Е.Я. // Физиология адаптации к холоду, условиям гор и субарктики. Новосибирск, 1975. С. 6–9.
8. Ткачев А.В., Беруль И.В. // Мат-лы II съезда физиологов Сибири и Дальнего Востока. Т. 1. Новосибирск, 1996. С. 52–64.

УДК 616.72.+616.1:615.838.7:615.834

Н.В. Куликова, Л.С. Эрдынеева***

ОСОБЕННОСТИ БАЛЬНЕОПЕЛОИДОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ НА НИЗКОГОРНОМ КУРОРТЕ «ЧЕДЕР»

*Томский государственный педагогический университет

**Многопрофильная научная лаборатория по медицинским и биологическим проблемам г. Кызыла

Грязе- и бальнеотерапия широко используется у больных остеоартрозом (ОА) и ревматоидным артритом (РА) и другими заболеваниями суставов и дает хорошие результаты.

Исследования ученых показали трудности при грязелечении таких больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией ввиду низкой эффективности лечения за счет повышения артериального давления (АД), учащения приступов стенокардии, снижения толерантности к физическим нагрузкам и частой отмены лечения из-за появления патологической бальнеореакции.

М.В. Антонюк и соавторы [1] у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью (ГБ) и вегетососудистой дистонией с заболеваниями опорно-двигательного аппарата при назначении бальнеопелоидотерапии в большинстве случаев наблюдали положительный эффект. У части больных после первых процедур грязевых аппликаций появлялись приступы стенокардии, повышалось артериальное давление, вследствие чего исследователи вынуждены были изменять лечение. В результате исследований авторы рекомендуют индивидуальный подбор методик грязелечения.

При грязебальнеолечении 196 больных суставной патологией с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями установили [2], что у 12 % пациентов отмечались нарушения ритма по типу редких экстрасистол, незначительные повышения АД, у отдельных больных – признаки ухудшения коронарного кровообращения на электрокардиограмме (ЭКГ). Подключение медикаментозной терапии и продолжение лечения по «щадящей» методике позволяли авторам добиться улучшения со стороны опорно-двигательного аппарата без ухудшения в дальнейшем показателей со стороны сердца.

И.Е. Оранский и соавторы [3] изучали реакции сердечно-сосудистой системы на грязелечение и оценивали эффективность последнего у 66 больных ИБС, стенокардией напряжения I–II ФК с сопутствующей патологией опорно-двигательного аппарата. У больных ИБС, стенокардией напряжений

ИФК эффективность лечения была высокой. У больных ИБС, стенокардией напряжения ИФК переносимость грязелечения была неудовлетворительной: у 27,3 % больных грязелечение было отменено в связи с учащением приступов стенокардии, у 60 % – отмечалось снижение толерантности к физической нагрузке. Авторы делают вывод о необходимости дифференцированного подхода к назначению грязелечения этой категории больных.

Материалы и методы. Исходя из этих данных, на низкогорном курорте (расположен 565 м н. у. м.) для решения вопросов эффективности, выработки показаний и противопоказаний к бальнеопелоидотерапии исследовано 75 больных ОА и РА и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией (гипертоническая болезнь I–II стадии – 26, ишемическая болезнь сердца – 6, нейроциркуляторная дистония – 15 человек). Преобладали женщины, средний возраст пациентов составил $(53,6 \pm 2,3)$ г.

Больные получали комплексное лечение с включением аппликаций иловой сероводородной грязи на пораженные суставы ($T +38...+42$ °С, время отпуска процедур 8–10–15 мин через день, на курс 8–9). Через день с грязевыми аппликациями назначались разводные рапные ванны с концентрацией 30–40–60 г/л, $T +36...+37$ °С, экспозицией 10–15 мин, на курс 8–9. Комплексное лечение также включало солнечно-воздушные ванны, купание в озере по схемам, пешие прогулки в условиях низкогорного климата курорта.

Оценивалось состояние основного заболевания (клиника, электротермометрия и сила тока в БАТ пораженных суставов, анализы крови), сердечно-сосудистой системы (клиника, электрокардиография, АД, ЧСС, саморегуляция кровообращения), вегетативной системы (индекс Кердо, коэффициент Хильдебранта) и общие адаптационные реакции по Л.Х. Гаркави [4].

Результаты. Общие адаптационные реакции по Л.Х. Гаркави указывали на хорошую переносимость комплекса для большинства больных (реакция «тренировки» у 61,2 % и «активации» у 33,3 %). К концу лечения у больных выявлено повышение уровня гемоглобина крови при исход-

но низких его значениях (до лечения $109,8 \pm 1,8$ г/л, после лечения $117,5 \pm 2,5$ г/л при $P < 0,02$), что можно объяснить не только влиянием низкого горного климата, но и действием самого комплекса лечения. На противовоспалительный эффект терапии указывало снижение повышенного СОЭ (до лечения $15,9 \pm 1,3$ мм/ч, после лечения $12,5 \pm 1,6$ мм/ч, $P < 0,05$) и уменьшение числа больных с лейкоцитозом с 15,4 % до 4,5 %.

Под влиянием комплексного лечения у большинства больных уменьшились и исчезли боли в суставах, увеличился объем движений в них. Реже и менее интенсивны стали кардиалгии, головные боли и головокружения. Под влиянием комплекса происходила нормализация электросопротивления кожи в биологически активных точках (БАТ) коленных и тазобедренных суставов к концу лечения.

Со стороны сердечно-сосудистой системы выявлены следующие изменения. Прослеживалось уменьшение числа больных с повышенным артериальным давлением и увеличение до 45 % больных с артериальной гипотонией (до лечения у 12 %). Исследования группы больных с сопутствующей ГБ I–II ст. подтвердили хорошую переносимость лечения и снижение систолического АД на 20–30 мм рт. ст., а диастолического – на 5–7 мм рт. ст. ($P < 0,01$) без медикаментозного лечения. У больных с сопутствующей артериальной гипотонией отмечалось снижение АД и жалобы на головные боли, головокружения уже к середине лечения, что требовало назначения адаптогенов. На электрокардиограммах к середине и к концу лечения изменений у большинства пациентов не было, но у небольшого числа была отмечена отрицательная динамика (соответственно у 16 % и 21 %). У трети больных к середине лечения отмечается изменение типа гемодинамики на менее «экономный» – гиперкинетический, что свидетельствовало о дополнительной нагрузке на сердечно-сосудистую систему у небольшого количества пациентов.

Со стороны вегетативной нервной системы выявлены следующие изменения. Вегетативный индекс Кердо указывал на снижение тонуса парасимпатической нервной системы к середине и к концу лечения за счет увеличения симпатических влияний у 60 % пациентов. Индекс Хильдебранта у большинства больных показывал согласованную работу сердечно-сосудистой и дыхательной сис-

тем, лишь у небольшого количества пациентов (к середине лечения у 18,5, к концу – у 20 %) выявлена несогласованность этих систем за счет учащения пульса. Такие изменения характеризуют напряжение со стороны вегетативной нервной системы и возможность появления бальнеореакции.

Однократные исследования на рапные ванны у больных ОА и РА установили изменения показателей на 3–5 процедуре, что проявлялось увеличением частоты сердечных сокращений и дыхания. Это указывает на возможность появления бальнеореакции и напряженность физиологических систем организма.

Проведенные однократные исследования на грязевые аппликации у больных выявили учащение частоты сердечных сокращений и дыхания на 3-ю процедуру (при сохранении уровня артериального давления) и тенденцию к увеличению этих показателей после 6–9 процедур. Эти изменения подтверждают напряженность физиологических систем и возможность появления бальнеореакции у больных.

Бальнеореакции возникали у 20 % больных ОА и 50 % больных РА и в ряде случаев требовали назначения анальгетиков и противовоспалительных средств, отмены лечения на 2–3 дня.

Эффективность лечения по клинико-инструментальным показателям была следующей: с улучшением выписано 85,7 % и без перемен – 11,4 % больных с ОА; при ревматоидном артрите с улучшением выписано 57,1 % и без перемен 28 %. На хороший эффект комплекса лечения указывают и отдаленные результаты, ретроспективно оцененные за 1993–1994 гг. У 14 больных ОА сохраняемость эффекта составила $9,5 \pm 1,6$ мес, у 3 больных РА эффект длился от 3 мес до года.

Заключение. Уникальные климатические и лечебные факторы курорта «Чедер» способствовали выделению особенностей, которые отличают его от других грязевых курортов:

1. Положительный эффект от лечения больных остеоартрозом и ревматоидным артритом с сопутствующей гипертонической болезнью II стадии.
2. Повышение уровня гемоглобина у больных с исходно низкими его значениями.
3. Выявлены и противопоказания, характерные для курорта «Чедер» – это артериальная гипотония.

Литература

1. Антонюк М.В. и др. К вопросу о возможности бальнеопелоидотерапии при сердечно-сосудистой патологии // Актуальные проблемы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: Тез. докл. симпози. 18–20 мая 1994 г., «Красноярское Загорье». Красноярск, 1994. С. 5.
2. Борисенко Н.А., Пантюков М.Г., Жукова Л.В. и др. Особенности реабилитации гериатрических больных с сочетанной патологией на курорте «Озеро Учум» // Там же. С. 15.
3. Оранский И.Е. и др. Реабилитационная терапия больных ишемической болезнью сердца с сопутствующей патологией опорно-двигательного аппарата // Там же. С. 80.
4. Гаркави Л.Х. и др. Адаптационные реакции и резистентность организма. Ростов, 1979.