

ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ФСС РФ «КЛЮЧИ»

Аксенов А.Л., директор, **Гриднева Т.Д.**, доктор мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Ключи», г. Томск

Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации ФСС РФ «Ключи» является современным лечебно-оздоровительным комплексом. Он расположен в живописной местности в 7 км от г. Томска в окружении величественного сибирского леса с необыкновенно чистым, наполненным удивительными ароматами воздухом и дивной тишиной, которые являются одними из основных лечебных факторов.

Центр реабилитации «Ключи» открыт в марте 2000 года, построен на месте монастырской заимки, где с 1898 года стояла деревянная церковь Иоанно-Предтеченского женского монастыря в честь иконы Божьей Матери «Достоинство есть». На территории монастыря били ключи с родниковой, целебной, как считали в народе, водой, за которой ходили жители окрестных деревень и Томска. Этим целебным ключам и обязан Центр своим названием, который сначала был домом отдыха «Ключи», а затем стал Центром реабилитации.

До настоящего времени два ключа родниковой воды находятся на территории Центра. Здесь организована охранная зона и по-прежнему жители г. Томска приезжают сюда за ключевой водой. Вода родника «Ключи», как и скважинная (№ 3 и № 4), обеспечивающая жизнедеятельность Центра, является минеральной лечебно-столовой питьевой водой, по минерализации и составу относящейся к слабоминерализованным (0,6 г/дм³), гидрокарбонатным магниево-кальциевым водам со слабощелочной реакцией водной среды. Из биологически активных компонентов в подземной воде скважины имеется метакремниевая кислота 36,0 мг/дм³. По данным исследований, проведенных Центром совместно с научно-исследовательскими учреждениями г. Томска и г. Новосибирска, вода обладает уникальными свойствами, снижающими уровень холестерина, глюкозы в крови, оказывает защитное действие на слизистую желудка.

Природным фактором является и привозная сапропелевая (сульфидно-иловая) грязь озера Кирек Томской области, которая относится к уникальным биоэнергетическим природным продуктам, образовавшимся в результате анаэробного разложения остатков флоры и фауны под защитным слоем



воды от 1 до 3 м в экологически чистой местности Томской области. Состав сапропелевых грязей сложен. Его основу составляют соли кальция, магния, железа, цинка и др. (до 50 микроэлементов), аминокислоты, ненасыщенные жирные кислоты, фосфолипиды, витамины и др. Уровень кислотно-щелочного баланса сапропели близок к идеальному pH кожи человека (5,5–6,05). Кроме воздействия химического и теплового факторов имеется и информационное воздействие сапропеля на организм аккумулированной энергией первозданной природы. Эта энергия накапливалась в грязях тысячелетиями, поэтому их целебное действие ощутимо уже после первых процедур.

Основной вид деятельности Центра – реабилитация застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве (в ранние и поздние сроки) и профессиональных заболеваний. Центр традиционно работает по заключенным договорам с региональными отделениями ФСС РФ (Томск, Кемерово, Барнаул, Новосибирск, Красноярск, Иркутск, Забайкальское РО, Республика Бурятия).

Авторитет здравницы опирается на современную лечебно-диагностическую базу, высококвалифицированный персонал, передовые и оригинальные технологии и методы лечения. Из






20 врачей Центра 1 – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, 8 кандидатов медицинских наук, 12 врачей имеют высшую квалификационную категорию, 1 – первую. Из 48 медсестер 14 имеют высшую квалификационную категорию, 9 – первую (18,8%), 2 – вторую квалификационную категорию.

Лечебные подразделения (водолечебница, кабинеты аппаратной физиотерапии и др.) отличает необычный стиль и отделка, ухоженность и комфорт, что позволяет пациентам максимально расслабиться и сменить напряженный ритм жизни на лечебно-оздоровительный режим, способствующий восстановлению нарушенных функций организма. Для каждого больного лечащий врач разрабатывает индивидуальную программу режима, диеты, лечебно-оздоровительных процедур (в рамках предусмотренных стандартов санаторно-курортной помощи, утвержденных Минздравсоцразвития России в 2004 году). В Центре имеются все виды традиционного бальнеофизиотерапевтического воздействия и современные высокотехнологические методы воздействия, в том числе и с биологической обратной связью.

Центр реабилитации «Ключи» работает в тесном контакте с Новосибирской государственной медицинской академией (кафедра профпатологии), ФГБУ НИИ кардиологии СО РАМН, Томским государственным университетом. По результатам выполненных научно-исследовательских работ написаны и утверждены МЗ и СР РФ пособия для врачей «Реабилитация больных ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда», «Дифференцированное питьевое назначение лечебно-столовой минеральной воды «Ключи», подготовлено к утверждению пособие по лечению больных вибрационной болезнью.

Внедрение высокотехнологичной физиотерапевтической помощи позволяет повысить эффективность реабилитации, улучшить качество жизни, социальной адаптации и увеличить уровень удовлетворенности лечением пациентов в ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Ключи». 

Адрес:
634526, Томская обл., Томский р-н, пос. Ключи.
Тел.: (382-2) 922-031, факс 922-031.
E-mail: kluchi@mail,
tomsknet.ru.



РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ИЛИ ОПЕРАЦИЮ НА КОРОНАРНЫХ СОСУДАХ

Гриднева Т.Д., доктор мед. наук, профессор, Заслуженный врач РФ, **Олейникова С.В.**, **Панфилова Е.В.**, **Панафидин А.В.**, **Гавриленко Т.Г.**, **Хасанова Л.С.**, ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Ключи», г. Томск

В ряду достижений кардиологии в XX веке, безусловно, следует назвать кардиологическую реабилитацию. Идея ранней активизации больных с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями впервые была выдвинута P.D.White вскоре после второй мировой войны.

Первый успешный клинический опыт реабилитации больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) принадлежит S.Levine и B.Lowm, а системная разработка основ практических рекомендаций по поэтапному выполнению задач по различным аспектам реабилитации была осуществлена A.Helltrstein в рамках соответствующей программы ВОЗ. С начала шестидесятых годов прошлого века начинается активное внедрение новой идеи ранней активизации больных ОИМ с последующим поддержанием ими устойчивой физической активности на протяжении жизни. Внедрение этих концепций в практическую медицину привело к резкому снижению инвалидизации больных после ОИМ, быстрому преодолению у них психологических расстройств в связи с болезнью, улучшению качества жизни.

В нашей стране активное внедрение комплексной поэтапной реабилитации (стационар-санаторий-поликлиника) на государственном уровне произошло в восьмидесятые годы прошлого столетия, однако в первые годы перестройки отмечался резкий спад научных исследований и фактический развал кардиологической реабилитации. Его удалось преодолеть к середине девяностых годов. Если рассматривать реабилитацию с широких позиций, то она представляет собой комплекс мероприятий медицинского, физического, психологического и профессионального характера, направленных на максимально возможное восстановление духовных и физических сил больного, позволяющих ему стать полноправным членом семьи и общества. Эта цель достигается, с одной стороны, посредством выявления резервных возможностей организма, а с другой – стимуляцией компенсаторных механизмов, что в конечном итоге позволяет занять больному подобающее место в жизни.

Материалы большинства популяционных исследований свидетельствуют о том, что сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются основной проблемой в деятельности медицинских и социальных учреждений промышленно-

развитых стран мира в связи с высокой заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью при данной патологии. Несмотря на появление новых, зачастую сложных, трудоемких и дорогостоящих методов лечения, существенного прогресса в плане увеличения продолжительности жизни больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, в России не произошло.

В связи с этим возникает вопрос о необходимости проведения высокоэффективного восстановительного лечения после перенесенных острых состояний (инфаркт миокарда, операция АКШ, ЧТКА и стентирование) на II этапе реабилитации и создании действующей в реальной жизни системы вторичной профилактики с использованием немедикаментозных методов лечения на III поликлиническом этапе.

Реабилитация больных ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших ОИМ или оперативное лечение, сложный и многокомпонентный процесс, включающий изменения клинического, физиологического, социально-психологического, профессионального характера. Реабилитационные мероприятия должны начинаться с момента госпитализации больного ОИМ в блоке интенсивной терапии и проводиться поэтапно (стационар, санаторий, поликлиника). Существенным условием для достижения высокой эффективности восстановительного лечения на всех этапах является его индивидуальный характер в зависимости от тяжести перенесенного ОИМ, объема оперативного лечения, наличия осложнений, функционального класса, нарушений ритма, типов гемодинамики, особенностей психопатологического статуса, сопутствующих заболеваний. Основой индивидуального выбора тактики лечения являются синдромо-патогенетический и клинико-функциональный подходы.

В настоящем сообщении представлены результаты более чем 10-летних исследований по научному обоснованию и разработке индивидуальных программ санаторно-курортного этапа реабилитации, проводимого в Центре реабилитации ФСС РФ «Ключи». За эти годы медицинскую реабилитацию здесь прошли около 7000 человек с сердечно-сосудистыми заболеваниями. По данным проведенных исследований, сроки временной нетрудоспособности после долечивания данной категории пациентов сокращаются в 1,5–2,0 раза. По расчетным данным, экономия средств социального страхования при долечивании только после ОИМ составляет 434,0–579,0 млн. рублей в год.

Была изучена эффективность ранней реабилитации больных ИБС, перенесших операцию АКШ или ЧТКА и стентирования, с использованием комплексов фармакофизиотерапевтического лечения, назначаемых индивидуально, в зависимости от ведущего клинического синдрома и особенностей лечения на госпитальном этапе.

В исследование были включены 634 больных, поступивших на 14–16 сутки из ФГБУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН. Из них 73% перенесли ОИМ различной локализации, 61% больных было III функционального класса (ФК), 24% – IV ФК, 47% – с нарушением ритма I–IV А градаций по B. Lowm, M. Wolf, с сердечной недостаточностью I–II А ст. Все боль-



ные – мужчины, средний возраст – $53,6 \pm 1,3$ лет. Давность ИБС составила от 6 месяцев до 11 лет. Пациенты были рандомизированы в 18 групп, отличающихся лишь по назначаемым методам лечения. Из исследования было 14,8% больных (251 человек) по причинам: ухудшение состояния, досрочная выписка, независящая от состояния здоровья.

До и после лечения изучались показатели антиоксидантной активности крови, липидный спектр, ЭКГ, ЭхоКГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, ВЭМ (по показаниям). Соответственно характеру кардиальной патологии пациенты получали разработанные нами комплексы лечения (один из 10 вариантов), подобранные в зависимости от особенностей течения заболевания.

Основу программы восстановительного лечения составляла лечебная физкультура, велотренировки, дозированная ходьба, которая проводилась по разработанному в Центре терренкурам. Реабилитационные комплексы включали: медикаментозное лечение, рекомендованное при выписке из клиники ФГБУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН (нитраты пролонгированного действия, бета-блокаторы, антагонисты Са, статины, антиагрегатную терапию и т.д.), физиотерапевтические процедуры (электрофорез аминазина, лазеротерапию, магнитолазерную терапию, КВЧ-терапию), сухие углекислые ванны, гипокситерапию, озонотерапию, ручной массаж по показаниям, психотерапию, фитотерапию, во второй половине реабилитационного курса лечебное плавание в бассейне по показаниям.

Ведущая роль физической активации в фазе выздоровления определяется тем, что в процессе длительного применения лекарственных препаратов (как до возникновения ОИМ, так и в его острой фазе) у больных снижается чувствительность рецепторов к ним. В этой связи необходимо обеспечить правильное сочетание медикаментов с физическими факторами в целях возможного уменьшения фармакологической нагрузки на организм в одних случаях и усиления ее в других с помощью физических лечебных факторов при снижении толерантности к антиангинальным препаратам.

Оптимизация восстановительного лечения осуществлялась путем изменения локализации воздействия физиопроцедур, их расстановки в зависимости от реакции организма на проводимое лечение (критериями переносимости процедур являлись состояние электрической и сократительной активности сердца, ИРС и адаптации, уровень реактивной тревожности и т.д.), что позволяло реализовать индивидуальный подход к лечению.

В данном сообщении мы представляем анализ результатов лечения пациентов, получавших комплексы с включением КВЧ- и МЛТ-терапии. Выявлено, что у этих групп пациентов улучшилось клиническое состояние: уменьшилось среднее количество эпизодов болевой и немой ишемии миокарда за сутки на 53,2 и 42,3% соответственно; антиаритмический эффект проявился в достоверном снижении общего количества желудочковых экстрасистол за сутки на 32,3% у пациентов 1-й группы, и на 20,1% – во 2-й группе. Улучшилась внутрисердечная гемодинамика. Фракция выброса повысилась к окончанию лечения у больных 1-й и 2-й групп на 8,3% и 6,3% соответственно. Однако костномышечный болевой синдром в более ранние сроки (на 3–4 процедуру) уменьшился в группе пациентов, лечившихся комплексом с включением КВЧ-терапии.

У пациентов, получавших «плацебо» (3–4 группы) значимой динамики изучаемых показателей выявлено не было. Вероятным механизмом более выраженного обезболива-



ющего и противовоспалительного, антиишемического и антиаритмического действия при КВЧ-терапии можно считать установленные и клинически подтвержденные эффекты, связанные с улучшением трофики тканей, активации опиоидных рецепторов и блокадой процессов перекисного окисления липидов. Изменения в системе адаптивных гормонов (кортизол, инсулина и кортизол/инсулинового индекса) являются важными в оценке состояния компенсаторно-приспособительных реакций. У пациентов, принимавших КВЧ- и МЛТ-терапию отмечалось прогрессивное снижение уровня кортизола с имеющими место всплесками повышения уровня кортизола на 3–6 процедуру, наиболее выраженное под влиянием МЛТ. Кортизол/инсулиновый индекс напряжения адаптивных реакций постепенно снижался статистически значимо у больных под влиянием МЛТ. Следовательно, воздействие как КВЧ, так и МЛТ оказывало слабое стрессорное воздействие, наиболее выраженное под влиянием МЛТ, что является адаптивно-функциональной терапией, направленной на стимуляцию адаптивно-компенсаторных процессов. Статистически значимая положительная динамика клинических и электрофизиологических показателей позволила снизить у пациентов 1-й и 2-й групп со второй половины лечения принимаемую дозу нитратов пролонгированного действия на 20–24% в сутки, бета-адреноблокаторов – на 14–19%.

Эффективность разработанных фармакофизиотерапевтических комплексов реабилитации больных ОИМ зависит от степени индивидуализации их назначения. При недифференцированном подходе непосредственная эффективность лечения составляет в среднем 63%, а сохранность терапевтического эффекта – 5,0 месяцев. При индивидуализованном назначении непосредственная эффективность составляет 83% с продолжительностью эффекта до 7 месяцев. Разработанные комплексы восстановительного лечения для больных, перенесших хирургическое лечение ИБС, включающие КВЧ-воздействие с индивидуальным подбором частот, сухие углекислые ванны, гипокситерапию позволяют увеличить эффективность до 92%. Эффективность ранней активации и последовательного назначения преформированных физических факторов подтверждается (по сравнению с группой контроля) уменьшением на 9,7% повторных ИМ и на 13,5% повторных госпитализаций, обусловленных обострением ИБС, и на 8,0% количества летальных исходов.

Таким образом, в результате повышения эффективности данного вида восстановительного лечения увеличивается количество больных, возвращающихся к активному труду, сокращаются расходы государства на долгосрочные социальные выплаты по инвалидности. [5]