

ВИКОРИСТАННЯ АКУПРЕСУРИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Л. С. Бабінець, У. М. Яковлєва

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
ННІ медсестринства*

У статті доведено, що включення курсу акупресури з 10 сеансів за гальмівним методом до комплексного лікування хворих на гіпертонічну хворобу сприяло достовірному підвищенню його ефективності за показниками систолічного та діастолічного артеріального тиску, пульсу, а також параметрами кардіалгії (за візуальною аналоговою шкалою у балах) і порогу больової чутливості (визначеного за допомогою колориметра Харді-Вольфа-Гудела у мА).

THE USE OF ACUPRESSURE IN THE COMPLEX TREATMENT OF HYPERTENSION IN NURSING PRACTICE

L. S. Babinets U. M. Yakovlieva

*Ternopil State Medical University, by I. Ya. Horbachevsky
Institute of Nursing*

It is proved in the article, that inclusion of course of acupressure from 10 sessions by sedative method in complex medical treatment of patients with hypertensive disease resulted in the reliable increase of his efficiency on the indexes of systole and diastole arterial pressure, pulse, and also on the parameters of cardialgia (on a visual analog scale in marks) and threshold of pain sensitiveness (certain by Hardi-Volf-Gudel kolorimetr in mA).

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) – найпоширеніше хронічне захворювання людини. У 2007 році в Україні офіційно зареєстровано понад 11 млн хворих на АГ [1, 4]. Сьогодні 93 % всіх випадків АГ припадає на есенціальну АГ, тобто гіпертонічну хворобу (ГХ). ГХ – одне з надзвичайно поширене захворювання, від якого страждає близько 30 % дорослого населення України. Підвищення артеріального тиску (АТ) залишається основним чинником розвитку серцево-судинних та судинно-мозкових ускладнень, які протягом останніх років є основною причиною смерті в багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні [2, 4]. Значна кількість ускладнень, матеріальні втрати через непрацездатність і високий рівень смертності зумовлюють актуальність проблеми адекватного лікування АГ і роблять його

одним з основних методів профілактики серцево-судинної захворюваності та ускладнень [3, 7].

Основною метою лікування хворих із АГ є максимальне зниження ризику розвитку серцево-судинних подій, захворюваності і смертності [2, 7]. Для досягнення цієї мети першочерговим завданням у лікуванні пацієнтів із ГХ вважається досягнення цільового рівня АТ, тобто такого, при якому ризик серцево-судинних ускладнень (інфаркт міокарда, інсульт) зводиться до мінімуму. Доцільним вважається зниження АТ нижче рівня 140/90 мм. рт. ст., у пацієнтів із супутнім цукровим діабетом або з високим та дуже високим ризиком фатальних серцево-судинних подій за шкалою SCORE - нижче 130/80 мм рт. ст. при захворюваннях нирок та протейіурії цільовим є рівень АТ 125/75 мм рт. ст. [5, 7]. Для зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень та досягнення цільового АТ важли-

вою є зміна стилю життя пацієнта, яка передбачає відмову від куріння, зниження маси тіла при її надлишку, обмеження надмірного вживання алкоголю, забезпечення регулярного адекватного фізичного навантаження, збагачення щоденного раціону свіжими фруктами та овочами, обмеження вживання кухонної солі та продуктів із високим вмістом насичених жирів. Важливим компонентом антигіпертензивної лікувальної програми є адекватне призначення терапії антигіпертензивними базисними препаратами [2]. Проте досягти цільових рівнів АТ вдається нечасто. У Франції та США спостерігали найвищий відсоток досягнення цільового АТ – приблизно 33 та 27 % відповідно. У більшості країн цей показник коливається від 5 до 20 %. В Україні цільового рівня АТ досягають у 19 % пацієнтів – міщан і тільки у 8 % хворих на АГ, які мешкають у сільській місцевості [3, 7]. Часто причиною цього є низька прихильність пацієнтів до призначеного лікування. Всі вищеперераховані факти щодо недостатньої ефективності медикаментозного лікування АГ надихають лікарів і науковців на пошук додаткових методів терапії, серед яких все частіше рекомендують рефлексотерапевтичні методики (РТ), зокрема класичну акупунктуру, акупресуру (АП), багатоголчасту різнометалеву поверхневу аплікацію та ін. [2, 6]. Середній медичний персонал бере активну участь у впровадженні неінвазивних методів РТ, зокрема АП у хворих на ГХ. Медична сестра забезпечує хворому на ГХ емоційний спокій, а також вимірює рівень АТ і частоту пульсу.

Сьогодні багато науковців працюють над вивченням доцільності застосування РТ у лікуванні ГХ. Результати досліджень підтверджують позитивний вплив РТ на процеси регуляції кровообігу та мікроциркуляції в організмі людини. Спостерігається зменшення концентрації стресових гормонів у крові (адренкортикотропного, соматотропного, кортизолу та альдостерону) під дією РТ, що призводить до вазодилатації. Іншим механізмом позитивного впливу РТ на стан судинної стінки та мікроциркуляції можна вважати зниження рівня нейротензину та збільшення рівня β -ендорфіну [8]. Існує ряд наукових праць, в яких підтверджено регулюючий вплив на рівень АТ та загальний стан пацієнтів класичної акупунктури, аурікулопунктури, кріопунктури [9]. Отримані різними вченими результати вивчення ефективності застосування РТ як монотерапії АГ I-II стадії

є суперечливими і не завжди достовірними [2, 8]. Проте лише у двох дослідженнях із усіх, знайдених нами, порівнювали ефективність застосування поєднання голкотерапії та медикаментозного лікування АГ із ефективністю комбінації медикаментозної терапії із плацебо-голковолюванням. У обох дослідженнях отримано достовірне зниження АТ у дослідній групі. Так, німецькі дослідники F. Flachskampf, J. Gallasch та інші спостерігали зниження денного систолічного АТ (САТ) на 7 мм рт. ст. і ДАТ на 3 мм рт. ст., а також добового САТ на 5 мм рт. ст. і діастолічного АТ (ДАТ) на 3 мм рт. ст. після 6 тижнів комбінованого лікування порівняно із групою пацієнтів, які отримували медикаменти і плацебо-голковолювання [8]. В іншому дослідженні такого ж дизайну, проведеного корейськими науковцями С. Yin, В. Seo та іншими, було виявлено зниження САТ на 15 мм рт. ст., а ДАТ – на 7 мм рт. ст. у дослідній групі через 8 тижнів лікування [9]. Отже, вищезазначені механізми дії РТ та результати рандомізованих плацебоконтрольованих досліджень обґрунтовують доцільність її застосування в комплексному лікуванні хворих із ГХ для покращення ефективності лікування та якості життя пацієнтів. Стосовно АП глибоких наукових робіт не було знайдено, що спонукало до проведення даного дослідження.

Основна частина. Мета дослідження – вивчити ефективність включення курсу акупресури в комплексне лікування хворих на ГХ на основі аналізу динаміки рівнів АТ, пульсу, кардіалгічного синдрому і показника порогу больової чутливості.

Об'єктом дослідження обрано 45 хворих на ГХ, які проходили лікування в денному стаціонарі Центру первинної медико-санітарної допомоги, створеного на базі Тернопільської міської клінічної лікарні № 2 на засадах сімейної медицини. Середній вік хворих склав $(45,6 \pm 8,3)$ року; жінок було 33, чоловіків – 12. До дослідження увійшли пацієнти з ГХ I-II стадії, I ступеня. Діагноз ГХ, ступінь і стадію встановлювали відповідно до рекомендацій асоціації кардіологів України та Європейської асоціації кардіологів [4, 5, 7]. САТ і ДАТ вимірювали перед процедурою в один і той час. Вимірювання АТ проводили сфігмоманометром за методом Короткова. Вимір АТ завжди проводили на двох руках по два рази з інтервалом у дві хвилини, якщо величини АТ не різнились більше 5 мм рт. ст. При наявності більшої

різниці між отриманими величинами проводили третє вимірювання та обчислювали середнє значення із двох або трьох послідовних вимірювань. Частоту серцевих скорочень визначали після другого вимірювання [6]. Всі хворі до початку РТ лікування отримували стандартне антигіпертензивне комплексне лікування протягом не менше 2 тижнів, частіше у вигляді монотерапії або не більше двох базисних препаратів у загальноприйнятих дозах, а також виконували рекомендації щодо профілактики факторів ризику щодо АГ. Однак цільового рівня АТ досягти не вдалося. Для підсилення комплексного лікування включали комплекс АП з 10 сеансів за гальмівним методом з використанням загальноприйнятих у РТ точок акупунктури: Т20, Vb20-21, V10-15, Gi15, I14-15, F14, Gi4, 11, Mc6, C7, E36, E44, Vb30, F2-3, Rp6, R2, T4, V25 та ін.

Кардіалгічний синдром визначали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) за 10-бальною системою. Для визначення рівня чутливості до болю

використовували колориметр Харді-Вольфа-Гудела, який визначає поріг больової чутливості у випробуваного за появою відчуття болю під впливом індукційного струму. На мізинець наклали електрод і включали струм різної сили. З огляду на те, що сила струму може бути легко дозованою, нескладно встановити поріг больового відчуття. Тому поширеним больовим подразником у багатьох експериментальних лабораторіях світу є електричний струм. Подразнення електричним струмом тривало 10 мс, напруга струму становила 28 В. Поріг больового відчуття визначали за силою струму у мА, при якій пацієнт починав відчувати больовий подразник. Визначення порогового відчуття проводили двічі - до і після процедури АП.

Хворих на ГХ поділили за кількістю отриманих процедур АП для визначення ефективності не тільки методу у цілому, але й для визначення ефективності залежно від кількості виконаних процедур (дані у табл. 1).

Таблиця 1. Аналіз клінічних та інструментальних параметрів хворих на ГХ під впливом комплексного лікування з включенням АП

Показник	Група контролю n=20	Групи порівняння					
		1-4 сеанс n=15		5-7 сеанс n=15		8-10 сеанс n=15	
		1 ¹	2	1	2	1	2
САТ, мм рт.ст.	112,5±15,1	146,1±11,2	137,1±9,1	142,0±7,4	129,5±5,2*	125,9±6,2 ²	113,6±5,4* ³
ДАТ, мм рт.ст.	72,0±11,1	89,3±11,3	81,9±9,3	83,4±7,2	72,7±9,3	83,2±4,1	69,3±5,1* ³
Пульс, хв	72,0±12,3	88,4±6,1	72,5±7,2*	87,9±4,7	72,0±7,5*	79,0±8,1	70,3±5,2 ³
Поріг болю, мА	121,6±21,0	45,4±12,1	66,9±8,2*	55,1±10,0	90,6±6,3* ⁴	69,2±12,2 ²	110,1±8,5* ³
Кардіалгія ВАШ, бали	0	7,0±0,5	5,1±0,4*	6,6±0,4	4,2±0,2* ⁴	4,0±0,3* ²	2,3±0,2* ³

Примітки: ¹ – до лікування; 2 – після лікування;

* – достовірність різниць показників після лікування стосовно таких до лікування своєї групи (p<0,05);

² – достовірність різниць показників до лікування групи 8–10 сеанс стосовно таких до лікування групи 1-4 сеанс (p<0,05);

³ – достовірність різниць показників після лікування групи 8–10 сеанс стосовно таких після лікування груп 1–4 та 5–7 сеанс (p<0,05);

⁴ – достовірність різниць показників після лікування групи 5–7 сеанс стосовно таких після лікування групи 1–4 сеанс (p<0,05).

Проведений аналіз показав, що проведення АП достовірно покращувало всі досліджувані параметри хворих на ГХ, особливо починаючи з 5 сеансу. Спостерігали тенденцію до покращення, починаючи вже з 1 сеансу. Показник ДАТ був торпіднішим у процесі лікування, однак у групі 8–10 сеанс позитивна динаміка ДАТ була статистично достовірною. Поріг больової чутливості

достовірно підвищувався після проведеного рефлексотерапевтичного лікування в усіх групах після кожного сеансу, а також від сеансу до сеансу. Таким чином, тривалість курсу є значимим показником для досягнення повної ефективності, а у групі хворих на ГХ, яка отримала 8-10 сеансів процедур, було констатовано наближення до показника порогу болю групи молодих здоро-

вих людей (контроль). Це показово підтверджувалося позитивною динамікою кардіалгічного синдрому за 10-бальною шкалою ВАШ після кожного сеансу та із збільшенням тривалості курсу рефлексотерапевтичного комплексу лікування.

Проведення кореляційно-регресійного аналізу між показниками кардіалгії (за ВАШ у балах) і порогу больової чутливості (у мА) засвідчило наявність достовірної значної сили обернено пропорційного зв'язку між ними ($r = -0,59 \pm 0,11$; $p < 0,05$). Це свідчить про достовірну ефективність включення курсу АП до комплексного лікування хворих на ГХ I-II стадії за запропонованою методикою і дозволяє рекомендувати ширше використання АП у таких пацієнтів в умовах сімейної медицини.

Висновки. 1. Включення курсу акупресури з 10 сеансів за гальмівним методом до комплекс-

ного лікування хворих на гіпертонічну хворобу приводило до достовірного підвищення його ефективності за показниками систолічного та діастолічного артеріального тиску, пульсу, а також за параметрами кардіалгії (за ВАШ у балах) і порогу больової чутливості (визначеного за допомогою колориметра Харді-Вольфа-Гудела у мА).

2. Доведено достовірну ефективність запропонованого лікування після 5 сеансу із досягненням цільового рівня артеріального тиску і пульсу, а також з підвищенням рівня порогу больової чутливості до показника здорових людей.

У перспективі подальших досліджень вважаємо за доцільне проводити подальше обґрунтування застосування рефлексотерапевтичних методів у комплексній терапії ГХ та інших захворювань у практиці сімейного лікаря.

ЛІТЕРАТУРА

1. Коваленко В. М. Реалізація програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / М. Коваленко, Ю. М. Сіренко, А. П. Дорогой // Український кардіологічний журнал. – 2010. – № 1 (додатковий).

2. Радченко Г. Д. Якість життя в пацієнтів з м'якою та помірною артеріальною гіпертензією. Зміни під впливом антигіпертензивного лікування / Г. Д. Радченко, Ю. М. Сіренко // Укр. кардіол. журнал. – 2008. – № 1. – С. 42–50.

3. Редько М. Актуальные вопросы диагностики и лечения артериальной гипертензии / М. Редько // Укр. мед. часопис – 2008. – № 2 (64). – С. 43–49.

4. Робоча група з артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів. Рекомендації української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії [4-те вид., виправлене і доповнене]. – Київ, 2008. – 86 с.

5. Сіренко Ю. М. Классификация, диагностика и стратификация риска при артериальной гипертензии / Ю. М. Сіренко // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 12. – С. 25–26.

6. Яковлева О. О. Особенности психофизиологических функций при гипертонической хворобі / О. О. Яковлева, А. В. Новосад // Вісник ВНМУ. – 2007. – Т. 11, № 2 (2). – С. 818.

7. Guidelines Committee. 2007 European Society of Hypertension — European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. – 2007. – № 25. – P. 1101–1187.

8. Randomized trial of acupuncture to lower blood pressure / F. A. Flachskampf, J. 8. Gallasch, O. Gefeller [et al.] // Circulation. – 2007. – № 115. – P. 3121–3129.

9. Acupuncture, a promising adjunctive therapy for essential hypertension: a double-blind, randomized, controlled trial / C. Yin, B. Seo, H. J. Park [et al.] // Neurol. Res. 2007. – № 29. – P. 98–103.