

## Социально-гигиеническая характеристика контингента инвалидов вследствие ишемической болезни сердца после реваскуляризации миокарда

Лысунец Е.М., Ханюкова И.Я., Танцура А.В., Ткаченко Ю.В.

**Резюме.** На основе анализа медико-экспертной документации 310 инвалидов вследствие ишемической болезни сердца после реваскуляризации миокарда описана социально-гигиеническая характеристика данного контингента. Определено, что среди данной категории инвалидов преобладают мужчины трудоспособного возраста, жители города, больше половины из которых имеют высшее образование. Большинство больных перенесли Q инфаркт миокарда. Из сопутствующей патологии, которая осложняет течение основного заболевания и отягощает состояние больного, чаще всего встречается гипертоническая болезнь и сахарный диабет. Преобладающим большинством больных признано инвалидами II группы, проведение реваскуляризации миокарда было плановым.

**Ключевые слова:** инвалидность, ишемическая болезнь сердца, реваскуляризация миокарда, социально-гигиеническая характеристика

## Social and hygienic characteristics of invalids due to coronary heart disease after myocardial revascularization

O.M.Lysunets, I.Y.Khaniukova, O.V.Tantsura, Y.V.Tkachenko

**Summary.** Based on the analysis of medical and expert documentation of 310 people with disabilities as a result of coronary artery disease after myocardial revascularization it is given the social and hygienic characteristics of the contingent are described. It is determined that this category of disabled persons is prevailed by men of working age, residents of the city, more than half of whom have higher education. Most of the patients have shifted Q myocardial infarction. Of the accompanying pathology which aggravates the course of the main disease, hypertension and diabetes occur the most often. The vast majority of patients are recognized disability group II. Myocardial revascularization was planned.

**Key words:** disability, coronary heart disease, myocardium revascularization, social and hygienic characteristics.

## РЕЗОНАНСНАЯ ХРОНОФИТОТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ УМЕРЕННОЙ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Полищук Н.А., Головаха Л.Н.

Научно-медицинский центр "Резонанс"

**Резюме.** В статье освещены вопросы лечения умеренной эссенциальной артериальной гипертензии методом резонансной хронофитотерапии (РХФТ) с учетом индивидуальных биоритмов повышения артериального давления. Показана большая эффективность РХФТ в сравнении с фармакотерапией энalapрилом малеатом и гидрохлортиазидом.

**Ключевые слова:** РХФТ, умеренная эссенциальная артериальная гипертензия, биоритмы повышения артериального давления, спечественные настойки почечных трав, фармакотерапия энalapрилом малеатом и гидрохлортиазидом.

## ВВЕДЕНИЕ

Ритмичность является важнейшим регулирующим и стабилизирующим фактором внутренней среды организма. Течение времени в живой системе осуществляется посредством т. н. биологической формы движения — биоритмов. Согласно традиционной медицине Древнего Востока — это активность и пассивность энергетических меридианов тела человека, что в современной интерпретации отвечает понятию циркадных (суточных) ритмов [4]. Существуют дневные и ночные типы суточных параметров. Дневным называется ритм при котором акрофаза (максимальное значение) параметров наблюдается в период бодрствования. Для ночного типа характерна акрофаза в период ночного сна. Максимальное уменьшение числа сердечных сокращений и снижение АД наблюдается в 2-3 часа ночи. АД систолическое минимально вечером, ночью и утром. Максимальное в 12-17 часов, что совпадает с суточной активностью катехоламинов.

У здоровых лиц эти типы биоритмов доминируют и совпадают с наибольшей трудоспособностью сердца и с акрофазой потребления кислорода [1]. Регуляторами суточного ритма АД являются сон, пробуждение, физическая активность. В общую схему биоритмов включены сетчатка глаза, эпифиз, железы внутренней секреции и рабочие органы. Биоритмы при артериальной гипертензии характеризуются низкой амплитудой и более жестким фоном параметров гемодинамики, что не выгодно для организма. В случае тяжелой артериальной гипертензии вместо ночного биоритма АД появляется две акрофазы в 6 и 18 часов. Разбалансировка параметров суточных ритмов АД и других гемодинамических параметров при смене дня и ночи, уменьшение адаптационных возможностей системы кровообращения приводит к появлению метеотропной и гелиомагнитной зависимости, которые чаще наблюдаются вечером и ночью. Амплитудная гипертензия характеризуется увеличением циркадного (суточного) ритма АД, но мезо (среднесуточный) ритм не меняется. Этот тип соответствует диагнозу мягкая и умеренная артериальная гипертензия. Мезор-гипертензия характеризуется повышением мезора биоритма, а амплитуда существенно не меняется, это соответствует понятию тяжелой гипертензии [1] т.е. степень десинхроза соответствует тяжести заболевания. Сведения о ритмичности функций организма представляют большую ценность для лечебной практики т.к. позволяют отказаться от шаблонного назначения лекарственных средств. Лечебная практика должна быть направлена на разрушение десинхроза, на восстановление параметров, которые обеспечивают нормальный хронобиологический циркадный ритм [5,6]. Установление режима лечения по синусовой схеме с учетом временного фактора функции "мишени" в значительной степени способствует снижению уровня разбалансированности параметров суточных биоритмов артериального давления.

**Цель работы:** показать преимущества перед фармакотерапией (эналаприла малеата, гидрохлортиазида) резонансной хронофитотерапии (РХФТ) — специальной медицинской технологии использования отечественных настоек трав с учетом индивидуальных особенностей variability биоритмов артериального давления при эссенциальной умеренной артериальной гипертензии.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для клинического исследования были сформированы две группы больных, страдающих умеренной эссенциальной артериальной гипертензией с обязательным исключением симптоматических гипертензий. 1 группа - 60 человек состояла из мужчин (35 чел.) и женщин (25 чел.) в возрасте 35-45 лет. Пациенты этой группы принимали резонансную хронофитотерапию. 2 группа больных с аналогичным диагнозом 20 человек существенно не отличалась по возрасту и полу (мужчин-12 чел., женщин-8чел.) принимали фармакотерапию - эналаприла малеат-10 мг, гидрохлортиазида-25 мг 1 раз в сутки независимо от времени приема пищи. Лечение в обеих группах проводилось амбулаторно в течение 30 дней. В работе использована классификация гипертонической болезни, предложенная Комитетом экспертов ВОЗ/МОГ 1999, согласно которой умеренной эссенциальной гипертензии соответствует уровень систолического артериального давления (САД)-160-179 мм.рт.ст. и диастолического артериального давления: 100-109 мм.рт.ст. Перед лечением в обеих группах проводились: сбор жалоб, анамнеза, осмотр больного, исследования сердечно-сосудистой системы, нервной системы и сосудов глазного дна, обязательный минимум данных лабораторного и инструментального исследования, необходимый для диагностики первичной артериальной гипертензии [2], измерялось артериальное давление с 6 часов утра до 24 часов вечера на протяжении 3 дней для определения индивидуального суточного ритма повышения АД пациентов. Кроме того, больным обеих групп проводился метод электропунктурной диагностики по И. Накатани-исследование риодораку (компьютерный вариант), основанного на определении электрокожного сопротивления (ЭКС) в репрезентативных точках акупунктуры для правильного воздействия на меридианы, которые находились как в "избытке" так и в "недостатке", а так же определения сроков эффективности и сроков лечения. Для диагностики патологических состояний и эффективности лечения пациентам обеих групп проводилась термография, основанная на регистрации инфракрасного излучения с поверхности кожи ллеч, ладонной поверхности кистей рук, задней и передней поверхности бедер а также стоп. В исследовании использовался отечественный тепловизор "Радуга". На период первичного исследования (7 дней) пациенты обеих групп не принимали лечения. Затем больным 1

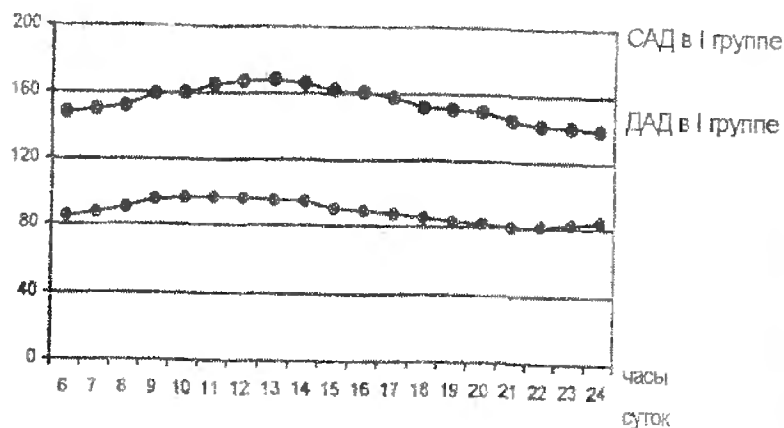
группы назначалась резонансная хронофитотерапия (РХФТ) с употреблением 1-3 иногда 4 настоек трав отечественного производства (настойки валерианы, боярышника, зверобоя, эхинацеи, мяты перечной) в каплях, один раз в день в строго определенное время. Главным действующим фактором РХФТ является особый алгоритм смены доз растительных настоек к смене приема настоек. Параметры доза-время ежедневно варьируют. Время приема лечебных настоек обусловлено физико-биологическими закономерностями, формирующими собственное время в организме (индивидуальный биоритм), а также с учетом данных обследования по И. Накатани, параметров базы данных объективного исследования при первичном осмотре, данных ежедневного мониторинга. Использовалась запатентованная компьютерная технология-пакет взаимодействующих компьютерных программ-параметров хронотерапевтического лечения, осуществляющаяся в полуавтоматическом режиме (Авт. свид. №1710056, патент Украины от 23.12. 1993 г. №3769-X11). Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики с использованием параметрических и непараметрических критериев: определение средней арифметической каждого показателя (M) среднего квадратичного и линейного отклонений, ошибки средней арифметической (m), достоверности различий сравнимых величин по статистическому t-критерию Стюдента, хи-квадрата (О.П.Минцер с соавт., 1991.) Оценка эффективности лечения проводилась по анализу жалоб, объективного статуса, параметров индивидуальной схемы РХФТ, динамики уровня АД систолического и диастолического, динамических изменений данных теста по И.Накатани, анализу термографического исследования до и после лечения в обеих группах.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Вследствие проведенного исследования получены следующие результаты. Суточный профиль максимально повышенного артериального давления относительно к индивидуальному биоритму больного, как правило, приходился на 10-14 часов (рис.1), что соответствует амплитудной, доброкачественно протекающей артериальной гипертензии. Достоверных различий в колебании уровня САД, ДАД до лечения в обеих группах в течение суток не отмечено ( $p < 0,05$ ). Динамика уровня артериального давления под влиянием проведенного лечения в 1 и 2 группах представлены в табл. 1.

Наиболее демонстративная положительная динамика уровня САД и ДАД наблюдалась в 1 группе, где проводилась РХФТ, САД снизилось с  $167, \pm 3,7$  мм.рт.ст. (до лечения) до  $132, 2 \pm 2,1$  мм.рт.ст. после лечения, ДАД соответственно  $97,23 \pm 2,3$  до  $84,3 \pm 2,1$  мм.рт.ст. Во 2 группе САД снизилось с  $165,1 \pm 4,3$  мм.рт.ст. (до лечения) до  $142,5 \pm 1,9$  мм.рт.ст. после лечения. ДАД соответственно с  $96,6 \pm 2,5$  до  $90,1 \pm 1,9$  мм.рт.ст., что несколько выше целевого уровня.

АД, мм рт. ст.



АД, мм рт. ст.

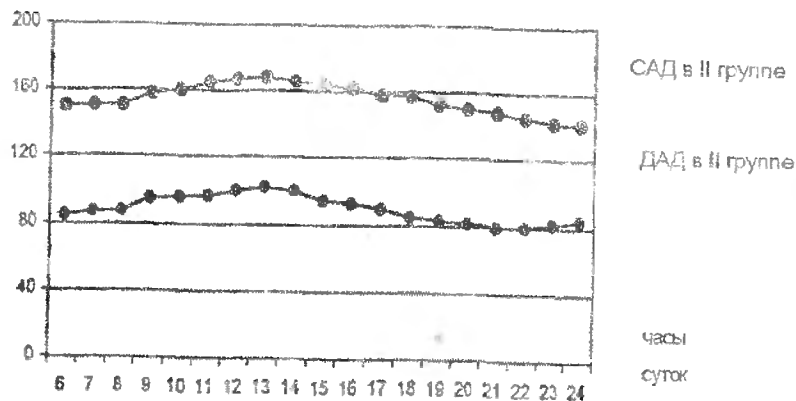


Рис. 1. Усредненный профиль суточного колебания АД до лечения в 1 и 2 группах до лечения

Данные ДАД и САД в обеих группах статистически достоверны ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,05$  соответственно). У наблюдаемых больных обеих групп электропунктурная диагностика по И.Накатани выявила угнетение, "недостаток" в меридианах перикарда (1X-сердечнососудистой-сексуальной сфере), в меридиане сердца (Y), а также тонкого кишечника (Y1). Гиперфункцию, "избыток" в меридианах печени (X11), желчного пузыря (X1) и желудка (111).

Таблица 1

Динамика уровня артериального давления (мм.рт.ст.) под влиянием проведенного лечения в 1 и 2 группах

Группы	Уровень артериального давления до лечения (мм рт. ст.)		Уровень артериального давления после лечения (мм рт. ст.)			
	Систолический	Диастолический	Систолический		Диастолический	
			M ± m	P	M ± m	P
I	167,9±3,7	97,7±2,3	132,2±2,1	<0,001	84,3±2,1	<0,001
II	165,1±4,3	96,6±2,5	142,5±1,9	<0,001	90,1±1,9	<0,05

Частота дисбаланса соответствующих меридианов у больных 1 и 2 групп представлены в табл. 2

Таблица 2

Частота дисбаланса меридианов в процессе лечения в 1 и 2 группах больных умеренной эссенциальной артериальной гипертензией

Количество дней	Меридианы, находящиеся в дисбалансе											
	IX		V		VI		XII		XI		III	
	% больных											
Группы	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
До лечения	92	91	65	68	84	82	85	83	87	86	99	91
После первой недели лечения	57	75	40	60	53	62	49	70	58	77	59	76
После второй недели лечения	21	58	19	54	20	55	18	52	19	60	22	61
После третьей недели лечения	10	40	9	37	13	47	10	41	9	42	14	46
После четвертой недели лечения	10	21	9	17	13	19	10	18	9	19	11	21

Как видно из таблицы в процессе лечения в обеих группах выявлена определенная динамика. В 1 группе, где проводилась РХФТ, нормализация состояния меридианов, которые находились в "избытке" и "недостатке" в пределах физиологического коридора у 80,1% больных произошло на 8-10 день лечения РХФТ.

Во 2 группе нормализация состояния меридианов, которые находились в "избытке" и "недостатке" в пределах физиологического коридора у 78,8% больных произошло на 14-16 день фармакотерапии. При сравнении частоты отклонений электропроводимости точек в обеих группах больных, четко прослеживалась ее зависимость от уровня АД. Уменьшение или нормализация АД приводила к уменьшению количества меридианов, находящихся в дисбалансе. Это подтвердилось термографическими данными представленными в табл. 3.

Таблица 3

Среднее значение температур на симметричных участках, изучаемых зон до и после лечения в 1 и 2 группах

Зоны конечностей	1 группа			2 группа		
	До лечения °С	После лечения °С	p	До лечения °С	После лечения °С	p
	M ± m	M ± m		M ± m	M ± m	
плече	32,2±0,18	33,6±0,17	<0,05	32,4±0,17	32,7±0,16	>0,05
кисть	29,7±0,26	32,6±0,23	<0,05	29,8±0,28	30,0±0,22	>0,05
бедро	30,0±0,19	32,5±0,16	<0,05	30,9±0,17	31,4±0,16	>0,05
стопа	29,3±0,27	31,4±0,25	<0,05	29,4±0,29	30,3±0,34	>0,05

При анализе термограмм в динамике установлено, что под влиянием РХФТ у пациентов 1 группы компенсация периферического кровообращения сопровождается нормализацией термограмм дистальных отделов рук и ног. Это проявлялось в достоверном повышении температуры на верхних и нижних конечностях в среднем на  $1,7 \pm 0,4$  градуса С ( $p < 0,05$ ) а также исчезновением симптомов "термоампутации" у 95 из 100 больных, после 30 дней лечения РХФТ.

Во 2 группе, где пациенты принимали препараты также отмечались позитивные сдвиги термографической картины с верхних и нижних конечностей. Это проявлялось в основном в повышении температуры конечностей на 0,3-0,5 градуса С. Однако эти показания по отношению к исходным оказались статистически недостоверными ( $P > 0,05$ ).

Важно отметить, что наряду с позитивными изменениями состояния больных во 2 группе наблюдались побочные действия препаратов (эналаприла малеата и гидрохлортиазида) в виде сухого кашля, дискомфорта в эпигастрии, кожного зуда. Больные 1 группы, принимавшие РХФТ, каких-либо побочных действий и аллергических реакций не отмечали.

#### Выводы

• РХФТ является эффективным методом антигипертензивной терапии. При амбулаторном лечении в течение 30 дней, в 1 группе, было достигнуто

более быстрое и стабильное снижение уровня САД и ДАД до целевого уровня у лиц, страдающих умеренной эссенциальной артериальной гипертензией по сравнению с уровнем ДАД и САД среди пациентов, принимавших препараты (эналаприла малеат и гидрохлортиазид).

• РХФТ с учетом индивидуальных особенностей variability циркадного биоритма повышения артериального давления, значительно улучшает периферическое кровообращение, что выражается в повышении кожной температуры конечностей, исчезновением симптомов "термоампутации".

• РХФТ в сравнении с фармакотерапией (эналаприл малеат 10мг, гидрохлортиазид 25мг) позволяет более быстрыми темпами достичь нормализации энергетического баланса меридианов организма у лиц страдающих умеренной эссенциальной артериальной гипертензией.

• РХФТ не вызывает аллергических реакций и не имеет побочных эффектов.

#### Литература

1. Борьба с артериальной гипертензией // Докл. Комитета экспертов ВОЗ: Пер. с англ./ Под ред. В.В. Кухарчука, А.Н. Бритова.-М., 1997.-139 с.
2. Заславская Р.М. Суточные ритмы у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.-М., 1991.-С. 43.
3. Полищук Н.А. Тайна времени или хронотерапия хронических болезней.-К.: Реферат, 2004.—96 с.
4. Самосюк И. З., Фисеико Л. И., Чухраев Н. В. и др. Руководство по рефлексотерапии. Электропунктурная диагностика Nakatani Test.-К.: А. О. «Укрпрофздравница», 1997—206 с.
5. Фактор времени в функциональной организации деятельности живых систем: Сб. науч. тр./ Под ред. Н. И. Моисеевой.— Л., 1980— 164с.
6. Хронобиология и хрономедицина: Руководство / Под ред. Ф. И. Комарова.-М.: Медицина, 1989.-399 с.

### Резонансна хронофітотерапія в практиці лікування помірної есенціальної гіпертензії

Полищук М.О., Головаха Л.М.

**Резюме.** В роботі наведені дані лікування помірної есенціальної артеріальної гіпертензії за методикою спеціальної медичної технології «Резонансна хронофітотерапія» (СМТ РХФТ) з урахуванням індивідуальних біоритмів підвищення артеріального тиску. Доведено більшу ефективність РХФТ ніж фармакотерапія еналаприлом малеатом і гідрохлортиазидом.

**Ключові слова:** РХФТ, помірна есенціальна артеріальна гіпертензія, біоритми підвищення артеріального тиску, настоянки вітчизняних лікарських трав, фармакотерапія еналаприлом малеатом і гідрохлортиазидом.