

ОТКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА»

ФИЛИАЛ «САНАТОРИЙ «РАДОН» ОАО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА»

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Сборник научно-практических работ,
посвящённых 40-летию ОАО «Белагроздравница» и
25-летию филиала «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница»*

Гродно
ГрГМУ
2020

УДК 615.8:005.745(06)(476.6)

ББК 53.54(4Бен)я431

А43

Рекомендовано редакционно-издательским советом ГрГМУ (протокол № 12 от 12.09.2019).

Редакционная коллегия: председатель наблюдательного совета

ОАО «Белагроздравница» И. Ф. Аверченко;
ректор ГрГМУ, д-р мед. наук, проф.,
член-корр. НАН Беларуси В. А. Снежицкий;
зам. генерального директора ОАО «Белагроздравница»
(по медицинской работе и питанию) В. А. Пономарёв;
главный врач ОАО «Белагроздравница»
филиала «Санаторий «Радон» Л. Г. Карпишевич;
проф. каф. медицинской реабилитации ГрГМУ,
д-р мед. наук Л. А. Пирогова (отв. редактор).

Рецензенты: проректор по научной работе ГрГМУ,
д-р мед. наук, проф. С. Б. Вольф;
зав. каф. неврологии и нейрохирургии ГрГМУ,
д-р мед. наук, проф. С. Д. Кулеш.

А43 **Актуальные** проблемы санаторно-курортного лечения :
сборник научно-практических работ, посвящённых 40-летию
ОАО «Белагроздравница» и 25-летию филиала «Санаторий «Радон»
ОАО «Белагроздравница» / отв. ред. Л.А. Пирогова. – Гродно :
ГрГМУ, 2019. – 276 с.
ISBN 978-985-595-225-2.

В сборнике отражены результаты научных исследований и практической деятельности санаторных учреждений и организаций здравоохранения по проблемам санаторно-курортной терапии, медицинской реабилитации и оздоровления.

Опубликованные материалы представляют научный и практический интерес для специалистов в области проблем санаторного лечения, реабилитации, физиотерапии, кинезотерапии и оздоровления взрослых и детей.

УДК 615.8:005.745(06)(476.6)
ББК 53.54(4Бен)я431

ВВЕДЕНИЕ

Уважаемые друзья!



Сердечно приглашаем Вас на санаторно-курортное лечение и оздоровление в санатории открытого акционерного общества «Белагроздравница».

Главной задачей нашей организации является, оказание высоко квалифицированной, специализированной санаторно-курортной и реабилитационной помощи жителям Республики Беларусь, а также ближнего и дальнего зарубежья на основе использования имеющихся в наших здравницах уникальных для Беларуси природных и преформированных лечебных факторов.

Основными принципами в работе для нас является: профессиональная компетентность, радушие персонала, первоклассный сервис. Мы стремимся к самому главному — оправдать доверие и надежды тех людей, которые обращаются к нам.

С уважением,
Председатель наблюдательного совета открытого
акционерного общества «Белагроздравница»
Иван Федорович Аверченко

В 2019 году мы отметили 40-летие открытого акционерного общества «Белагроздравница» и 25-летие филиала «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница». Пройден большой путь, сделано много для развития материально-технической базы филиалов, совершенствования лечебно-диагностической базы, внедрения в практику работы современных медицинских и оздоровительных технологий.

Открытое акционерное общество «Белагроздравница» сегодня — это динамично развивающееся предприятие. Более 40 лет санатории ОАО «Белагроздравница» предлагают свои услуги по оздоровлению и санаторно-курортному лечению жителям Республики Беларусь, а также ближнего и дальнего зарубежья. Ежегодно в санаторных учреждениях ОАО «Белагроздравница» проходят санаторно-курортное лечение более 50 тысяч детей и взрослых, в том числе граждане ближнего и дальнего зарубежья, кроме этого в рамках программы Союзного государства в наших санаториях проходят санаторно-курортное лечение и оздоровление более тысяч детей и взрослых из регионов России и Беларуси.

В состав открытого акционерного общества «Белагроздравница» входят следующие филиалы: «Санаторий «Радон», «Санаторий «Сосновый бор», «Санаторий «Поречье», «Санаторий «Рассвет-Любань», «Детский санаторий «Солнышко», «Детский санаторий «Случь», «Детский санаторий «Налибокская пуца» и «Детский санаторий «Росинка». На базах филиалов: «Санаторий «Поречье», «Санаторий «Рассвет-Любань», «Детский санаторий «Солнышко», «Детский санаторий «Росинка» и «Детский санаторий «Случь» функционируют отделения для родителей с детьми «Мать и дитя». В филиале «Санаторий «Радон» организовано детское отделение «Боровичок».

С 2008 года санатории ОАО «Белагроздравница», является победителями в Республиканском конкурсе, проводимом Республиканским центром по оздоровлению и санаторно-курортному лечению за высокие показатели по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения.

Филиал «Санаторий «Радон» за качественное оказание услуг по

оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения с 2011 года признан лучшим в номинации «Санаторий № 1 2018 года» на международном конкурсе «Выбор года» и «Бренд года» с получением серебряных и золотых медалей.

В ОАО «Белагроздравница» большое внимание уделяется развитию материально-технической базы санаториев. Постоянно обновляется номерной фонд, который соответствует самым современным требованиям, ремонтируются лечебно-диагностические кабинеты и вводятся в эксплуатацию новые. В филиале санаторий «Радон» сдан в эксплуатацию СПА-комплекс, в 2018 году построен спортивный зал, Центр красоты, тренажерный зал и массажные кабинеты, кабинет для янтарной аэроионотерапии «Янтарная комната», в детском отделении «Боровичок» введен в эксплуатацию новый лечебный корпус с изолятором, в филиале «Санаторий «Поречье» построены спелиоклиматолечебница, кабинет для янтарной аэроионотерапии «Янтарная комната», САП-комплекс, в 2018 году сдан в эксплуатацию культурно-развлекательный комплекс; в 2019 году реконструирован бювет, в филиале «Санаторий «Рассвет-Любань» — многофункциональный комплекс «Лечение природой» в составе: кабинета янтарной аэроионотерапии «Янтарная комната», кабинета «Лечение созерцанием» и минерального бассейна с эффектом «Мертвого моря» в 2018 году сдан в эксплуатацию новый люксовый корпус; в филиале «Сосновый бор» — спелиоклиматолечебница и кабинеты озонотерапии, кислородотерапии, карбокситерапии, кабинет для янтарной аэроионотерапии «Янтарная комната», в 2019 году завершено строительство СПА-комплекса и жилого корпуса повышенной комфортности со специализацией кардиология и разгрузочная диетотерапия, в филиале «Детский санаторий «Случь» — открыты новые лечебные кабинеты, построен жилой корпус для отделения «Мать и дитя» и многофункциональный танцевально-развлекательный комплекс для детей, организован офтальмологический кабинет; ведется строительство второго жилого корпуса для отделения «Мать и дитя» с медицинскими кабинетами, в филиале «Детский санаторий «Солнышко» — ванное отделение, лечебные кабинеты и СПА-комплекс, завершено строительство столовой с пищеблоком

соответствующего всем современным требованиям; в филиале «Детский санаторий «Налибокская пуца» отремонтирован лечебный корпус, построена спелеоклиматолечебница и сдана в эксплуатацию современная водо-грязелечебница. В филиалах «Детский санаторий «Солнышко», «Детский санаторий «Росинка» и «Детский санаторий «Случь» построены жилые корпуса для отделения «Мать и дитя». Завершены ремонты пищеблоков: в филиалах «Санаторий «Сосновый бор», «Детский санаторий «Росинка», «Санаторий «Рассвет-Любань» и «Детский санаторий «Солнышко».

Постоянно закупается современное медицинское оборудование. Приобретены и внедрены в практику санаторно-курортного лечения аппараты для импульсной ударно-волновой терапии «ВАКУМЕД», гидромассажные центрифуги «АКВАРОЛ», установка для горизонтального вытяжения в радоновой воде, аппараты для прессотерапии, озонотерапии, карбокситерапии и кислородотерапии, аппараты для ударно-волновой терапии и многофункциональная установка для вертикального подводного вытяжения, ультразвуковые аппараты высокого класса, аппарат для ультразвуковой денситометрии и др.

Постоянно внедряются новые медицинские технологии: методы лабораторной диагностики, в т.ч. определение гормонов, ПСА, онкомаркеров, в филиалах «Санаторий «Радон» и «Санаторий «Сосновый бор»; «Санаторий «Поречье», ультразвуковая диагностика на УЗ-аппаратах 6-го поколения позволяющих делать УЗ-обследования: органов брюшной полости, сердца, сосудов, суставов, органов малого таза и щитовидной железы, многофункциональные терапевтические комплексы в составе: фитобара, соко- и кислородотерапии, янтарной аэроионотерапии в филиалах «Санаторий «Поречье», «Санаторий «Рассвет-Любань», «Санаторий «Сосновый бор»; «Санаторий «Радон», кабинеты озонотерапии, карбокситерапии и пневмокомпрессионной терапии имеются во всех санаториях для взрослых и детей и др. Продолжено развитие и совершенствование технологий СПА и Веллнесса. В 2015 г. построен комплекс парилок в филиалах: «Санаторий «Поречье», «Санаторий «Радон» и «Детский санаторий «Солнышко», в 2019 г. «Санаторий

«Сосновый бор», «Детский санаторий «Случь». Только за 2019 год в практику работы санаториев ОАО «Белагроздравница» внедрено более 250 современных методик лечения.

В 2018-2019 году в филиалах «Санаторий «Поречье», «Санаторий «Рассвет-Любань», «Санаторий «Сосновый бор» и «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница» была произведена комплексная автоматизация лечебно-диагностического процесса и оперативного контроля за отпуском процедур. Благодаря автоматизации у пациента появилась возможность получить все назначения и расписания к ним прямо на первичном приеме у своего лечащего врача, а медицинский персонал в режиме онлайн может отслеживать какой пациент и на какое время назначен на ту или иную процедуру, а также устанавливать отметку как о прохождении услуги, так и неявке на нее.

Все медицинские работники филиалов имеют первые и высшие квалификационные категории.

Каждый санаторий использует в санаторно-курортном лечении климатические факторы и пелоидотерапию лечебными грязями озера Дикого, расположенного недалеко от санатория «Радон», где нами организован участок по добыче лечебных грязей. Установлено, что сапропели о. Дикого по физико-химическому составу близки к сапропелям озера Молтаево Свердловской области (курорт «Самоцвет») и сапропелям озера Голяш Челябинской области (курорт «Кисегач»). Эти грязи по своей эффективности не уступают и другим известным сапропелевым месторождениям стран СНГ.

Продолжено строительство разработанных нами, и не имеющих аналогов в Республике Беларусь наземных спелеоклиматолечебниц с использованием галитовых и сильвинитовых блоков Солигорского калийного бассейна. Данные спелеоклиматолечебницы, имеются во всех санаториях ОАО «Белагроздравница» и пользуются большим спросом у отдыхающих. В 2013 году получен патент на спелеоклиматолечебницу в филиале «Санаторий «Радон». Проведенные совместно с Институтом физиологии НАН Республики Беларусь научные исследования, показали целесообразность использования данных спелеоклиматолечебниц в санаторно-курортном

лечении и оздоровлении детей и взрослых. На международном конгрессе г. Москва, 2017 г. «Санаторно-курортное лечение в России» наши спелиоклиматолечебницы, признаны уникальными и получили высокую оценку ведущими специалистами России.

Продолжается сотрудничество с профильными кафедрами Белорусской медицинской академией последипломного образования и медицинскими университетами Республики Беларусь в сфере осуществления организационно-методической и консультативной работы. За каждым филиалом закреплены профильные кафедры, сотрудники выезжают в санатории для консультаций, благодаря чему у отдыхающих имеется возможность попасть на прием к ведущему специалисту в республике. Как результат совместной деятельности с кафедрами, организовано восстановительное лечение пациентов на санаторно-курортном этапе с патологией почек после дробления камней (литотрипсии) на базе филиала «Санаторий «Рассвет-Любань». Пациенты, которые ранее лечились на Украине в г. Трусковец, сегодня едут в санаторий «Рассвет-Любань», так же как в санаторий «Поречье» приезжают пациенты, которые ранее ездили в г. Моршин, Украина и Баржоми, Грузия.

В 2017-2018 годы наши сотрудники приняли активное участие в работе Конгрессов по санаторно-курортному лечению в г. Москва, Россия. Подготовлено и опубликовано 18 печатных работ в сборниках конгрессов. Сделан доклад по спелеоклиматотерапии. В 2018-2019 приняли участие в 8 научно-практических конференциях в т.ч. с международным участием, выступили с докладами.

Вся проделанная нами работа, направлена только на благо наших отдыхающих.

Здоровья Вам и Вашим детям.

ОАО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА» В СИСТЕМЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ»

Аверченко И.Ф., Судас В.Н., Пономарев В.А.

Открытое акционерное общество «Белагроздравница», Минск

Открытое акционерное общество «Белагроздравница» сегодня – это динамично развивающееся предприятие. Более 30 лет санатории ОАО «Белагроздравницы» предлагают свои услуги по оздоровлению и санаторно-курортному лечению жителям Республики Беларусь, а также ближнего и дальнего зарубежья. Ежегодно в санаторных учреждениях ОАО «Белагроздравница» проходят санаторно-курортное лечение более 50 тысяч детей и взрослых.

В 2016 году решением Республиканской комиссии по государственной аттестации санаторно-курортных и оздоровительных организаций, все санаторно-курортные организации ОАО «Белагроздравница» успешно подтвердили статус санаторно-курортных организаций первой категории, а филиалы «Санаторий «Радон» и «Санаторий «Рассвет-Любань» получили высшую категорию.

По итогам работы за 2011 год Республиканским центром по оздоровлению и санаторно-курортному лечению за высокие показатели по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения лучшей санаторно-курортной организацией Республики Беларусь среди собственников санаторно-курортных организаций республики признано ОАО «Белагроздравница», в номинации лучшее детское отделение республики - детское отделение «Боровичок» филиала «Санаторий «Радон». Филиал «Санаторий «Радон» в 2011 году стал Брендом года Республики Беларусь с получением бронзовой медали.

Республиканским центром по оздоровлению и санаторно-курортному лечению в 2012 году, за высокие показатели по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения признан лучшим санаторием для взрослых в Республике Беларусь филиал «Санаторий «Радон», занявший первое место, лучшим санаторием для детей в Республике Беларусь – филиал «Детский

санаторий «Росинка» (первое место), среди детских отделений и отделений для родителей с детьми лучшим в Республике Беларусь признано детское отделение «Зарница» филиала «Санаторий «Рассвет-Любань». Третье место в Республиканском конкурсе среди детских санаториев занял филиал «Детский санаторий «Случь».

По итогам работы за 2013 год Республиканским центром по оздоровлению и санаторно-курортному лечению за высокие показатели по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения признан лучшим санаторием для взрослых в Республике Беларусь филиал «Санаторий «Рассвет-Любань» (первое место), лучшим санаторием для детей в Республике Беларусь – филиал «Детский санаторий «Росинка». Второе место в Республиканском конкурсе среди детских санаториев занял филиал «Детский санаторий «Случь». Филиал «Санаторий «Радон» в Республиканском конкурсе получил звание «БРЕНД ГОДА» с присвоением серебряной медали.

За 2014 год Республиканским центром по оздоровлению и санаторно-курортному лечению за высокие показатели по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения признан одним из лучших санаториев для взрослых в Республике Беларусь филиал «Санаторий «Рассвет-Любань» (третье место), лучшим санаторием для детей в Республике Беларусь признан филиал «Детский санаторий «Случь» (первое место). Второе место в Республиканском конкурсе среди детских санаториев занял филиал «Детский санаторий «Росинка».

Республиканским центром по оздоровлению и санаторно-курортному лечению в 2015 году за высокие показатели по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения признаны лучшими санаторием для детей в Республике Беларусь филиал «Детский санаторий «Случь» и филиал «Детский санаторий «Росинка». Отмечен грамотой филиал «Санаторий Радон» за качественное оказание услуг по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения и признанию лучшим в номинации «санаторий №1 2015 года» на международном конкурсе «Выбор года 2015».

По итогам работы за 2016 год Республиканским центром по оздоровлению и санаторно-курортному лечению за высокие

показатели по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения признаны лучшими санаториями для взрослых: филиал «Санаторий «Радон» – первое место, филиал «Санаторий «Сосновый бор» – третье место. Санатории для детей: филиал «Детский санаторий «Росинка» – первое место и филиал «Детский санаторий «Случь» – третье место. Филиал «Санаторий «Радон» за качественное оказание услуг по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения и признания лучшим в номинации «санаторий № 1 2016 года» на международном конкурсе «Выбор года 2016».

Республиканским центром по оздоровлению и санаторно-курортному лечению в 2017 году за высокие показатели по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения признаны лучшими санаториями для взрослых: филиал «Санаторий «Радон» – третье место. Санатории для детей: филиал «Детский санаторий «Солнышко» – первое место и филиал «Детский санаторий «Росинка» – третье место. Филиал «Санаторий «Радон» за качественное оказание услуг по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения и признания лучшим в номинации «санаторий № 1 2017 года» на международном конкурсе «Выбор года 2017» и получил золотую медаль.

Главной задачей нашей организации является, оказание высоко квалифицированной и специализированной санаторно-курортной и реабилитационной помощи жителям республики, а также ближнего и дальнего зарубежья на основе использования имеющихся в здравницах уникальных для Беларуси природных и преформированных (искусственно созданных) лечебных факторов.

ОАО «Белагроздравница» большое внимание уделяется развитию материально-технической базы санаториев. Постоянно обновляется номерной фонд, который соответствует самым современным требованиям, ремонтируются лечебно-диагностические кабинеты и вводятся в эксплуатацию новые. В филиале санаторий «Радон» сдан в эксплуатацию СПА-комплекс, физкультурно-оздоровительный комплекс со спортивным залом, в детском отделении «Боровичок» введен в эксплуатацию новый лечебный корпус с изолятором и «Янтарная комната»; в филиале

«Санаторий «Поречье» построены спелиоклиматолечебница, кабинет для янтарной аэроионотерапии «Янтарная комната» и САП-комплекс, в стадии завершения культурно-концертный комплекс; в филиале «Санаторий «Рассвет-Любань» – многофункциональный комплекс «Лечение природой» в составе: кабинета янтарной аэроионотерапии «Янтарная комната», кабинета «Лечение созерцанием» и минерального бассейна с эффектом «Мертвого моря»; в филиале «Сосновый бор» – спелиоклиматолечебница и кабинеты озонотерапии, кислородотерапии, карбокситерапии, кабинет для янтарной аэроионотерапии «Янтарная комната» в стадии завершения строительство СПА-комплекса, в филиале «Детский санаторий «Случь» – открыты новые лечебные кабинеты, построен жилой корпус для отделения «Мать и дитя» и многофункциональный танцевально-развлекательный комплекс для детей; в филиале «Детский санаторий «Солнышко» – ванное отделение, лечебные кабинеты и СПА-комплекс, завершено строительство столовой с пищеблоком соответствующего всем современным требованиям; в филиале «Детский санаторий «Налибокская пуца» отремонтирован лечебный корпус, построена спелеоклиматолечебница и сдана в эксплуатацию современная водо-грязелечебница. В филиалах «Детский санаторий «Солнышко», «Детский санаторий «Росинка» и «Детский санаторий «Случь» построены жилые корпуса для отделения «Мать и дитя». Завершены ремонты пищеблоков в филиалах «Санаторий «Сосновый бор», «Детский санаторий «Росинка», «Санаторий «Рассвет-Любань».

Постоянно закупается современное медицинское оборудование. Приобретены и внедрены в практику санаторно-курортного лечения аппараты для импульсной ударно-волновой терапии «ВАКУММЕД», гидромассажные центрифуги «АКВАРОЛ», установка для горизонтального вытяжения в радоновой воде, аппараты для прессотерапии, озонотерапии, карбокситерапии и кислородотерапии, аппараты для ударно-волновой терапии и многофункциональная установка для вертикального подводного вытяжения, аппарат для ультразвуковой денситометрии.

Постоянно внедряются новые медицинские технологии:

методы лабораторной диагностики, в т.ч. определение гормонов, ПСА, онкомаркеров, в филиалах «Санаторий «Радон» и «Санаторий «Сосновый бор»; «Санаторий «Поречье» ультразвуковая диагностика на УЗ-аппаратах 6-го поколения позволяющих производить УЗ-обследования: органов брюшной полости, сердца, сосудов, суставов, органов малого таза и щитовидной железы. многофункциональные терапевтические комплексы в составе: фитобара, соко- и кислородотерапии, янтарной аэроионотерапии в филиалах «Санаторий «Поречье», «Санаторий «Рассвет-Любань», «Санаторий «Сосновый бор»; озонотерапия, карбокситерапия и пневмокомпрессорная терапия во всех взрослых и детских санаториях и др. Продолжено развитие и совершенствование технологий СПА и Веллнесса. В 2015г. построен комплекс парилок в филиалах: «Санаторий «Поречье», «Санаторий «Радон» и «Детский санаторий «Солнышко». За 2017 – 2018 годы в практику работы санаториев внедрено более 200 современных методик лечения.

Все медицинские работники филиалов имеют первые и высшие квалификационные категории.

Каждый санаторий использует в санаторно-курортном лечении климатические факторы и пелоидотерапию (грязелечение) лечебными грязями о. Дикого, расположенного недалеко от санатория «Радон», где нами организован участок по добыче лечебных грязей. Установлено, что сапропели о. Дикого по физико-химическому составу близки к сапропелям озера Молтаево Свердловской области (курорт «Самоцвет») и сапропелям озера Голяш Челябинской области (курорт «Кисегач»). Эти грязи по своей эффективности не уступают и другим известным сапропелевым месторождениям стран СНГ.

Нами продолжено строительство не имеющих аналогов в Республике Беларусь наземных спелеоклиматолечебниц с использованием галитовых и сильвинитовых блоков Солигорского калийного бассейна. Данные спелеоклиматолечебницы, имеются во всех санаториях ОАО «Белагроздравница» и пользуются большим спросом у отдыхающих. В 2013 году получен патент на спелеоклиматолечебницу в филиале «Санаторий «Радон». Проведенные совместно с Институтом физиологии НАН

Республики Беларусь научные исследования, показали целесообразность использования данных спелеоклиматолечебниц в санаторно-курортном лечении и оздоровлении как детей так и взрослых. На международном конгрессе г. Москва, 2017 г «Санаторно-курортное лечение в России» спелиоклиматолечебницы ведущими специалистами России, признаны уникальными и получили высокую оценку

Продолжается сотрудничество с профильными кафедрами Белорусской медицинской академии последипломного образования и медицинскими университетами Республики Беларусь в сфере организации организационно-методической и консультативной работы. За каждым филиалом закреплены профильные кафедры, сотрудники выезжают в санатории для консультаций, благодаря чему у отдыхающих имеется возможность попасть на прием к ведущему специалисту в республике. Как результат совместной деятельности с кафедрами, организовано восстановительное лечение пациентов на санаторно-курортном этапе с патологией почек после дробления камней (литотрипсии) на базе филиала «Санаторий «Рассвет-Любань». Пациенты, которые ранее лечились на Украине в г. Трусковец, сегодня едут в санаторий «Рассвет-Любань», так же как в санаторий «Поречье» приезжают пациенты, которые ранее ездили в г. Моршин, Украина и Баржомы, Грузия.

В июне 2017 года мы приняли активное участие в работе 3-го Конгресса по санаторно-курортному лечению в г. Москва, Россия. Подготовлено и опубликовано 18 печатных работ, которые напечатаны в сборниках конгрессов. Был сделан доклад о спелиоклиматотерапии. В 2016 и 2017 нами организован круглый стол в журнале «Здравоохранение» посвященные проблемам развития санаторно-курортной отрасли в республике.

Наши здравницы:

Филиал санаторий «Радон» располагается в 195 км от г. Минска. Лучшая санаторно-курортная организация Республики Беларусь для взрослых по итогам работы за 2010 г. получила Бренд года за 2011 и 2013, выбор года «Санаторий № 1 2015 г. года», выбор года «Санаторий № 1 2016 года», выбор года «Санаторий № 1 2017 года».

Профиль: лечение заболеваний костно-мышечной системы,

нервной системы, женских тазовых органов, бесплодия супружеских пар.

Специализация – лечение заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани и бесплодие супружеских пар.

Более 20 лет в лечении заболеваний костно-мышечной системы используется радонотерапия. Радоновые воды филиала являются аналогами источников России, Украины, Грузии, Германии и других стран. Накопленные в здравнице обобщены обширные материалы свидетельствуют о том, что радоновые процедуры являются одной из форм радиационного гормезиса и обладают не только лечебным, но и эффективным профилактическим действием при различных заболеваниях. В первую очередь это связывают со стимуляцией иммунной системы организма. О востребованности данного санатория говорит тот факт, что, более 86% пациентов из-за длительной ремиссии заболевания и эффективности лечения предпочитают повторный курс санаторно-курортной терапии.

Кроме радоновых ванн в санаторно-курортном лечении используется грязелечение в виде общих укутываний, местных аппликаций, грязеразводных ванн, внутripолостных тампонов, локальных ванн и др. В 2015 году нами внедрена новая процедура питье слаборадоновой воды.

Постоянно в практику работы внедряются современные медицинские технологии. Кроме традиционных методов санаторно-курортного лечения таких как физиотерапия, водолечение и грязелечение, используются спелеоклимато-лечение в спелеоклиматокапсуле, выполненной из руды Солигорского калийного бассейна; спелеоклиматолечебница с градирней (в 2012 году получен патент на данную разработку), функционируют «Центр традиционной восточной медицины» и «Центр мужского здоровья»; «Центр лазерной медицины и косметологии», «MEDICAL – SPA – RADON», приемы ведут 20 врачей в т.ч. невролог, уролог, гинеколог, дермато-косметолог, терапевт, педиатр и др. Все медицинские работники имеют первые и высшие категории. Начато новое направление: профилактика, лечение и диагностика остеопороза.

Диагностическая база представлена клинико-диагностической лабораторией (гематологические, биохимические, гормональные

исследования, онкомаркеры, ПСА и др.), УЗ-диагностикой (аппарат 6-го поколения: сердце, сосуды, суставы, ГБС и др.) и функциональной диагностикой (холтеровское мониторирование), на современном оборудовании. Санаторно-курортное лечение и профилактика для пациентов с остеопорозом, разработана специальная программа. В санатории представлен широкий спектр платных медицинских услуг. Лечебное питание 5-разовое для взрослых и 6-разовое для детей по перспективному заказному меню из высококачественных продуктов питания местного производства. Столовые залы и пищеблок, интерьер, технологическое оборудование не имеют аналогов в республике, развлекательные программы на современной летней танцплощадке «Арена-Радон», экскурсионные программы по Беларуси. Условия проживания: номера 1-2 местные, класса «люкс» различной степени комфортности. В 2016 году построен СПА-комплекс. В 2018 году введен в эксплуатацию физкультурно-оздоровительный комплекс со спортивным залом.

Детское отделение «Боровичок» санатория «Радон» на 206 к/мест принимает детей с подготовительного по 9-й классы. Профиль: лечение заболеваний системы кровообращения, органов дыхания и нервной системы. Оснащено современным медицинским оборудованием. В лечении используются радонотерапия, физиотерапия, грязелечение и водолечение, фитотерапия, спелеоклиматолечение, и др. Современная школа обеспечивает круглогодичное обучение. Лечебное питание. Досуг. Экскурсии.

Филиал санаторий «Поречье» располагается в 285 км. от г. Минска.

Профиль: лечение заболеваний органов пищеварения, органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, эндокринологических и нарушений обмена веществ – новое направление.

Специализация – лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта. Санаторий располагает уникальным для Беларуси природным источником минеральной воды Друскининкайского типа. По своему минеральному составу она не отличается от минеральных вод курорта Моршин, Украина. По праву санаторий «Поречье» носит название

гастроэнтерологического курорта. Лечебно-столовая минеральная вода применяется в виде внутреннего приема при заболеваниях органов пищеварения (в т.ч. болезнях обмена веществ), а так же для бальнеолечения (в виде ванн) и кишечных орошений при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, костно-мышечной системы и соединительной ткани, нервной системы, системы кровообращения, для лечения заболеваний кожи и подкожной клетчатки, женских половых органов. Награждена 3 медалями в т.ч. золотой медалью Парижской выставки 2002 года как лучшая питьевая вода для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Диагностическая база: в санатории имеются клиничко-биохимическая лаборатория, оснащенная современным оборудованием, кабинет УЗИ-диагностики (аппарат 6-го поколения), кабинет функциональной диагностики. Лечебная база представлена современным бальнеотделением, грязелечебницей, где используются грязеразводные ванны из минеральной воды Друскиненкайского типа и лечебной сапропелевой грязи. Из преформированных факторов применяются в лечении: магнито-лазеротерапия, электролечение, сухие углекислые ванны, гидроклонолтерапия, кислородотерапия, карбокситерапия, озонотерапия, прессо- и вакуумтерапия, психотерапия, спелиоклиматотерапия, янтарная аэроионотерапия «Янтарная комната». Работают «Центр красоты» и «Центр традиционной китайской медицины» врач прошла учебу в г. Пекин в академии китайской народной медицины. Открыто отделение для родителей с детьми «Мать и дитя». В 2015г. завершен СПА-комплекс с Веллнесс процедурами.

Лечебное питание 5-разовое в одну смену, в прекрасно оборудованном зале, а так же для детей и взрослых диетическое питание.

Имеется водный комплекс со СПА и Веллнесс процедурами: бассейнами для детей и взрослых, ваннами-джакузи, ванной с пассивным тракционным вытяжением, дорожкой Кнейпа, саунами и японской баней «Офуро».

Отдыхающие проживают в одно- и двухместных номерах со всеми удобствами. На территории парка санатория у озера Молочное организован прокат лодок и катамаранов.

Экскурсионные и культурные программы включают посещение г. Гродно, Жировичского монастыря, Мирского замка, Августовского канала.

Филиал санаторий «Рассвет-Любань» расположен в 173 км от г. Минска.

Профиль: – лечение заболеваний почек и мочевыделительной системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани, органов дыхания, органов пищеварения и нарушения половой функции у мужчин.

Специализация – лечение заболеваний мочевыделительной системы и почек, разработаны реабилитационные программы после литотрипсии при мочекаменной болезни у пациентов.

На территории санатория имеется источник природной минеральной воды, оптимально подходящей для лечения почечной патологии, который и по эффективности сравним с минеральными водами курорта Трускавец (Украина). Это подтверждают совместные исследования с сотрудниками кафедр урологии и нефрологии Белорусской медицинской академии последипломного образования, Республиканским нефрологическим центром и результатами работы отделения реабилитации больных нефроурологического профиля (более 5 лет) и проведенными исследованиями минеральной воды в 2015 году НИИ физиологии НАН Республики Беларусь. На базе санатория отработана методика лечения и профилактики пациентов после дробления камней. Совместная работа с кафедрой урологии и нефрологии Белорусской медицинской академии последипломного образования, показала эффективность санаторно-курортного лечения пациентов после дробления камней (литотрипсии) в условиях санатория «Рассвет-Любань».

Грязелечение осуществляется сапропелевыми грязями о. Дикого Дятловского района Гродненской области. Санаторий располагает хорошей клинико-биохимической лабораторией, кабинетом функциональной диагностики (ЭКГ, спирометрия, пикфлоуметрия, урофлоуметрия и др.). Лечебная база представлена кабинетами физиотерапии и ингаляториумом, гирудо- и гирудорефлексотерапии, иглорефлексотерапии, карбокси-, озono-, кислородотерапии, спелиоклиматолечебницей и

комплексом «Лечение природой» в составе кабинетов: соко-фитотерапии, янтарной аэроионотерапии «Янтарная комната», кабинета «Лечение созерцанием», минерального бассейна с эффектом «Мертвое море» и др. Функционирует «Центр мужского здоровья», где проводят лечение эректильной дисфункции у мужчин. Консультации профессорско-преподавательского состава в т.ч. он-лайн консультации. Широкий спектр платных медицинских услуг. Современный тренажерный зал. Условия проживания номера одно- и двухместные, класса «люкс» различной комфортности. Лечебное питание разнообразное, пятиразовое, по заказному меню с набором лечебных диет. Отделение для родителей с детьми «Мать и дитя».

Филиал санаторий «Сосновый бор» расположен в 56 км от г. Минска.

Профиль – лечение заболеваний системы кровообращения и нервной системы, органов пищеварения, мочевыделительной системы, органов дыхания костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Специализация – лечение и профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы.

По итогам работы за 2008 г. и 2009 г. Республиканским центром по оздоровлению и санаторно-курортному лечению признан лучшей санаторно-курортной организацией республики среди санаториев для взрослых. Располагает единственным и уникальным в Республике гидропарком с системой фонтанов и каскадов. Имеются свои природные минеральные источники. Минеральная вода маломинерализованная сульфатно-хлоридная натриевая Чертакского типа – применяется в виде питьевого лечения при заболеваниях органов пищеварения, а также для бальнеолечения слаборадоновой водой при заболеваниях костно-мышечной системы и соединительной ткани, системы кровообращения, заболеваниях женской половой сферы. Грязелечение проводится с использованием сапропелевых грязей о. Дикого Дятловского района, Гродненской области.

Лечебно-диагностическая база представлена кабинетами: психологической разгрузки, электросна, электросветолечения, карбокси-, кислородо-озонотерапии, грязелечения,

магнитолазерной терапии, всех видов массажа, рефлексотерапии, лабораторной и УЗ-диагностики. Работает водолечебница, грязелечебница и спелиоклиматолечебница, кабинета янтарной аэроионотерапии «Янтарная комната» и др. Центр красоты с современным оборудованием, многофункциональный тренажерный зал. Широкий спектр платных медицинских услуг. В 2015 году начато новое направление деятельности – разгрузочная диетотерапия (РДТ).

Лечебное питание: разнообразное, пятиразовое, по заказному меню с набором лечебных диет. Большой выбор блюд из национальной кухни, и европейских завтраков.

Размещение отдыхающих осуществляется в одно- и двухместных номерах, одноместных двухкомнатных номерах, номерах «люкс» и повышенной комфортности.

Разнообразные культурные программы, экскурсии.

Филиал детский санаторий «Случь» располагается в 125 км. от г. Минска. По итогам работы за 2012, 2013, 2014 и 2015 годы признан лучшей санаторно-курортной организацией для детей в Республике Беларусь.

Профиль: лечение заболеваний системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани. Санаторий принимает на лечение детей с 4-го по 12-й классы. Более 60% в санатории проходят санаторно-курортное лечение подростки. Дети проживают в двух- и четырехместных местных номерах. Круглый год в санатории ведется обучение детей в школе с прекрасно оборудованными учебными кабинетами, в том числе компьютерными классами.

Лечебно-диагностическая база представлена: клинико-биохимической лабораторией, кабинетом функциональной диагностикой и др. Работают специалисты: врачи-педиатры, психолог, стоматолог, физиотерапевт. В лечении используется: электролечение, водо-грязелечение, лазеро-карбокси-магнитотерапия, теплолечение, ингаляции, спелеоклиматолечение, аромотерапия, карбокситерапия, СПА-капсула, все виды массажа в т.ч. гидромассаж и электростатический безконтактный массаж и др. Работают различные школы «Здорового образа жизни».

Санаторий курируют кафедры педиатрии Белорусской

медицинской академии последипломного образования. В 2009 г. на базе санатория построена уникальная, не имеющая аналогов в республике спелеоклиматолечебница для лечения детей с заболеваниями дыхательной и сердечно-сосудистой системы. Современные столовые залы, квалифицированные специалисты обеспечивают разнообразным питанием по 21-дневному сбалансированному меню. Для досуга детей имеются культурно-развлекательный комплекс, кинозал, видеосалон, различные спортивные площадки, игровые комнаты. В 2016 году сданы в эксплуатацию корпус для отделения «Мать и дитя» и многофункциональный развлекательный комплекс. Проводятся музыкально-развлекательные и спортивные мероприятия, экскурсии. Лечебно-учебно-воспитательный процесс в санатории организован на современном уровне.

Филиал детский санаторий «Росинка» располагается в 256 км. от г. Минска, на берегу прекрасного озера Обстерна. По результатам работы за 2008, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 г.г. Республиканским центром по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения Республики Беларусь признан лучшей санаторно-курортной организацией республики для детей.

Профиль: лечение заболеваний системы кровообращения, органов дыхания, почек и мочевыделительной системы, опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани.

Санаторий принимает на лечение детей с подготовительного по 12-ий классы. Дети проживают в двух- и четырехместных номерах. Функционирует круглогодичная школа.

Лечебно-диагностическая база представлена клинико-биохимической лабораторией, кабинетом функциональной диагностикой (ЭКГ, спирография, пикфлоуметрия и др.). Работают специалисты: врачи-педиатры, ЛОР, психолог, стоматолог, терапевт. Используются методы лечения: электролечение, водогрязелечение, лазеромагнитотерапия, прессотерапия, теплолечение, ингаляции, аромотерапия, карбокситерапия, все виды массажа и др., работает школа «Здорового образа жизни». В санатории имеется единственная в Республике Беларусь спелеоклиматолечебница для коррекции иммунного статуса у детей. В 2010 г. открыто отделение для

родителей с детьми. Проживание в отдельно стоящих деревянных коттеджах со всеми удобствами. Работу санатория курируют кафедры педиатрии Витебского государственного медицинского университета. Современные столовые залы, квалифицированные специалисты обеспечивают разнообразным питанием по 21-дневному сбалансированному меню, питание приближено к домашнему. В часы досуга дети имеют возможность по озеру совершить прогулки на катамаранах. Для досуга детей имеются кинозал, видеосалон, бильярд, различные спортивные площадки, игровые комнаты. Проводятся музыкально-развлекательные программы, спортивные мероприятия, экскурсии. Лечебно-учебно-воспитательный процесс в санатории организован на современном уровне.

Филиал детский санаторий «Солнышко» располагается в 88 км от г. Минска, на берегу Руднянского водохранилища.

Профиль: лечение заболеваний системы кровообращения, органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, эндокринной системы и нарушения обмена веществ.

Санаторий принимает на лечение детей с подготовительного по 9-й классы. Дети проживают в 2-4-местных номерах. Функционирует круглогодичная школа, оборудованная современными классами. Лечебно-диагностическая база представлена клинико-биохимической лабораторией, кабинетом функциональной диагностики (ЭКГ, спирография, пикфлоуметрия, БОС-терапии и др.) Работают специалисты: врачи-педиатры, психолог, стоматолог, терапевт, врач-функциональной диагностики. В лечении используются следующие методы: электросветолечение, водогрязелечение, лазеро-магнитотерапия, теплотечение, ингаляции, спелиотерапия, ароматерапия, кислородотерапия, СПА-терапия все виды массажа и др., работает 9 школ «Здорового образа жизни». В 2016 году построен СПА-комплекс. Сдан в эксплуатацию пищеблок.

Санаторий консультируют кафедры педиатрии Белорусской медицинской академии последипломного образования. С 2007 по 2017 годы опубликовано большое количество работ по БОС-терапии, представленных докладами на научно-практических конференциях, в т.ч. на первом Педиатрическом

конгрессе г. Москва. Квалифицированные специалисты обеспечивают разнообразным питанием по 21-дневному сбалансированному меню, питание приближено к домашнему. В часы досуга дети имеют возможность совершать прогулки на катамаранах по водохранилищу. Для досуга детей имеется кинозал, спортивные площадки, игровые комнаты. Проводятся музыкально-развлекательные и спортивные мероприятия, экскурсии. Лечебно-учебно-воспитательный процесс в санатории организован на современном уровне. В 2015 г. построен современный жилой корпус для отделения «Мать и дитя».

Филиал детский санаторий «Налибокская пуца» располагается в 75 км. от г. Минска, на территории заповедника Налибокская пуца.

Профиль: лечение заболеваний системы кровообращения, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, костно-мышечной системы, соединительной ткани, кожи и подкожной клетчатки (профиль единственный в РБ).

Санаторий принимает на лечение детей с подготовительного по 9-ый классы. Дети проживают в трех- и четырехместных номерах. Функционирует круглогодичная школа.

Лечебно-диагностическая база представлена клиничко-биохимической лабораторией, кабинетом функциональной диагностики (ЭКГ, спирография, пикфлоуметрия, и др.). Работают специалисты: врачи-педиатры и детский дерматолог, врач функциональной диагностики. В лечении используется минеральная вода из собственных скважин для внутреннего приема и водолечения. Также применяется электро-светолечение, водо-, грязелечение, лазеро-магнитотерапия, теплотечение, ингаляции, ароматерапия, все виды массажа, спелеоклиматотерапия. Функционируют школы «Здорового образа жизни». Санаторий курируют кафедры педиатрии и дерматологии Белорусской медицинской академии последипломного образования. Завершена реконструкция водогрязелечебницы соответствующая современным требованиям.

Питание организовано по 21-дневному сбалансированному меню, приближено к домашнему. Для досуга детей имеются кинозал, различные спортивные площадки, игровые комнаты, различные кружки. Проводятся музыкально-развлекательные и

спортивные мероприятия, экскурсии. Лечебно-учебно-воспитательный процесс в санатории организован на должном уровне.

Таким образом, в санаториях ОАО «Белагроздравница» созданы все условия, необходимые для обеспечения комплексного оздоровления и эффективного санаторно-курортного лечения детей, подростков и взрослых. Важным достоинством всех здравниц объединения является активное внедрение в работу новых технологий и тесная связь с научными и учебными организациями республики.

ФИЛИАЛ «САНАТОРИЙ «РАДОН» ОАО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА» – 25 ЛЕТ

Карпишевич Л.Г., Минько Н.П., Мармыш В.В., Пономарев В.А.

*Филиал «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница»,
Дятловский район, Гродненская область
Открытое акционерное общество «Белагроздравница», Минск*

Открытое акционерное общество «Белагроздравница» сегодня, это динамично развивающееся санаторно-курортное объединение. Санатории ОАО «Белагроздравница» уже 40 лет предлагают свои услуги по оздоровлению и санаторно-курортному лечению жителям Республики Беларусь, а также ближнего и дальнего зарубежья.

Флагманом системы «Белагроздравница» является санаторий «Радон», который располагается в удалённом от городской суеты, экологически чистом уголке, окружённом лесом, на живописном берегу слияния двух рек Молчадь и Паниква.

Сегодня это одна из крупнейших здравниц республики, рассчитана на 436 мест для взрослых и 176 мест для детей в детском отделении «Боровичок». В течение года здесь могут восстановить своё здоровье более 10 тысяч человек.

История санатория «Радон» берёт начало с конца 70-х начала 80-х годов, когда местные жители обратили внимание на

лечебные свойства воды из самоизливающегося источника. К счастью, на этот удивительный факт обратили внимание и учёные. После комплексного и кропотливого изучения состава радоновой воды, они пришли к выводу, что источники не уступают по своим лечебным свойствам водам таких знаменитых курортов как Цхалтубо, Мацеста, Хмельники.

В 1983 году постановлением правления Совета «Белмежколхозздравницы» было принято решение о строительстве в Дятловском районе санатория. 21 октября 1993 года состоялось торжественное открытие санатория «Радон» под руководством главного врача Н.В. Мазура

С момента своего открытия санаторий превратился в многопрофильный лечебно-диагностический комплекс, способный принять на лечение не только взрослых, но и детей практически с любой патологией.

Профиль санатория для взрослых: болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни нервной системы, болезни мочеполовой системы и болезни женских половых органов. Для детей профиль: болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни нервной системы, болезни мочеполовой системы, болезни органов кровообращения, дыхания и пищеварения.

Санаторное лечение всегда комплексное, поэтому природные факторы используются у нас в сочетании с физиотерапевтическими процедурами, лечебным и диетическим питанием, другими лечебными средствами и методами. Основу лечебной базы санатория составляет водогрязелечебница мощностью более 400 посещений в смену.

1993 год – начало пути. Лечебно-диагностическая база включает природные факторы: радоновые воды, сапропелевые грязи, аппаратную физиотерапию, лечебную физкультуру, функциональную (ЭКГ) и лабораторную (клиническую и биохимическую) диагностику.

Благодаря целебным природным факторам, а также прекрасной лечебно-диагностической базе санаторий «Радон» всегда привлекал внимание научно-исследовательской медицины. Основным профилем научной деятельности кафедры медицинской реабилитации учреждения образования

«Гродненский государственный медицинский университет» впоследствии стало изучение состава и качества местной минеральной воды и ее влияния на больных с различной патологией. Результатом этой работы явились многочисленные научные статьи и диссертации. Этот год явился для санатория шагом к новым прогрессивным методам обследования отдыхающих. В 1994 году открывается кабинет ультразвуковой диагностики, возглавляемый высококвалифицированными специалистами.

1994 год стал радостным и для маленьких пациентов. Педиатрическая служба получила новый мощный потенциал в связи с расширением возможностей оздоровления детей. Именно в этом году в состав санатория вошел пионерский лагерь «Боровичок», а с августа 1998 года стал именоваться – детским отделением «Боровичок» на 176 мест. Благодаря восстановлению лечебного корпуса, строительству водолечебницы, открытию физиотерапевтических кабинетов, кабинетов функциональной диагностики, спелеолечебницы, детское отделение «Боровичок» принимает на лечение детей практически со всеми патологиями. Кроме медицинского обслуживания прекрасно организован досуг детей – игровые комнаты с воспитателями, детские площадки для прогулок, крытая спортивная площадка, игры и развлечения, организован учебный процесс для школьников. На сегодняшний день, детское отделение «Боровичок» входит в состав филиала «Санаторий «Радон» и является собственностью ОАО «Белагроздранвица».

В XXI век санаторий вошел с внедрения новейших технологий медицинской индустрии. Приобретено новейшее медицинское оборудование: установки «Спок» для проведения магнитотерапии общего и локального воздействия на организм человека, системы вытяжения позвоночника, тренажерный зал оснащен 12 тренажерами для развития суставов и всех мышечных групп, появляются аппараты для прессотерапии и лимфодренажа «Прессомед», реконструирована и введена в эксплуатацию современная сауна с собственным бассейном.

С повышением внимания к женскому и мужскому здоровью в санатории открываются кабинет гинекологических орошений радоновой водой и Центр мужского здоровья.

2011 год ознаменован введением новой лечебной процедуры – спелеотерапия в Градирне, которая становится ведущей в лечении пациентов с бронхолегочной патологией. Для этого была создана спелеоклиматолечебница с Градирней - наземная модель глубокой пещеры, стены и пол которой выполнены из руды Солигорского калийного бассейна. Одновременно начинается развитие новых направлений оздоровительной и профилактической медицины – открывает двери Medical SPA Radon.

В 2011 году начинается реконструкция и модернизация спального и лечебного корпусов, переоборудование санатория новой современной мебелью, инвентарем, начаты работы по строительству набережной, созданию современного пляжа и лодочной станции. К настоящему времени эта колоссальная работа завершена.

Санаторий имеет достаточную материально-техническую базу на основе индивидуального проекта с полным набором помещений. В главном корпусе санатория имеются спальный комплекс на 416 мест, медицинский блок, пищеблок; два обеденных зала, объекты инфраструктуры. В состав санатория входит второй спальный корпус на 25 мест для взрослых. За 2011–2016 гг. во всех жилых номерах 4-8 этажей проведены капитальные ремонты. Жилые номера соответствуют требованиям СТБ 1352-2005. Своевременно проводятся капитальные и текущие ремонты, территория хорошо благоустроена. На территории санатория произведены строительство фонтана у главного корпуса, ремонт пешеходных дорожек, ремонт и устройство освещения территории, установка малых архитектурных форм (лавочки, установка спортивных тренажеров), устройство дорожки для занятия барефутингом. В детском отделении «Боровичок» произведены благоустройство всей территории, ремонт корпусов, полная замена инженерных сетей, строительство медпункта, ремонт лечебницы, ремонт школы.

В санатории созданы условия для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной структуры (имеются пандусы (4 жилых номера), приобретён и эксплуатируется гусеничный лестничный подъёмник «Барс» для людей с ограниченными физическими возможностями.

В филиале «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница» завершена комплексная компьютеризация санатория. Функционирует программное обеспечение: автоматизированный программный комплекс «Медицина 1С», в бухгалтерии и на пищеблоке – единая программа на базе «1С», в регистратуре – программа «Регистратура», в отделе маркетинга – «Автоматизировано-аналитическая система управления процессом бронирования ОАО «Белагроздравница». В 2018 году была произведена комплексная автоматизация лечебно-диагностического процесса и оперативного контроля за отпуском процедур. Благодаря автоматизации у пациента появилась возможность получить все назначения и расписания к ним прямо на первичном приеме у своего лечащего врача, а медицинский персонал в режиме онлайн может отслеживать какой пациент и на какое время назначен на ту или иную процедуру и устанавливать отметку как о прохождении услуги, так и неявке на нее.

В санатории имеются месторождения минеральных вод. В настоящее время гидроминеральная база санатория представлена 4 скважинами. Глубина скважин от 295м, радоновые воды вскрыты на глубинах 170-304 м. По физическим свойствам воды прозрачные, бесцветные, без запаха, без осадка. В 2015 году Институтом физиологии Национальной академии наук Беларуси под руководством профессора Улащика В.С. была проведена научно-исследовательская работа по изучению свойств минеральной радоновой воды с выдачей бальнеологического заключения.

Радоновые минеральные воды нашли широкое применение в санатории. Имеется бювет минеральной радоновой воды сезонного функционирования, бассейн с минеральной радоновой водой, применяются в виде общих ванн (15 ванн отделение), локальных 4-х камерных ванн, питья слаборадоновой воды, гинекологических орошений, микроклизм. Универсальность и уникальность санатория обусловлена тем, что наряду с минеральными природными радоновыми водами широко используются местные собственные лечебные грязи озера Дикое Дятловского района, находящегося в 20 км от санатория, которые по генезису и составу относятся к сапропелевым.

Грязелечение в санатории представлено в виде грязевых ванн, укутываний, аппликаций, внутripолостного грязелечения, электрогрязей, а также в санатории успешно применяется методика, предложенная директором Республиканского центра по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения Геннадием Николаевичем Болбатовским, по применению грязеразводных ванн.

В большом разнообразии используются лечебные ванны (около 20 видов ванн), популярностью пользуются различные виды душей.

Лечебный массаж в санатории представлен гидромассажными ваннами, подводным душ-массажем, ручным массажем, гидромассажем рук и ног в центрифуге Акваролл, пневмокомпрессионным массажем, массажем предстательной железы, гинекологическим массажем, вибромассажем с термотерапией.

Современное оборудование физиотерапевтических кабинетов позволяет проводить нам более 40 видов электросветолечения.

Активно развивается в санатории диагностическое направление. К услугам отдыхающих представлены электрокардиографические исследования, холтеровское суточное мониторирование ЭКГ, суточный мониторинг АД, широкий перечень ультразвуковых и лабораторно-диагностических исследований, внедрен новый инновационный метод диагностики – ультразвуковая денситометрия (определение плотности костной ткани для ранней диагностики остеопороза).

В санатории представлен широчайший перечень лечебно-реабилитационных и оздоровительных услуг с использованием природных и преформированных лечебных факторов. Среди них: горизонтальное вытяжение позвоночника в радоновой воде, карбокситерапия, озонотерапия, вакуумтерапия (Вакумед), пневмокомпрессионная (прессамед), криотерапия (локальная воздушная), радиочастотный радиолифтинг, неинъекционная мезотерапия, лазерная косметология, гидро-термотерапия в спа-капсуле, инфракрасная сауна, стоун-терапия многое другое.

За период с 2013 года произошло активное развитие косметологических и СПА-направлений деятельности филиала

«Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница».

В практику работы врача-косметолога и медицинских сестер, оказывающих косметологические услуги по назначению врача косметолога, внедрены инновационные методы аппаратных процедур и прогрессивные методики эстетической медицины:

- лазерная косметология;
- радиочастотный лифтинг;
- косметологическая карбокситерапия;
- кислородотерапия лица;
- массаж лица (массаж по Ахабадзе, омолаживающий и др.);
- маски для лица (очищающая пилинг-маска, альгинатная маска, коллагеновая маска для ухода за кожей вокруг глаз, кремовая маска-уход для возрастной кожи и др.).

За последние 5 лет значительно усовершенствованы оздоровительные программы по уходу за телом, разработаны и внедрены:

- разнообразные программы оздоровления в СПА-капсуле («Шелковая кожа», СПА-уход «Ливанский Нероли» восстановление и релаксация, пилинги и обертывания антицеллюлитные, согревающие и др.);
- оздоровительные СПА-массажи (шведский массаж, расслабляющий массаж спины, релакс-массаж рук и ног);
- программы ухода за кожей рук и для укрепления сосудов ног;
- аквакомплекс (бассейн, джакузи, финская, соляная сауна и хаммам).

Важным этапом внедрения оздоровительных методик в практику санаторной деятельности стало открытие СПА-центра санатория Medical SPA Radon, так как все большее значение для наших отдыхающих вместе с лечением становится профилактика болезней, а также признаков старения, как внешних, так и внутренних.

В условиях развития и обеспечения доступности косметологических и СПА-услуг организована работа СПА-ресепшна, что позволило реализовать удобство отдыхающих и равномерную запись на СПА-услуги, наладить максимально эффективную работу специалистов, непосредственно занятых их оказанием, без отвлечения на предварительную регистрацию.

2011-2018 гг. стали богатыми и на новые научно-

исследовательские и лечебно-методические разработки, которые появились благодаря тесному сотрудничеству врачей санатория и научных работников клинических кафедр Гродненского медицинского университета, а также различных кафедр Белорусской медицинской академии последипломного образования. На базе санатория «Радон» неоднократно проводились тематические конференции не только областного, но и республиканского значения по лечению пациентов с различной патологией в санаторно-курортных условиях. Учитывая все эти факты, становится логичным выход санатория на качественно другой – клинический уровень.

В 2018 году санаторий «Радон» активно занимался изучением методик остеокинезиса с последующим их внедрением в практику работы филиала. Так, на данный момент, активно используется кинезотерапевтическая установка «Экзарта», предназначенная для выполнения упражнений в подвешенном состоянии в целях снятия болевого синдрома и восстановления объема движений в позвоночнике и суставах. Разработаны и внедрены методики вантовой тренировки остеокинезиса совместно с научными руководителями российской школы остеокинезиса.

С 2012 г. по 2018 г. опубликовано более тридцати печатных работ. Санаторий Радон принял участие в работе I (2015), II (2016) и III (2017) международных научных конгрессов «Санаторно-курортное лечение» в г. Москва, участие в 7 семинарах, конкурсах и выставках-ярмарках, в 3 научно-практических конференциях. Персонал санатория принял участие в разработке «Руководства по неотложной помощи детям в условиях санаторно-курортных учреждений» (пособие для врачей), 2011 год Минск. Издан сборник научных статей по материалам международной конференции, посвященной 20-летию санатория Радон, организованной на базе санатория в 2013 году.

Особое место в оказании качественных санаторно-курортных услуг отдыхающим, отводится организации питания, как составной части санаторно-курортного обслуживания.

Наблюдается положительная тенденция в развитии и совершенствовании материально-технической базы пищеблока.

Особое значение придается санитарному состоянию, для работников пищеблока хорошие санитарно-бытовые условия, отвечающие современным требованиям.

Важным является вопрос подготовки и повышения квалификации кадров, широко развито наставничество, передача опыта старшего поколения молодым работникам. На пищеблоке сегодня работает 12 поваров, более 80% повара 6-5 разрядов. Из 17 официантов более 70% официанты 5 разряда.

Специалистами пищеблока проводится постоянная работа по внедрению новых технологий приготовления пищи на основе использования современного оборудования и прогрессивных форм обслуживания. В санатории «Радон» разработаны новые рецептуры диетических блюд из рыбы, птицы, мяса для приготовления в пароконвектоматах. В обеденных залах организованы элементы шведского стола с подогреваемыми мармитами для каш на завтрак и охлаждаемыми витринами для салат-бара на обед и ужин, в дополнение к молочным кашам представлены топпинги – мёд, джем, ягодное варенье, а дополнением к салат-бару является бальзамический уксус и горчица. По желанию отдыхающих разработаны решения для организации питания в пост и приверженцев вегетарианского питания.

В последние годы в производственных цехах и складских помещениях пищеблока проведена реконструкция с полным техническим перевооружением. Для оснащения пищеблока использован опыт передовых стран производителей, таких как Германия, Франция, Италия. В настоящее время приобретены новинки известных мировых производителей технологического оборудования: печь паровая промышленная, четыре котла варочных промышленных с системой взбивания и охлаждения, выбивальная машина, тестомесильная машина, овощерезка промышленная.

Улучшая качество санаторно-курортных услуг санаторий особую роль уделяет высокому уровню организации досуга отдыхающих, на основе современных форм и методов. Чтобы отдых был комфортным по максимуму, санаторий предлагает широкий спектр досуговых услуг: бильярдный зал, оснащённый профессиональными столами, киноконцертный зал в

современном звуковом и световом исполнении, летняя танцевальная площадка «Радон-Арена», экскурсионное бюро, библиотека, прокат спортивного инвентаря (велосипедов, палок для скандинавской ходьбы, лыж) и прочее.

За последние годы в главном корпусе санатория завершён ремонт жилых номеров, выполнена тепловая реабилитация и фасадное регулирование отопления. Установлено оборудование для доступа в интернет через сеть Wi-Fi и новая современная станция кабельного телевидения. В главном и 2-м корпусах транслируется не менее 50-и разно-жанровых телевизионных каналов. Для гостей санатория открыт кафе-бар «Авиценна», СПА-комплекс с сауной, соляной и турецкой баней, открыт зал для бильярда. Завершена реконструкция лечебного отделения с обновлёнными спортивным и тренажёрным залами, новым СПА-центром и лечебными кабинетами.

Для хранения автотранспорта гостей в 2016 году реконструирована автомобильная охраняемая стоянка с увеличением количества мест до 180. Через дорогу от охраняемой построена неохраняемая стоянка для транспорта работников.

На хозяйственной зоне реконструирована прачечная. Бельё стирается не только санатория «Радон», но и санаториев «Поречье», «Сосновый Бор» и «Налибокская Пуща».

В 2019 году начато строительство корпуса № 4, станции обезжелезивания для улучшения качества воды в водопроводе санатория и системы кондиционирования жилых номеров для более комфортных условий проживания.

За 25 лет в санатории «Радон» получили оздоровление более 270 тыс. человек. За последние пять лет в санатории прошли лечение 58212 человека.

Успех филиала «Санаторий «Радон» во многом зависит от людей, работающих в нём. При добросовестном выполнении своих обязанностей они способствуют достижению поставленных целей – оказание на самом высоком уровне санаторно-курортных услуг, а в качестве вознаграждения получают достойную заработную плату.

На данный момент в филиале работают 294 женщины, 107 мужчин.

Высшее образование имеют 80 работников. Это руководители – 14 человек и специалисты и служащие – 66 чел.

Среднее специальное образование имеют 139 работников, из них – специалисты 89 чел.

Профессионально-техническое образование имеют 98 работников, из них специалисты – 2 чел.

Общее среднее образование имеют 84 человека.

Медицинский персонал состоит из 91 человек, из них врачей 19 человек, средний медицинский персонал 72 человека. Средний возраст врачей составляет 54,1 год, среднего медицинского персонала – 43 года.

За хороший и плодотворный труд работники филиала «Санаторий «Радон» поощряются различными видами наград. В 2017 году работники филиала заносились на Доску Почета Открытого акционерного общества «Белагроздравница» – 4 человека, награждены Почетной грамотой Открытого акционерного общества «Белагроздравница» – 19 человек, премированы за хорошую подготовку стандартов горничных и стандартов официантов Открытым акционерным обществом «Белагроздравница» – 1 человек и филиалом «Санаторий «Радон» – 5 человек. В 2018 году занесены на Доску Почета Открытого акционерного общества «Белагроздравница» – 2 человека. Награждены Почетной грамотой ОАО «Белагроздравница» – 2 человека, объявлена благодарность – 2 человекам.

Приоритетным принципом работы всего коллектива является принцип индивидуального подхода к каждому отдельному отдыхающему. Вся наша работа строится, прежде всего, на удовлетворение запросов отдыхающих, на учёт и выполнение их пожеланий. Мы заботимся о том, чтобы каждый пациент остался доволен проделанной нами работой и полученным результатом, который является нашим общим успехом.

Санаторий «Радон» безусловный лидер среди санаториев для взрослых по спектру предоставляемых услуг, по их непревзойдённому качеству, оснащённости. Он лучший не только благодаря положительным отзывам своих отдыхающих, но и победитель в конкурсе «Лучшая санаторно-курортная организация РБ для взрослых» по итогам работы за 2010, 2012

годы, бронзовый призёр конкурса «Бренд года» в 2011 году, победитель конкурса «Выбор года 2015», «Выбор года 2016», Республиканским центром по оздоровлению и санаторно-курортному лечению за высокие показатели в работе по оздоровлению и санаторно-курортному лечению «Санаторий Радон» признан лучшим в 2016 году, «Выбор года 2017», «Выбор года 2018», серебряный призёр конкурса «Бренд года 2018».

РАЗДЕЛ 1
ПРИРОДНЫЕ ФАКТОРЫ САНАТОРИЯ-ФИЛИАЛА
«РАДОН» И ДРУГИХ ФИЛИАЛОВ САНАТОРИЕВ
ОАО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА»

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КОМПЛЕКСА
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ НА БАЗЕ ГРОДНЕНСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Снежицкий В.А., Пирогова Л.А., Мазур Н.В., Хованская Г.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Санаторно-курортный комплекс Республики Беларусь (СКК РБ) является одним из важнейших элементов системы здравоохранения Республики Беларусь.

По состоянию на 01.01.2018 в Республике Беларусь функционируют 306 аттестованных санаторно-курортных и оздоровительных организаций на 66,0 тыс. койко-мест, из них:

106 санаторно-курортных организаций на 28,4 тыс. мест;

200 оздоровительных организаций на 37,6 тыс. мест;

146 оздоровительных лагерей на 25,9 тыс. мест;

59 иных оздоровительных организаций (базы и дома отдыха, оздоровительные центры (комплексы), профилактории, пансионаты, иные организации, одним из видов деятельности которых является оздоровление населения) на 11,9 тыс. мест.

Государственная политика Республики Беларусь в сфере санаторно-курортного лечения и оздоровления населения направлена на:

– удовлетворение социальных льгот, прав и гарантий категорий граждан, указанных в Законе Республики Беларусь «О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан»;

– реализацию Государственной программы по преодолению последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС на 2011-2015 годы и на период до 2020 года;

– реализацию Государственной программы «Здоровье

народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы;

– развитие экспорта санаторно-курортных услуг.

В отличие от западных курортов, где основными курортными учреждениями являются отели, гостиницы, включающими казино, бары и другие развлекательные заведения, в штате которых отсутствуют медицинские работники, а следовательно и квалифицированная лечебно-оздоровительная деятельность, отечественные санатории имеют гостиничные сектора высокого класса, заслуженно считают своим главным достоинством развитую курортную медицину, позволяющую оптимально использовать природные факторы для санаторно-курортного лечения. Штатное расписание наших санаториев включает высококвалифицированных врачей многих профилей, медсестёр, педагогов, работников культуры и других специалистов.

В этой отрасли работает более 820 врачей различных специальностей и около 3 тысяч среднего медперсонала. Кадровый состав представлен 4 кандидатами медицинских наук: это директор республиканского Центра по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения Болбатовский Г.Н., главный врач санатория «Железнодорожник» Марченко А.А., главный врач санатория «Неман» Войтов В.В., врач санатория «Лётцы» Руммо А.А., остальные врачи имеют высшую и первую категорию.

В связи с внедрением рыночных отношений в санаторно-курортную отрасль изменились как задачи, так и требования к специалистам, руководителям и к системе повышения квалификации и профессиональной переподготовки в целом. При этом на первый план выступают вопросы внедрения современных методик применения местных природных факторов в практику работы отечественных санаторно-курортных организаций, Актуальны вопросы фундаментальных знаний по экономике, маркетингу, менеджменту, рекламе и, особенно, по повышению сервисного обслуживания пациентов (отдыхающих).

Медицинские кадры, являющиеся основой для работы СКК РБ, нуждаются в новых знаниях, оценивающих экспрессную оценку состояния здоровья, возможности применения новых

оздоровительных технологий, основанных на применении местных природных факторов (климата, минеральных вод, лечебных грязей, лекарственных растений, диетотерапии, основанной на применении традиционных национальных блюд белорусской кухни).

Исследования, опросы, анкетирования показывают, что руководители успешно функционирующих санаторно-курортных организаций около 60% своего рабочего времени тратят на решение оперативных вопросов по экономике, материально-техническому обеспечению и реконструкции, 26-30% тратится на реализацию оздоровительного продукта и рекламу, до 10% – на решение оперативных и стратегических проблем по усовершенствованию сервисного и медицинского обслуживания.

На первом месте для отдыхающих стоит обеспеченность медицинскими процедурами, которых в санаториях более 150 видов медицинских услуг; на втором – организация питания; на третьем – условия проживания: уровень гостиничного комплекса ведущих здравниц соответствует четырёхзвёздочным отелям; на четвёртом – организация культурно-развлекательных мероприятий. Положительным фактором отдыха и оздоровления является расположение здравниц в живописных природно-ландшафтных условиях.

Современная рыночная экономика предъявляет к специалистам курортного дела новые требования по улучшению как традиционных оздоровительных услуг, так и внедрению новых схем сервисного обслуживания отдыхающих. Всё это требует повышения квалификации руководителей и специалистов курортной отрасли страны, владеющих современным набором специальных правовых и профессиональных знаний.

В России эти вопросы решает Институт повышения квалификации работников и специалистов курортного дела г. Сочи. Институтом разработаны целевые модульные образовательные программы, рассчитанные на специалистов высшего и среднего звена санаторно-курортных и оздоровительных комплексов. Обязательным условием является стажировка на ведущих курортах мира, а также в сочинских санаториях «Русь», «Рэдиссон», САС «Лазурное».

С 2015 года организована работа курсов повышения

квалификации специалистов СКК РБ на базе кафедры медицинской реабилитации Гродненского государственного медицинского университета.

Основными направлениями повышения квалификации на базе кафедры являются:

- знакомство с СКК страны,
- организация климатолечения: методики аэротерапии, гелиотерапии, спелеотерапии, талассотерапии;
- методы бальнеотерапии, гидротерапии, гидрокинезотерапии пелоидотерапии;
- основы медицинской реабилитации на санаторном этапе;
- социально-культурный сервис;
- практическое оснащение и эксплуатация санаторно-курортных комплексов;
- основы менеджмента и маркетинга в условиях санаторно-курортных комплексов.

Обучение проводится на кафедре медицинской реабилитации ГрГМУ, диспансере спортивной медицины, практические занятия проводятся на базе санаториев «Радон», «Альфа-Радон», «Жемчужина», «Поречье», «Озёрный», «Неман», расположенных в живописных уголках Гродненщины. При этом образовательные программы учитывают специфику курортной медицины, включают последние достижения отечественной и зарубежной науки, направленных на оздоровление отдыхающих.

Сотрудники кафедры разрабатывают и внедряют в практику работы новые оздоровительные рекреационные технологии; совместно с руководителями, слушателями готовят научные доклады, принимают самое активное участие в работе международных и республиканских конференций.

Значительное место в научных исследованиях занимает разработка методик, основанных на применении местных природных факторов, минеральных вод, климатических факторов, сочетанное применение природных факторов.

Важная роль в обучении отводится организации социально-культурного сервиса СКК РБ, основой которого является создание социально-культурных условий для массового, группового, семейного и индивидуального развития творческих способностей, общения, отдыха, развлечений, восстановления

духовных, физических сил различных категорий отдыхающих, обеспечивая взаимосвязанное развитие всех направлений досуговой деятельности. Пациентам наших здравниц предлагаются насыщенные и увлекательные программы проведения досуга: массовые мероприятия и праздники, танцевальные вечера, дни белорусской культуры, дни белорусской кухни, календарно-обрядовые праздники. Для комфортного культурного отдыха наши санатории располагают уютными киноконцертными залами, оснащёнными современным световым музыкальным и киноvideооборудованием. Приобщение к историческому и культурному наследию нашей республики осуществляется средствами экскурсионной деятельности, объектами которой являются краеведческие музеи, замки, мемориальные комплексы. Обучение включает знакомство слушателей курсов повышения квалификации с условиями проживания, характеристикой инфраструктуры санаториев.

За прошедший период с 2015 года прошло обучение 7 групп, и повысили квалификацию 54 специалиста среди них не только врачи из Беларуси, но и их российские коллеги, которые успешно применяют полученные знания в своей профессиональной деятельности.

Внедрение в практику работы современных методик лечения и оздоровления, основанных на использовании местных природных факторов (климатотерапия, минеральные воды, лечебные грязи и др.), позволяют обеспечить высокую эффективность использования природных лечебных факторов Беларуси и представлять конкурентоспособный продукт на отечественном и международном уровне.

Литература:

1. Профессиональное повышение квалификации специалистов санаторно-курортного и оздоровительного комплекса Республики Беларусь / В. А. Снежицкий, Н. В. Мазур, Г. Н. Хованская и др. // Современные аспекты физиотерапии и курортологии: [материалы Республиканской научно-практической конференции, 12 апреля 2017 г., г. Минск / под научн. ред. А. В. Волоатовской]. – Минск: Проф-пресс, 2017. – 136 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Мельникова Е.А., Разумов А.Н.

*ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва*

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно регистрируется 100-300 случаев инсультов на каждые 100000 населения. В России этот показатель составляет 250-300 инсультов среди городского населения и 170 – среди сельского.

Одной из актуальных проблем в современной медицине является определение критериев индивидуального прогноза на восстановление функций у пациентов с инсультом. На сегодняшний момент очень мало исследований, касающихся этого вопроса, что не дает возможности сформировать единые подходы к прогнозированию восстановления функций и коррекции профилактических мероприятий.

В реабилитационной медицине вызванные потенциалы (ВП) различных модальностей, а также результаты других методов исследования, в частности транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС), могут иметь существенное прогностическое значение и являться инструментом для длительного мониторинга состояния психомоторных функций у пациентов с инсультом, а выявление факторов, негативно влияющих на нейропластичность, позволит приблизиться к решению изложенных выше проблем.

Есть данные о применении эндогенных ВП (когнитивный потенциал Р300) для объективной оценки динамики восстановления речевых функций у пациентов с афазией после инсульта и черепно-мозговой травмы. Авторы анализировали значения амплитуды и латентных периодов компонентов № 1 и № 2 и пришли к выводу, что амплитуда компонента № 1, зарегистрированного над ипсилатеральной лобной областью, является важным прогностическим фактором восстановления

таких пациентов [5].

Кроме того, регистрация эндогенных ВП позволяет выявить «клинически немые» неврологические синдромы. Так, установлено, что у пациентов с ишемическим инсультом полушарной локализации латентность компонента РЗ выше, чем у контрольной группы и у пациентов с левополушарным инсультом, что, по мнению авторов, обусловлено слуховым геминиглект-синдромом (синдромом игнорирования половины пространства). Клиническая диагностика синдрома часто затруднена. Исследования, проведенные с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии, показали последовательное вовлечение фронтально-париетальных зон в процессе выполнения пространственных заданий. Поскольку выполнение таких заданий всегда активизирует данные зоны в здоровом мозге, повреждение нейрональных фронтально-париетальных цепей в результате инсульта или черепно-мозговой травмы приводит к специфическому пространственному дефициту. Известно, что наличие ниглект-синдрома является неблагоприятным клиническим прогностическим фактором для восстановления пациентов с инсультом [6, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 18].

Несмотря на это прогноз на восстановление таких пациентов не может быть основан только на результатах нейрофизиологических исследований без учета влияния клинических, анамнестических, демографических, нейровизуализационных, нейропсихологических и других параклинических данных [7, 12, 13, 19].

В исследовании, посвященном изучению анамнестических, демографических и нейровизуализационных факторов у пациентов с ишемическим и геморрагическим инсультом, авторы изучали моторные ВП в среднем спустя месяц после заболевания и установили, что статистически значимыми благоприятными прогностическими факторами были возраст менее 50 лет и балл по шкале NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) менее 5 в остром периоде инсульта. Кроме того, если балл по шкале Рэнкин в подостром и хроническом периодах составлял 2, то хорошее восстановление на фоне реабилитации наблюдали у 61,8% пациентов, если – 3, то – у 82,8%. Согласно полученным

результатам, локализация очага, сторона поражения, тип инсульта, пол больного не имели прогностического значения [13].

Безусловно, значение большинства факторов требует подтверждения при проведении более масштабных исследований.

Проведено исследование, посвященное изучению факторов, определяющих неблагоприятный прогноз на восстановление пациентов с инсультом, включавшее 203 пациентов, распределенных на 3 группы: 1-я группа – пациенты с ишемическим инсультом (ИИ) полушарной локализации некардиоэмболического генеза – 133 (65,5%), 2-я группа – пациенты с ИИ в вертебро-базиллярном бассейне (ВББ) – 40 (19,7%), 3-я группа – пациенты с внутримозговой гематомой полушарной локализации (геморрагический инсульт (ГИ)), не подлежащей хирургическому лечению – 30 (14,8%). В группе пациенты с ишемическим инсультом полушарной локализации (n=133) средний возраст составил – $60,23 \pm 9,3$ лет, давность инсульта – $26,7 \pm 26,74$ месяцев (медиана – 14,0 [25th=6,0, 75th=44,0]). В группе с ишемическим инсультом в ВББ (n=40) средний возраст пациентов – $58,5 \pm 11,9$ лет, давность инсульта – $20,5 \pm 24,74$ месяцев (медиана – 13,5 [25th=5,0; 75th=25,25]). У пациентов с ГИ (n=30) средний возраст – $58,7 \pm 8,8$ лет, давность инсульта – $42,6 \pm 39,7$ месяцев.

Осмотр пациентов включал сбор анамнеза, жалоб (в т.ч. наличие, интенсивность по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и длительность существования болевого синдрома), неврологическое обследование, расширенное нейропсихологическое тестирование с качественной и количественной оценкой результатов (при сравнении с данными контрольной группы здоровых добровольцев (59 человек)), оценку по общим и локальным реабилитационным шкалам (шкалу «Реабилитационный профиль активностей» применяли в динамике для контроля эффективности реабилитации) [2]. Пациентам были проведены магнитно-резонансная томография (МРТ) и/или компьютерная томография (КТ) головного мозга, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ДС БЦА), электроэнцефалография (ЭЭГ), эндогенные вызванные потенциалы головного мозга в динамике (для контроля эффективности реабилитации).

При нейровизуализации оценивали наличие перифокального отека головного мозга, сопровождавшегося смещением срединных структур в остром периоде инсульта, локализацию очага (ишемии или внутримозговой гематомы), наличие перивентрикулярного лейкоареоза, количество долей головного мозга, на которые распространяется очаг, наличие церебральной атрофии, объем рубцово-атрофических изменений, объем внутримозговой гематомы в остром периоде, ширину 3-го желудочка.

При дуплексном сканировании брахиоцефальных артерий оценивали степень стеноза магистральных артерий головы (МАГ), а именно внутренней сонной артерии (ВСА), ипси- и контралатерально очагу/локализации гематомы/стороне гемипареза. При электроэнцефалографии, проведенной в подостром или хроническом периодах инсульта, оценивали наличие дисфункции срединных структур головного мозга, патологической очаговой активности (медленноволновой) или сочетания указанных нарушений.

Пациенты проходили стандартный курс реабилитации (продолжительностью 1 месяц), включавший индивидуальные и групповые занятия лечебной физкультурой, механотерапию, ручной массаж конечностей по показаниям.

При проведении однофакторного регрессионного и дисперсионного статистического анализа были выявлены основные и дополнительные факторы, достоверно влияющие на состояние психомоторных функций у пациентов, перенесших инсульт: возраст, наличие хронической боли, уровень образования, характер патологического процесса в головном мозге (тип инсульта), локализация очага (полушарная, стволовая), сторона локализации очага, распространенность очага, объем рубцово-атрофических постишемических изменений, объем гематомы, наличие церебральной атрофии (ширина 3-го желудочка), наличие лейкоареоза, наличие и выраженность стенозов в бассейне ВСА контра- и ипсилатерально очагу, наличие операций на МАГ в анамнезе, очаговых патологических изменений на ЭЭГ, наличие перифокального отека головного мозга, сопровождавшегося смещением срединных структур в остром периоде инсульта,

частота инсульта.

В зависимости от наличия установленных факторов мы распределили пациентов по «реабилитационным подгруппам». Каждая «реабилитационная подгруппа» имела определенные характеристики неврологического, нейропсихологического статуса, результаты обследования по локальным и общим реабилитационным шкалам.

Так, установлено, что в 1-ой подгруппе пациентов с ИИ полушарной локализации, возраст которых – не более 50 лет, интенсивность боли по ВАШ менее 3-х баллов, давность инсульта не более 22 месяцев, объем рубцово-атрофических постишемических изменений – не более 21 см³, и имеющих частичную представленность других неблагоприятных прогностических факторов: средний уровень образования, правосторонняя локализация очага, корково-подкорковое расположение очага; средний суммарный балл по шкале «Реабилитационный профиль активностей» до реабилитации у которых – 12,9 ($\pm 7,1$), вероятность клинически значимого улучшения психомоторных функций на фоне реабилитации составляет 50%.

Во 2-й подгруппе пациентов с ИИ полушарной локализации, возраст которых – 50-60 лет, интенсивность хронической боли по ВАШ – 3-7 баллов, давность инсульта 22–31 месяцев, объем рубцово-атрофических постишемических изменений 21-31 см³, и имеющих частичную представленность других неблагоприятных прогностических факторов: средний уровень образования, правосторонняя локализация очага, наличие перифокального отека, сопровождавшегося смещением срединных структур головного мозга в остром периоде инсульта, стеноз в системе ВСА контралатерально очагу поражения более 50%, корково-подкорковое расположение очага, перивентрикулярный лейкоареоз, очаг патологических медленно волновых изменений на ЭЭГ; средний суммарный балл по шкале «Реабилитационный профиль активностей» до реабилитации у которых – 17,3 ($\pm 9,4$), вероятность клинически значимого улучшения нейропсихологических и двигательных функций на фоне реабилитации составляет 40%.

В 1-й подгруппе пациентов с ИИ в ВББ, возраст которых –

не более 60 лет, интенсивность боли по ВАШ менее 4-х баллов, давность инсульта – не более 5 месяцев, и имеющих частичную представленность других неблагоприятных прогностических факторов: средний уровень образования, наличие перивентрикулярного лейкоареоза; средний суммарный балл по шкале «Реабилитационный профиль активностей» до реабилитации у которых – 4,3 ($\pm 4,9$), вероятность клинически значимого улучшения психомоторных функций на фоне реабилитации составляет 95%.

Во 2-й подгруппе пациентов с ИИ в ВББ, возраст которых – более 60 лет, интенсивность боли по ВАШ более или равна четырем баллам, давность инсульта 5-23 месяца, и имеющих частичную представленность других неблагоприятных прогностических факторов: средний уровень образования, повторный инсульт, наличие перивентрикулярного лейкоареоза; средний суммарный балл по шкале «Реабилитационный профиль активностей» до реабилитации у которых – 15,4 ($\pm 8,1$), вероятность клинически значимого улучшения психомоторных функций на фоне реабилитации составляет 40-50%.

В 1-й подгруппе пациентов с ГИ, возраст которых – не более 48 лет, интенсивность боли по ВАШ менее 7 баллов, давность инсульта не более 20 месяцев, и имеющих частичную представленность других неблагоприятных прогностических факторов: правосторонняя локализация очага, наличие очаговых патологических изменений в виде медленно волновой активности на ЭЭГ; средний суммарный балл по шкале «Реабилитационный профиль активностей» до реабилитации у которых – 18,2 ($\pm 12,7$), вероятность клинически значимого улучшения нейropsychологических и двигательных функций на фоне реабилитации составляет не более 40%.

Во 2-ой подгруппе пациентов с ГИ, возраст которых – 48-59 лет, давность инсульта – 20-38 месяцев, и имеющих частичную представленность других неблагоприятных прогностических факторов: правосторонняя локализация очага, наличие перифокального отека, сопровождавшегося смещением срединных структур головного мозга в остром периоде инсульта, наличие стеноза в системе ВСА ипси- и контралатерально локализации гематомы, перивентрикулярный лейкоареоз,

очаговые патологические изменения в виде медленно волновой активности на ЭЭГ, количество долей головного мозга, на которые распространяется гематома – 2 и более; средний суммарный балл по шкале «Реабилитационный профиль активностей» до реабилитации у которых – 19,8 ($\pm 4,9$), вероятность клинически значимого улучшения психомоторных функций на фоне реабилитации также составляет не более 40%.

Третью подгруппу во всех группах составили пациенты с максимальной представленностью основных неблагоприятных прогностических факторов, у которых отсутствовало клинически значимое улучшение психомоторных функций на фоне реабилитации.

При статистическом анализе мы установили, что клинически значимым улучшением (по результатам шкалы «Реабилитационный профиль активностей») является уменьшение суммарного балла на 5 и более единиц от первоначального. При проведении бинарной логистической регрессии установлено, что при наличии суммарного балла 5 и менее по шкале «Реабилитационный профиль активностей» вероятность клинически значимого улучшения составляет – 95%, при суммарном балле от 6 до 10 – 67%, от 11 до 15 – 50%, а при суммарном балле более 15 – <40%.

Мы подтвердили прогностическое значение объема поражения головного мозга, возраста пациентов, наличия лейкоареоза, давности инсульта. В настоящее время в литературе имеются противоречивые данные в отношении достоверного влияния возраста пациентов на исходы реабилитации [8, 17, 19]. При анализе результатов собственного исследования было установлено, что в разных группах и подгруппах пациентов значение возраста, как прогностического фактора, не одинаково. Но, в среднем, для всех групп пациентов возраст более 60 лет в сочетании с другими факторами ассоциировался с неблагоприятным прогнозом на восстановление.

Ранее в литературных источниках отсутствовали количественные данные об объеме рубцово-атрофических постишемических изменений, влияющих на функциональные исходы пациентов. Мы установили показатели объема поражения головного мозга (более 31 см³), являющиеся неблагоприятным

прогностическим фактором для восстановления пациентов после инсульта.

Кроме того, мы впервые выявили прогностическое значение «нехирургического» стеноза (от 50%) МАГ в системе ВСА контра- и ипсилатерально очагу поражения или стороне гемипареза, а также наличия перифокального отека, сопровождавшегося смещением срединных структур в остром периоде инсульта.

В литературе имеется ограниченное количество данных, посвященных влиянию болевого синдрома на процесс восстановления пациентов с инсультом [4, 8, 13, 14, 17, 22, 23]. В нашем исследовании достоверно показано независимое прогностическое значение хронического болевого синдрома интенсивностью более 7 баллов по ВАШ на психомоторное восстановление пациентов в процессе реабилитации. Патогенетические процессы, лежащие в основе развития хронической боли, затрагивают все уровни нервной системы: ноцицепторы, афферентные проводники, спинномозговые узлы, задние рога и собственный сегментарный аппарат спинного мозга, гипоталамус, лимбическую систему, околопроводное серое вещество, кору больших полушарий. Болевая импульсация, идущая по А- δ - и С-болевым волокнам, подводится к области в пределах I и II пластин задних рогов спинного мозга, где сконцентрированы глутаматергические рецепторы и происходит переключение на вставочные нейроны. Рецепторы NMDA-подтипа к глутамату обнаружены на мембранах вставочных нейронов в желатинозной субстанции. Большая часть глутаматергических рецепторов расположена внесинаптически, при этом NMDA-рецепторы обладают латеральной подвижностью, позволяющей им перемещаться из внесинаптической области на синаптическую мембрану. Управление взаимодействием глутамата с NMDA-рецепторами лежит в основе модулирования нейропластичности [1].

Обсуждение. На основании полученных нами данных можно говорить о том, что правополушарная локализация инсульта (как ишемического, так и геморрагического) является независимым неблагоприятным прогностическим фактором, уточнение механизма реализации которого требует проведения

дальнейших исследований.

Что касается сроков так называемого реабилитационного периода (т.е. периода, в течение которого возможно истинное восстановление функции утраченной или сниженной в результате инсульта), то в настоящее время наблюдается тенденция к их пересмотру [3, 20, 21]. Согласно полученным нами данным, давность инсульта имеет независимое влияние на исход реабилитации. Мы впервые установили, что влияние такого фактора, как давность инсульта, зависит от типа острого нарушения мозгового кровообращения. Принятый в настоящее время период – 24 месяца с момента инсульта (когда больной считается «перспективным» для восстановления на фоне реабилитации) – действительно является таковым для пациентов с ИИ в ВББ. У пациентов с ИИ полушарной локализации реабилитационный период возрастает до 31 месяца с момента инсульта, а у пациентов с геморрагическим инсультом – до 38 месяцев.

Также мы определили спектр факторов, имеющих неблагоприятное прогностическое значение для пациентов с ГИ и ИИ в ВББ, ранее не обсуждавшийся в научной литературе. Так, для пациентов с ИИ в ВББ установлено первостепенное прогностическое значение стенозов в системе ВСА более 50% ипси- и контралатерально стороне гемипареза, несмотря на то, что инсульт произошел в другом бассейне. А для пациентов с ГИ фактором риска неблагоприятного прогноза может быть наличие распространенного перивентрикулярного лейкоареоза, имеющего иные, в отличие от основного поражения, патогенетические механизмы формирования.

Можно сделать вывод о том, что для определения прогноза на восстановление пациента и составления индивидуальной программы реабилитации необходимо проведение расширенного обследования, включающего всестороннюю оценку неврологического, реабилитационного (по общим и локальным шкалам) и нейропсихологического статуса, а также результатов инструментальных исследований. Принимая во внимание временной период, в течение которого происходит клинически значимое восстановление, имеет смысл улучшить наблюдение за пациентами в данный период, а также увеличить частоту и

интенсивность проведения реабилитационных мероприятий. Выявление специфических прогностических факторов позволяет не только распределить пациента в реабилитационную подгруппу и оценить вероятность клинического улучшения функций, но и скорректировать методы вторичной профилактики инсульта.

Литература:

1. Разумов А.Н., Мельникова Е.А. // Журнал «Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры». – Москва, 2015. – Т. 92, № 2. – С. 37-42.

2. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации // Руководство для врачей и научных работников / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М.: «Антидор», 2002. – 439 с.

3. Amano S., Takebayashi T., Hanada K., Umeji A., Marumoto K., Furukawa K., Domen K. // Phys. Ther. 2015 Jan 15. [Epub ahead of print].

4. Bajaj S., Butler A.J., Drake D., Dhamala M. // Front. Hum. Neurosci. 2015 Mar 30;9:173. doi: 10.3389/fnhum.2015.00173.

5. Becker F., Reinvang I. // J. Rehabil. Med. – 2007. – Vol. 39, №8. – 658-61 p.

6. Corbett D., Jeffers M., Nguemeni C., Gomez-Smith M., Livingston-Thomas J. // Prog. Brain. Res. – 2015. – Vol. 218. – 413-34 p.

7. Hughes L.E., Rowe J.B. // J. Cogn. Neurosci. – 2013. – Vol. 25, № 5. – 802-13 p.

8. Iyer M.B., Mattu U., Grafman J., Lomarev M., Sato S., Wassermann E.M. // Neurology. – 2005. – Vol. 64, №5. – 872-5 p.

9. Kang E.K., Baek M.J., Kim S., Paik N.J. // Restor. Neurol. Neurosci. – 2009. – Vol. 27, № 6. – 645-50 p.

10. Kulishova T.V., Shinkorenko O.V. // Vopr. Kurortol. Fizioter. Lech. Fiz. Kult. – 2014. – № 6. – 9-12 p.

11. Lapitskaya N., Moerk S.K., Gosseries O., Nielsen J.F., de Noordhout A.M. // Brain Stimul. – 2013. – Vol. 6, № 2. – 130-7 p.

12. Lee J.H., Kim S.B., Lee K.W., Kim M.A., Lee S.J., Choi S.J. // Ann. Rehabil. Med. – 2015. – Vol. 39, № 2. – 268-76 p.

13. Lee S.Y., Lim J.Y., Kang E.K., Han M.K., Bae H.J., Paik N.J. // J. Rehabil. Med. – 2010. – 42, №1. – 16-20 p.

14. Levin H.S. // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2006. – Vol. 87, 12 Suppl 2. – 1 p.

15. Lim J.Y., Kang E.K., Paik N.J. // J. Rehabil. Med. – 2010. – Vol. 42, № 5. – 447-52 p.

16. Loetscher T., Chen C., Wignall S., Bulling A., Hoppe S., Churches O., Thomas NA., Nicholls ME., Lee A. // BMC Neurol. – 2015. – № 15. – 64 p.

17. Magliaro F.C., Matas S.L., Matas C.G. // Pro. Fono. – 2009. – Vol. 21, № 4. – 285-90 p.

18. Mento G. // Front Hum Neurosci. – 2013. – Vol. 12, № 7. – 827 p.
19. Oneş K., Yalçinkaya E.Y., Toklu B.C., Çağlar N. // NeuroRehabilitation. – 2009. – Vol. 25, № 4. – 241-9 p.
20. Sibley K.M., Voth J., Munce S.E. // BMC Geriatr. – 2014. – Vol. 14. – 22 p.
21. Takeuchi N., Tada T., Toshima M., Chuma T., Matsuo Y., Ikoma K. // J. Rehabil. Med. – 2008. – Vol. 40, № 4. – 298-303 p.
22. Warren J.E., Crinion J.T., Lambon Ralph M.A., Wise R.J. // Brain. – 2009. – Vol. 132, № 12. – 3428-42 p.
23. Wik K.E., Lindegaard K.F., Brunborg B. et al. // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 2005. – Vol. 125, № 2 – 152-1254 p.

САНАТОРИЙ «СОЛНЫШКО»

Аверченко И.Ф., Пономарёв В.А., Кобель В.П., Стажинский А.В.

*Филиал «Детский санаторий «Солнышко» ОАО «Белагроздравница»,
Слуцк, Минская область*

Филиал «Детский санаторий «Солнышко» ОАО «Белагроздравница» расположен в 30 км от г. Слуцка в Минской области Республики Беларусь, в живописном месте вблизи Руднянского водохранилища, в окружении хвойного леса. Минская область – уникальна и неповторима по своим исключительным по красоте массивам хвойных и смешанных лесов, заповедным зонам с богатством флоры и фауны, кристально чистыми озерами и водоёмами, реками с их красивыми берегами и прекрасными пляжами. Исключительные природные ландшафты, наличие богатейших разнообразных курортных ресурсов представляет замечательные условия для отдыха и лечения.

Корпуса и коттеджи санатория построены на самом берегу Руднянского водохранилища. Прекрасный песчаный пляж и пологий вход в воду дает возможность окунуться в прохладной воде во время летнего зноя, как взрослым, так и самым маленьким. Санаторий окружен прекрасным сосновым лесом! Воздух здесь целебный и прохладный даже в самый жаркий день!

Медицинское обслуживание детей и родителей организовано в круглосуточном режиме. В первые часы

поступления детей 100% они осматриваются на предмет наличия кожных контагиозных заболеваний и инфекционных болезней. Функционируют три круглосуточных медсестринских поста. Дети, нуждающиеся в динамическом наблюдении врача, обязательно осматриваются дежурным врачом, согласно перечня историй болезни, который ежедневно формируется лечащими врачами. При необходимости в консультации узкими специалистами дети медицинским транспортом санатория в сопровождении медицинской сестры доставляется в Слуцкую ЦРБ. В случае необходимости экстренной госпитализации и вызове «скорой помощи», выезд бригады осуществляется немедленно. Функционирует процедурный кабинет, оснащенный необходимым набором оборудования, медикаментов и средствами для оказания неотложной медицинской помощи. На каждом посту имеется полный набор средств для оказания неотложной медицинской помощи, который постоянно обновляется. Имеются разработанные стандарты оказания неотложной медицинской помощи. Помимо учебы на курсах повышения квалификации постоянно проводится учеба с врачами, средним и младшим медицинским персоналом. 100% детей получают комплексную витаминотерапию. Функционирует стоматологический кабинет. Проводится осмотр всех детей и лечение неосложненного кариеса по показаниям. Для обследования детей и определения динамики течения болезни, функциональных изменений в процессе лечения работает клинико-диагностическая лаборатория, кабинет функциональной диагностики, записывается ЭКГ, определяется функция внешнего дыхания.

Основа климатолечения – фитогенез соснового леса с высоким содержанием хвойных ароматических веществ. Лечение в таком климате показано детям с функциональными расстройствами нервной системы с преобладанием процессов возбуждения, детям, страдающим хроническими заболеваниями органов дыхания. Для детей проводятся походы в лес в летнее и зимнее время, занятия дозированной ходьбой по тропе здоровья, терренкур. Все дети получают воздушные и солнечные ванны круглый год, талассотерапию в летнее время на хорошо оборудованном расположенном на территории санатория пляже

на берегу Руднянского водохранилища. В широком спектре применяется бальнеотерапия: минеральная вода для питья, ванны, ингаляции, полоскания, орошения, компрессы, электрофорез и другие процедуры. Функционирует сауна, бассейн. Для грязелечения применяются белорусские сапропелевые грязи, получаемые из санатория «Радон», назначаемые по новейшим методикам.

Особое внимание хотелось бы уделить методике спелеоклиматолечения. С мая 2009 года введена в работу спелеоклиматопещера, эффект от лечения в которой приравнивается к нахождению в Солигорской спелеолечебнице. Стены пещеры выложены породой калийной соли, возраст которой составляет 450 миллионов лет и которая добыта с глубины 500 метров Солигорских шахт. Отмечается колоссальный лечебный эффект при лечении заболеваний органов дыхания.

Условия размещения: спальный, лечебный и школьный корпуса, коттеджи, столовая, административный корпус. Дети проживают в 2-этажном спальном корпусе. В 3–4-местных комнатах. В каждой комнате имеется санузел и душевая. В комнате встроенный шкаф, тумбочки, стулья. Каждая комната имеет выход на балкон. Спальный корпус сообщается с лечебным корпусом, школой, столовой, спортзалом, актовым залом, что создает удобство, особенно в холодное время года. Инфраструктура санатория: сауна, кабельное ТВ, кинозал, танцевальный зал, летняя танцплощадка, таксофон, спортзал (теннисные столы, баскетбольные корзины, шведская стенка), спортплощадка (минифутбольная, футбольная, волейбольная), теннис настольный. Имеется автостоянка, камера хранения, прачечная, детская площадка, детская комната, школа.

Питание: 6-разовое. Разработано и применяется сезонное меню по возрастным группам, где учтены важнейшие принципы детской диетологии:

1. Принцип «физиологической адекватности питания».
2. Принцип достаточности энергетического обеспечения.
3. Принцип «мультикомпонентности сбалансированности питания». Широко включаются в питание натуральные соки с мякотью (персиковый, вишневый, сливовый), овощи,

морепродукты. Организовано диетическое питание в зависимости от заболевания отдыхающего ребенка. Разработана гипоаллергенная диета.

Соблюдается порядок обслуживания: до прибытия детей производится предварительная сервировка столов, выставляются холодные закуски, супница с первым блюдом и третье блюдо. В процессе приема пищи подается второе блюдо. Посуда со столов не убирается до тех пор, пока полностью не осуществлен прием пищи.

В течение нескольких лет филиал «Детский санаторий «Солнышко» ОАО «Белагроздравница» активно участвует в программах оздоровления детей из Российской Федерации. Гости из России охотно приезжают к нам как летом, так и в зимний период- благо возможность провести полноценное оздоровление детей имеется независимо от поры года. Мы всегда рады принять вас в нашей санатории.

САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ КОМПЛЕКСУ «РАДОН» 25 ЛЕТ

*Аверченко И.Ф., Карпишевич Л.Г., Минько Н.П.,
Мазур Н.В., Пирогова Л.А.*

*Открытое акционерное общество «Белагроздравница»,
Филиал «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница»,
Дятловский район, Гродненская область,
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно*

Филиал «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница» расположен в Дятловском районе Гродненской области на западе республики Беларусь, на краю Новогрудской возвышенности, в междуречье Молчади, Паниквы, Дятловки, Щары – притоков реки Неман. Новогрудская возвышенность характеризуется грядовым и крупнохолмистым конечно-моренным рельефом с относительными высотами над соседними долинами от 80 до 140 метров.

Поверхность возвышенности изрезана балками, оврагами, долинами рек и мелких водотоков, глубоко врезанными ярами. К долинам рек и водотоков наблюдается снижение абсолютных

отметок до 160-180 м.

Климатические условия характеризуются умеренно холодной зимой и умеренно теплым влажным летом. Среднегодовая температура воздуха по данным многолетних наблюдений $+6,1^{\circ}\text{C}$. Самый теплый месяц года июль, со средней температурой плюс $18,0^{\circ}\text{C}$. Самым холодным месяцем является январь со средней температурой минус $6,1^{\circ}\text{C}$.

Характеристика продолжительности солнечного сияния 1757 часов в год.

Продолжительность купального сезона – 85 дней.

По количеству выпадающих атмосферных осадков район относится к зоне достаточного увлажнения. Среднегодовое количество осадков составляет 564 мм.

Преобладающее направление ветров летом западное и юго-западное, зимой – южное и юго-восточное.

По характеру растительности территория относится к подзоне широколиственно-темнохвойных лесов Европейско-Сибирской подобласти. Основными растительными формациями района являются лесные, луговые и болотные. Преобладают сосново-еловые леса с примесью березы обыкновенной, дуба черешчатого, различных видов ив, ольхи, лещины и можжевельника. В поймах рек мелколиственные леса и кустарниковые поросли чередуются с луговыми пространствами.

Флора очень разнообразна и представительна, что обусловлено многообразием местообитаний и растительных сообществ (лесных, болотных, водных, луговых). На территории, прилегающей к санаторию, встречаются: хвощ полевой, иван-чай узколистый, марьянник дубравный, различные виды папоротников, купена, подорожник большой, зверобой продырявленный, чистотел большой, ветреница дубравная, цмин песчаный, тимьян ползучий, тысячелистник обыкновенный и многие другие. Украшают природный ландшафтный рисунок различные виды мхов, очитки, гвоздика-травянка, венерин башмачок, фиалка, кислица и другие. Широко представлены съедобные дикорастущие ягоды: черника, брусника, ежевика, малина, земляника, встречается голубика.

Все перечисленные природные условия обеспечивают высокий биоклиматический потенциал.

В течение всего года в санатории организованы различные формы климатолечения:

- дасотерапия (лесная терапия);
- талассотерапия (озеро, река, купель, бассейн);
- гелиотерапия (пляж, солярий);
- спелеотерапия (соляная комната с градирней, соляная сауна);
- аэроионотерапия (янтарная комната);
- ландшафтотерапия (природные особенности рельефа, обусловленные месторасположением, разнообразие флоры).

Экологическое состояние территории здравницы, ее расположение в лесопарковой зоне, наличие обустроенных мест для рекреации: беседок, клумб, фонтана, зон барбекю, уличных тренажёрных комплексов, оборудованных дорожек для барефутинга, маршрутов терренкура, пешеходных путей и прогулочных велосипедных маршрутов отвечают всем современным требованиям курортной инфраструктуры. Обеспечен практически 100% охват отдыхающих видами климатотерапии.

Уникальные природные ресурсы представлены минеральными радоновыми водами и местными сапропелевыми гязями. Гидроминеральная база санатория «Радон» представлена 4 скважинами. Глубина скважин от 295 до 307 метров, из интервала глубин 170-304 м получены радоновые воды. По химическому составу воды пресные с минерализацией 0,4-0,6 г/л гидрокарбонатно-магниевые-кальциевые. Содержание радона 20-60 нКи/л. Эксплуатационные запасы минеральных радоновых вод по категории В составляют 430 м³/сут, по категории С – 320 м³/сут.

Сапропели озера Дикое – уникальный природный органоминеральный комплекс веществ, образовавшийся в течение длительного времени из остатков растительных и животных организмов. Указанная гязь по генезису и составу относится к сапропелевым, является пресноводной, бессульфидной, среднесольной (до 60%), слабощелочной реакции (рН=7,3-7,7). В составе золы преобладают карбонаты кальция (36,3%). В состав сапропелей входят гуминовые кислоты, антибиотики, аминокислоты. Разведанные запасы составляли

398 тыс. тонн, остаточные запасы на 2018 год составляют 368 тыс. тонн.

Основу лечебной базы санатория «Радон» представляет водогрязелечебница мощностью 450 посещений в смену.

В бальнеолечении широко применяются общие и 4-х камерные радоновые ванны, гинекологические орошения, солевые, жемчужные ванны, лечебные ванны с хвойным экстрактом, контрастные ванны, пресные, лекарственные, ароматические, вихревые ванны для ног, вихревые ванны для рук, ручные ванны, суховоздушные углекислые ванны. Проводится питьевое лечение минеральной водой «Поречье» и местной слаборадоновой водой.

Термолечение представлено грязевыми аппликациями (местными, общими), грязеразводными ваннами, применением ректальных и гинекологических грязевых тампонов, парафиновыми и озокеритовыми аппликациями

Светолечение в санатории представлено лазеротерапией, местным ультрафиолетовым облучением, биоптронотерапией.

В электро- и магнитотерапии используется общая и местная гальванизация, электрофорез постоянными и импульсными токами, электродиагностика, электростимуляция, трансцеребральная электротерапия, дидинамотерапия, амплипульстерапия, интерференцтерапия, ультравысокочастотная терапия, магнитотерапия (общая, местная, полостная), магнитопунктура, электротерапия на аппарате «Андро-Гин».

Применяются факторы механической природы: лечение ультразвуком, аппаратный лимфодренажный массаж «Прессамед».

Востребованными при лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы являются сухие углекислые ванны «Реабокс». В санатории их 4.

Новинкой инновационной технологии при лечении заболеваний сосудов ног является аппарат VACUMED.

Для лечения сопутствующих заболеваний органов дыхания открыта в 2012 году первая в Республике Беларусь климатическая спелеокамера (получен соответствующий патент № 9049, авторы: Аверченко И.Ф., Климович М.А., Пономарёв В.А., Иода В.М., Карпишевич Л.Г.). Широко

применяются лекарственные ингаляции, кислородные коктейли.

Для лечения заболеваний суставов и позвоночника в практику работы внедрена локальная воздушная криотерапия (ЛВКТ) Cryo Air.

В кабинете озонотерапии применяются современные методики: внутривенная капельная инфузия озонированного физиологического раствора; питьё озонированной дистиллированной воды; газация нижних конечностей озон-кислородной смесью; подкожное введение озон-кислородной смеси; ректальная инсуфляция озон-кислородной смесью.

Востребованным и высокоэффективным методом при лечении многих заболеваний является карбокситерапия (подкожные газовые CO₂ инъекции).

В комплексе с другими средствами и методами медицинской реабилитации пациентов широко внедрены в практику работы санатория методы лечебной физкультуры, включающие механотерапию с помощью различных устройств и снарядов, всевозможные виды гимнастики, купание в бассейне и методы остеокинезиса.

Различными видами массажа (ручной, механический аппаратный с локальной термотерапией, подводный душ-массаж, гидромассаж рук и ног в центрифуге Акваролл) обеспечивается 100%-й охват пациентов санатория.

Неврологами санатория в практику работы внедрены методы тракционной терапии (вытяжение позвоночника): верикальное вытяжение, аппаратная тракционная терапия, горизонтальное аппаратное вытяжение позвоночника в радоновой воде (уникальный метод лечения).

В санатории организован широкий спектр современных косметологических услуг. Косметологические услуги представлены методами: неинъекционная мезотерапия, высокочастотный радиолifting, лазерная косметология. Наряду с косметологическими услугами разработан целый ряд новейших программ SPA-терапии: «SPA-релакс», «SPA-термопохудение», «Стоп, целлюлит», «Детокс-процедура», «SPA-антистресс», стоун-терапия (массаж горячими камнями) и др.

Косметологические, SPA-программы и стоун-терапия объединены в MEDICAL SPA RADON.

Лабораторная диагностика пользуется активным спросом среди отдыхающих. На сегодняшний день лаборатория санатория оснащена современным экспресс-оборудованием японских производителей, что даёт возможность обработать пробы пациентов на все заказанные тесты (онкомаркеры, маркеры сердечно-сосудистых патологий, маркеры диабета, анемии, гормон щитовидной железы и половой сферы, диагностики аллергий, биохимия крови и гематологические исследования и т.д.) в течение нескольких часов.

Многопрофильность санатория обеспечена работой 19 врачей высшей и первой категории по следующим специальностям: неврология, терапия, физиотерапия, педиатрия, стоматология, функциональная диагностика, гинекология, урология, косметология.

Ежедневно каждый отдыхающий получает от 6 до 10 видов медицинских и оздоровительных услуг. Средняя продолжительность пребывания пациента составляет 12-13 дней. За этот период пациент получает от 80 до 100 процедур.

Всего в санатории ежедневно оказывается более 1800 медицинских и оздоровительных услуг с использованием природных и преформированных лечебных факторов.

Особое место в оказании качественных санаторно-курортных услуг отдыхающим, отводится организации питания, как составной части санаторно-курортного лечения.

Постоянно развивается и совершенствуется материально-техническая база пищеблока, отвечающая современным требованиям. Внедряются новые технологии приготовления пищи на основе использования современного оборудования и прогрессивных форм обслуживания.

В санатории «Радон» разработаны новые рецептуры диетических блюд из рыбы, птицы, мяса для приготовления в пароконвектоматах. В обеденных залах организованы элементы шведского стола с подогреваемыми мармитами для каш на завтрак и охлаждаемыми витринами для салат-бара на обед и ужин, в дополнение к молочным кашам представлены топпинги – мёд, джем, ягодное варенье. По желанию отдыхающих разработаны решения для организации питания в пост и приверженцев вегетарианского питания.

В производственных цехах и складских помещениях пищеблока проведена реконструкция с полным техническим перевооружением. Для оснащения пищеблока использован опыт передовых стран производителей, таких как Германия, Франция, Италия. В настоящее время приобретены новинки известных мировых производителей технологического оборудования: печь паровая промышленная, четыре котла варочных промышленных с системой взбивания и охлаждения, выбивальная машина, тестомесильная машина, овощерезка промышленная. Продукция, поступающая на склад пищеблока, приобретается от ведущих отечественных производителей.

Регулярно сотрудниками пищеблока проводятся выставки-дегустации и мастер-классы для отдыхающих санатория.

Санаторий располагает уютным киноконцертным залом на 267 мест, оснащённым современным световым, музыкальным и кино-видео оборудованием, имеется библиотека с читальным залом, танцевальный зал, летняя танцевальная площадка, игровые комнаты для детей, помещения для проведения кружковой работы с детьми. Штат отдела культурно-массовой работы филиала насчитывает шесть сотрудников – заведующий отделом культурно-массовой работы, библиотекарь, два культорганизатора, музыкальный руководитель, ведущий дискотеки. Особой популярностью пользуются концерты народного коллектива эстрадной песни «Родник» созданного на базе санатория более 20 лет назад и получившего звание «Народный» в 2014 году.

Для занятий спортом в санатории имеется бассейн, спортивный зал, тренажёрный зал, баскетбольная и волейбольная площадки, теннисный корт, стадион с футбольным полем и беговой дорожкой, спортивные помещения для игры в настольный теннис и бильярд. Организованы экскурсии: Брестская крепость, Национальный парк «Беловежская пуща», агротуристический комплекс «Гарадзенскі маёнтак «Каробчыцы», Слоним-Жировичи-Сынковичи, Мир-Несвиж, экскурсия в Дом-музей Адама Мицкевича в Гродно.

Зав. кафедрой медицинской реабилитации Гродненского государственного медицинского университета, доктором медицинских наук, профессором, мастером спорта СССР

Пироговой Л.А. организовано и проведено 3 научно-практических конференции с международным участием и организована работа по комплексному использованию радоновых вод и сапропелевых грязей; в практику работы внедрены новые методики по их использованию, созданием сборников научно-практических работ.

На базе санатория «Радон» в 2002 году выполнена и защищена кандидатская диссертация главным врачом Мазуром Н.В. «Природные факторы санатория «Радон» и их использование в восстановительном лечении больных неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника» под руководством профессора Пироговой Л.А. (кафедра медицинской реабилитации Гродненского государственного медицинского университета).

Результатом научной и практической работы в области открытия и использования месторождений радоновых минеральных вод в Республике Беларусь и методик бальнеологического освоения нашли одобрение и признание на государственном уровне. Авторам этой работы (С.П. Гудаку, Э.С. Кашицкому, А.В. Кудельскому, Н.В. Нечаеву, П.З. Хомичу, М.Г. Ясовееву) присуждена Государственная премия в области науки и техники в 1998 году.

С назначением на должность генерального директора республиканского объединения «Белагроздравница» И.Ф. Аверченко 2001 году, сыгравшего ведущую роль в становлении и развитии санаторно-курортного комплекса «Радон», произошло усиление кадрового потенциала, создание современной курортной инфраструктуры и выход на лидирующие позиции.

В 2011 году санаторий Радон завоевал бронзовую медаль в конкурсе «Брэнд года», в 2012 году признана лучшей санаторно-курортной организацией для взрослых, в 2013 году завоевал серебряную медаль в конкурсе «Брэнд года» в номинации «Экспорт», В 2014 – призёр в номинации «Лучшая санаторно-курортная организация», в 2015, 2016, 2017 годах – победитель международного фестиваля в конкурсе «Выбор года: санаторий № 1, лучшая санаторно-курортная организация». Республиканским центром по оздоровлению и санаторно-

курортному лечению за высокие показатели в работе по оздоровлению и санаторно-курортному лечению санаторий «Радон» признан лучшим в 2016 году.

Сочетание климатических, бальнеотерапевтических факторов, грязелечения, создание современной курортной инфраструктуры позволяет классифицировать санаторный комплекс «Радон» как курорт.

К ВОПРОСУ О «ГИДРОГЕОЛОГИЧЕСКОМ РАЗУБОЖИВАНИИ» МЕСТОРОЖДЕНИЯ РАДОНОВЫХ ВОД

Богдасаров А.А.

Белорусское географическое общество, Брест

В санаториях «Радон» и «Альфа-радон» успешно лечат заболевания опорно-двигательного аппарата, неврологические, сердечно-сосудистые, кожно-покровные и гинекологические заболевания. В настоящее время доказано высокая эффективность применения радонотерапии в кардиологии и гастроэнтерологии [3]. За последние несколько лет в санаториях прошли курс лечения, оздоровления и реабилитации около 70 тысяч человек и около половины из них – это граждане России, Украины, стран Балтии, среднеазиатских и закавказских республик, Польши, Чехии, Италии, Германии, Израиля и других стран. В отдельные отрезки времени за счет большого объема использования радоновых вод месторождение подвергается экстенсивной эксплуатации во время которой отмечается снижение радоносодержания самих вод и сработки упругих запасов [2].

Первые сведения о наличии радона в геологических отложениях Беларуси были получены в 1966 г., когда в результате буровых работ по программе гидрогеологического картирования в окрестностях деревень Селивонки Дятловского и Пацевичи Мостовского районов Гродненской области были обнаружены подземные воды с высоким содержанием радона (более 3150 Бк/л). Более того, близ деревень Раклевичи и Головли

в 1967 г. при проведении гидрогеологических работ для нужд жителей колхоза «Россия» в Дятловском районе, одна из скважин оказалась самоизливающейся [1]. После произведенного химико-гидрологического анализа выяснилось, что вода в ней насыщена радоном (до 800 Бк/л). В дальнейшем специалисты ПО «Белгеология» начали целенаправленно проводить геологоразведочные работы по изучению первого в Беларуси месторождения лечебных радоновых вод, которые территориально совпадают со сводовой частью Белорусской антеклизы.

В геолого-структурном отношении месторождение расположено в пределах Дятловского поднятия в центральной части Белорусского кристаллического массива, где кристаллические породы архея и нижнего протерозоя представлены магматическими породами кислого состава (граниты, гранитогнейсы, амфиболиты), залегают на глубинах до 1 км. Далее, субгоризонтально залегающие выше по разрезу отложения платформенного чехла представлены верхнепротерозойскими туфопесчанниками, меловыми мергелями, пясчим мелом, палеогеновыми песчаниками и песчано-глинистыми породами четвертичного возраста общей мощностью 150-165 м [2, 4]. Обнаруженные радоновые минеральные воды характеризуются несколько повышенным содержанием радия (до $2,28 \cdot 10^{-11}$ г/л) и гелия, а содержание урана соответствует фоновому ($3,2-6,5 \cdot 10^{-7}$ г/л).

В начале 1980 г. в институте «Белградостроительство» был разработан проект курортного комплекса на базе открытого месторождения радоновых лечебных минеральных вод и 21 октября 1993 г. санаторий «Радон» принял своих первых посетителей, а с 2016 года вступил в строй новый санаторий – «Альфа-Радон». Расположенные в зоне климатического комфорта в сосновом реликтовом лесу, в месте слияния двух живописных речек Молчадь и Паниква, рядом с пойменными лугами, оба санатория входят в часть территории площадью около 100 км², которая официально объявлена санаторной зоной и которая постоянно контролируется санитарной и экологической службой. Они же осуществляют постоянный контроль радоновых вод в качестве минеральных вод бальнеологического регистра [1, 2].

Схема минерального водоснабжения, способ транспортировки радоновой воды от пробуренных четырех радоносодержащих скважин к водолечебницам санаториев и способ подогрева воды обеспечивают достаточную для лечения сохранность концентрации радона в воде, что способствует успешному проведению комплекса лечебных процедур. Кстати, улучшение состояния здоровья отмечается у более 95% пациентов, что свидетельствует об эффективном лечении радоновыми минеральными водами. Но основная задача по эксплуатации месторождения – сохранить сложившийся баланс взаимодействия минеральных вод с водами грунтовыми и приповерхностными, ибо в противном случае произойдет «гидрогеологическое разубоживание» радоновых вод, тогда лечить и оздоравливать больных пациентов будет просто нечем.

Радон, как известно, представляет собой одноатомный радиоактивный газ без запаха, вкуса и цвета с плотностью 9,73 г/л, температурой кипения 61,9°C и температурой плавления 71,0°C. Химически малоактивен. В одном объеме воды при 0°C растворяется 0,507 объемов радона. Известно несколько изотопов радона с периодом полураспада от 3,9 секунды до 3,8 суток и все они являются продуктами α – распада радия, который в рассеянном или локализованном состоянии находится в кристаллических горных породах Белорусской антиклизы и Дятловского поднятия [1, 3, 4]. Последние в районе обоих санаториев сильно трещиноваты и раздроблены и в подземных водах здесь отмечаются высокие концентрации радона (в пределах от 200 до 3000 Бк/л). Надо особо отметить, что в геологическом разрезе месторождения, помимо собственно радоновых минеральных вод трещинно-порового пространства пород кристаллического фундамента, выделяются подземные воды осадочного чехла, используемые как питьевые и для хозяйственных нужд. Их минерализация 0,3-0,4 г/л, ионный состав гидрокарбонатный магниевый-кальциевый. Температура этих вод близка среднегодовой температуре окружающего воздуха: 8-10°C. Кроме того, в четвертичных болотных, аллювиальных и флювиогляциальных отложениях отмечаются и грунтовые воды, развитые с поверхности Земли.

В районе санаториев пробурены 4 разведочно-

эксплуатационные скважины трещинная скважность которых варьирует от 1 до 4 м в каждой. Вне зон трещиноватости скальные породы фундамента практически безводны и водонепроницаемы. Сами же подземные радоновые воды трещиноватых кристаллических горных пород фундамента высоконапорные (до 174,5 м), самоизливающиеся и их дебит, обеспечивающий минерально-сырьевую базу радоновых минеральных вод, составляет 182,4 м³/сут (скв. № 1), 36,0 м³/сут (скв. № 2), 151,2 м³/сут (скв. № 3) и 225,6 м³/сут (скв. № 4).

Химический состав и основные физико-химические характеристики радоновых минеральных вод (минерализация, ионный состав, температура) аналогичны, за исключением присутствия радона, водам вышележающих отложений. При этом надо особо отметить, что радоновая минерализация воды, полученная с глубины 170-304 м прозрачна, бесцветна, без запахов и осадков с содержанием в них радона от 75 до 200,2 Бк/л [1, 4].

Между кристаллическим фундаментом и четвертичными водоносными комплексами отсутствуют водоупорные отложения. Обе эти водоносные толщи находятся в зоне очень интенсивного водообмена и по большому счету представляют собой гидродинамический единый водонапорный комплекс. И когда происходит интенсивный отбор радоновых минеральных вод из трещинно-порового резервуара отложений кристаллического фундамента, имеет место столь же интенсивное переточное явление: погружение пресных безрадоновых вод из выше залегающих четвертичных водонапорных комплексов в трещинно-поровые комплексы кристаллического фундамента. В результате происходит снижение концентраций радона в добываемых минеральных водах радонового месторождения.

Ведущими учеными Беларуси были детально исследованы все эти водообменные процессы [2, 4]. Было установлено, что содержание радона в подземных водах эксплуатационных скважин зависит, в основном, от водопроницаемости трещинно-пластового резервуара: чем ниже водопроницаемость, тем выше содержание радона в подземных водах. При этом большое значение имеет продолжительное время контакта воды с

радонопроизводящими горными породами. Противоположные соотношения расхода воды и времени ее контактирования с горными породами чреваты снижением концентрации радона.

По данным опытно-фильтрационных работ, последний раз проведенных в 1991-1993 гг., было установлено, что при суммарном отборе радоновой воды из скважин № 1-3 в количестве 430 м³/сут имели место стабильные гидрохимический и гидродинамический режимы. При суммарном отборе воды из 4 скважин в количестве 750 м³/сут наблюдался не установившийся гидродинамический режим со снижением содержания радона в воде каждой скважины. В 2011 г. эти данные были уточнены и скорректированы. Поскольку сейчас уже 2018 г. и на водозаборе санатория «Радон» режимные наблюдения за поведением уровней подземных вод не проводились общие запасы радоновых вод нельзя признать достаточно достоверными. Замеры уровней и расходов подземных минеральных радоновых вод в 2015 г. свидетельствуют о том, что даже при водоотборе 40-60 м³/сут начинает проявляться тенденция к сработке упругих запасов.

Следует особо отметить одно очень важное обстоятельство: гидравлический метод оценки запасов является достаточно эффективным и приемлемым для случаев «бассейновых» объемов и распространений подземных вод с устойчивым содержанием водорастворенных веществ. Для случая же радоновых минеральных вод с их узколокальным формированием и неустойчивым биологически активным компонентом (период полураспада радона всего 3,8 суток), концентрация которого крайне изменчива и во времени и под влиянием изменяющихся гидродинамических условий, необходимо разработка специальной методики, фактологическую основу разработки которой можно получить в результате детальных режимных наблюдений за поведением уровней расходов и радоносодержаний подземных вод в процессе их эксплуатации. При этом надо понимать, что постоянно при эксплуатации скважин может возникнуть смешивание вод радоновых с погружающимися безрадоновыми пресными подземными водами. А поэтому необходимо до разрешения всех аспектов негативного исхода и разработки наиболее приемлемых методов

оценки динамических запасов радоновых вод не использовать увеличение эксплуатации минеральных радоновых вод месторождения, в том числе за счет увеличения количества пробуренных новых скважин.

Литература:

1. Богдасаров, А.А. Радон-минусы и плюсы коварной невидимки / А.А. Богдасаров. – Брест: ОАО «Брестская типография», 2008. – 64 с.
2. Месторождение минеральных радоновых вод: гидрогеология, радиохимическое состояние и оценка запасов / А.В. Кудельский [и др.] // Природные ресурсы. – 2016. – № 2. – С. 5–13.
3. Матвеев, А.В. Радонопродукцирующий потенциал пород платформенного чехла территории Беларуси / А.В. Матвеев, М.И. Автушко // Литосфера. – 2015. – № 2 (43). – С. 143–149.
4. Матвеев, А.В. Радон в геологических комплексах Беларуси / А.В. Матвеев, А.К. Карабанов, М.И. Автушко. – Минск: Беларуская навука, 2017. – 136 с.

ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Васкель М.В., Емельянчик Г.В.

*Филиал «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница»,
Дятловский район, Гродненская область*

Метаболический синдром или иначе синдром X характеризуется многочисленными нарушениями обмена веществ, которые повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний. В соответствии с определением МДФ (Международная диабетическая федерация) для того, чтобы состояние человека могло быть обозначено как метаболический синдром, у него должно иметься:

Центральное (висцеральное) ожирение (определяется как окружность талии ≥ 102 см у мужчин и ≥ 94 см – у женщин) плюс любые два из следующих 4-х факторов:

1) повышенный уровень триглицеридов ($>1,7$ ммоль/л) или лечение дислипидемии;

2) сниженный холестерин липопротеинов высокой плотности ($<1,0$ ммоль/л у мужчин и $<1,3$ ммоль/л у женщин) или

лечение дислипидемии;

3) повышенное артериальное давление: (систолическое АД 135 или диастолическое АД 85 мм рт.ст.) или проведение лечения в связи с ранее диагностированной гипертонией;

4) повышенный уровень глюкозы в плазме натощак ($>6,1$ ммоль/л) или ранее диагностированный диабет типа 2.

Распространенность этого расстройства обмена веществ в цивилизованных странах приняла сегодня размах эпидемии и несмотря на то что первые описания метаболического синдрома относятся к 17 веку, врачи относительно недавно начали уделять ему более пристальное внимание. Связано это с несколькими причинами. Во-первых, растет число людей с избыточным весом и ожирением, которые одновременно страдают от диабета 2 типа, атеросклероза или артериальной гипертензии. Во-вторых, нераспознанный и нелеченый метаболический синдром грозит развитием подагры, жирового перерождения печени, поликистоза яичников, эректильной дисфункции, а в перспективе – возникновением таких тяжелых заболеваний, как цирроз печени, тромбоз, инфаркт миокарда, инсульт сосудов головного мозга, диабетическая ретинопатия (слепота).

Метаболический синдром не имеет явной клинической симптоматики, патология часто диагностируется на поздней стадии после возникновения осложнений. Диагностика включает:

Осмотр специалиста. Врач-эндокринолог изучает анамнез жизни и заболевания (наследственность, распорядок дня, режим питания, сопутствующие болезни, условия жизни), проводит общий осмотр (параметры АД, взвешивание). При необходимости больной направляется на консультацию к диетологу, кардиологу или гинекологу.

Определение антропометрических показателей. Центральный тип ожирения диагностируется путем измерения окружности талии. При синдроме X данный показатель у мужчин составляет более 102 см, у женщин – 94 см. Лишний вес выявляется подсчетом индекса массы тела (ИМТ) по формуле $ИМТ = \text{вес (кг)}/\text{рост (м)}^2$. Диагноз «ожирение» ставят при ИМТ больше 30.

Лабораторные анализы. Нарушается липидный обмен: повышается уровень холестерина, ЛПНП, триглицеридов,

снижается уровень ЛПВП. Расстройство углеводного обмена ведет к увеличению глюкозы и инсулина в крови.

Дополнительные исследования. По показаниям назначается суточный мониторинг АД, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ печени и почек, гликемический профиль и глюкозотолерантный тест.

При метаболическом синдроме санаторно-курортное лечение исключительно эффективно, так как оно предполагает комплексную терапию, направленную на нормализацию веса, параметров АД, лабораторных показателей и гормонального фона.

В таких условиях уменьшается действие факторов риска развития диабета и сердечно-сосудистых заболеваний, а также улучшается самочувствие.

Сейчас в санатории «Радон» используются следующие процедуры для людей с метаболическим синдромом:

- диета с низким содержанием углеводов;
- лечебные ванны (например радоновые, хвойные);
- подводный душ-массаж;
- питьевое лечение минеральной водой (один из важнейших методов санаторно-курортного лечения метаболического синдрома);
- ЛФК и дозированные двигательные нагрузки (гимнастика, плавание в бассейне, аква-аэробика, танцы);
- грязелечение;
- физиотерапия (особенно сухие углекислые ванны);
- ароматотерапия;
- гирудотерапия;
- процедуры для снижения веса и очищения организма (только при отсутствии противопоказаний и строго по назначению; например, криосауна, мини-сауна «Кедровая бочка», SPA-капсула, гидроколлотерапия);

Программа, разработанная врачами санатория «Радон», дает стойкие положительные результаты. В контрольной группе отдыхающих с МС были проведены тестовые измерения, которые подтвердили эффективность лечения:

Произошла стабилизация АД, при этом в среднем показатели упали со 150 мм рт. ст. до 130.

Уровень глюкозы в крови снизился на 2-5 единиц, а в 35% случаев вернулся в норму.

Отмечено снижение массы тела на 4-12 кг в зависимости от сроков пребывания в здравнице и начальных показателей.

Самочувствие пациентов значительно улучшилась, возросла устойчивость организма к физическим нагрузкам.

При своевременной диагностике и лечении метаболического синдрома прогноз благоприятный. Основными мерами профилактики развития метаболического синдрома являются: контроль индекса массы тела и артериального давления, ежегодное определение сахара крови натощак и общего холестерина хотя бы однократно в возрасте старше 20 лет. При нормальных значениях общего холестерина в дальнейшем определяют его содержание каждые 5 лет. В группах пациентов с дислипидемией или факторами риска – чаще.

Для успеха профилактических программ принципиальное значение имеют внедрение образовательных программ и своевременная коррекция модифицируемых факторов риска немедикаментозными методами.

БИОКЛИМАТ САНАТОРИЯ «РАДОН»

Грядунова О.И., Карпишевич Л.Г.

*Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина, Брест
Филиал «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница»,
Дятловский район, Гродненская область*

Биоклимат территории – важный природный ресурс, от состояния которого зависят комфортность ощущений и самочувствие человека, работоспособность, производительность труда и здоровье организма в целом [1]. Исследуя влияние изменений метеорологических условий на адаптационные механизмы, можно решить проблему сохранения здоровья человека в условиях ухудшения среды обитания [2]. Биоклиматическая оценка – определение положительных и отрицательных воздействий различных климатических факторов и их комплексов на организм – выявляет медико-климатический

потенциал территории для рационального использования ландшафтно-климатических условий в здравоохранении и рекреации [3, 4, 5].

Целью является оценка биоклимата санатория «Радон».

Для оценки биоклиматических условий санатория «Радон» использовалась методика, разработанная в Центральном институте курортологии (ныне Центр медицинской реабилитации и физиотерапии) в 1988 г. Бутьевой И.Ф. [5]. Исходными данными послужили материалы Государственного учреждения «Брестский областной центр по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды» по метеостанциям Гродненской и Брестской областям (Барановичи, Волковыск, Лида, Новогрудок).

Результаты и их обсуждение. Режим ультрафиолетовой радиации определяет биологическую активность солнца. Величина ультрафиолетового излучения определяется высотой солнца над горизонтом. В день летнего солнцестояния (22.06) высота солнца над горизонтом в санатории «Радон» составляет около 59° , а в день зимнего солнцестояния (22.12) – 13° . В таблице 1 приведены показатели биологической активности солнца. По характеру ультрафиолетового режима территория земного шара делится на зоны, Беларусь относится к зоне комфортного ультрафиолетового режима.

Таблица 1. – Биологическая активность солнца

Высота солнца над горизонтом в полдень, град	Характеристика биологической активности солнца
<25	Ультрафиолет не достигает земной поверхности (УФ дефицит)
25–45	Умеренная биологическая активность солнца
45–60	Сильная биологическая активность солнца
>60	Чрезмерная биологическая активность солнца

Световой (инсоляционный) режим определяется продолжительностью солнечного сияния в течении которого возможно проведение различных рекреационных занятий. Недостаток продолжительности солнечного сияния, отмечающийся в северных широтах, является дискомфортным явлением. В районе санатория «Радон» раздражающее воздействие на организм может оказывать недостаточная

продолжительность солнечного сияния в июле месяце, но и эта величина изменяется от года к году (таблица 2). Тренирующим воздействием характеризуется количество часов солнечного сияния в году и количество дней без солнца в году, но например в 2016 г. было 215 дней без солнца, что почти в два раза больше среднего многолетнего значения. Щадящее воздействие оказывает на организм человека малое количество дней без солнца в июле и около 30 % дней без солнца в январе.

Таблица 2. – Инсоляционный (световой) режим

Параметр	Воздействие			Санаторий «Радон»
	раздражающее	тренирующее	щадящее	
Количество часов солнечного сияния в году	<1700	1700–2000	2000–2300	1745
Количество часов солнечного сияния в июле	<280	280-300	300–340	262
Количество дней без солнца в году	>140	100–140	60–100	106
Количество дней без солнца в июле	>3	2-3	1–2	1
Количество дней без солнца в январе	>25	20–25	10–20	19

С атмосферной циркуляцией связано перемещение воздушных масс. Человек реагирует на резкие изменения атмосферного давления и температуры. Существует средняя пороговая чувствительность человека: перепад температуры в 6° за сутки; перепад атмосферного давления в 5 мб за сутки. Люди, страдающие нарушениями артериального давления, сердечно-сосудистой системы, по-разному реагируют на эти изменения. В таблице 3 даны критерии оценки параметров атмосферной циркуляции для биоклимата.

Таблица 3. – Параметры атмосферной циркуляции

Параметр	Режим воздействия			Санаторий «Радон»
	раздражающий	тренирующий	щадящий	
Повторяемость междусуточной изменчивости давления более 5 мб в сутки, %	>40	30–40	<30	33%
Повторяемость междусуточной изменчивости температуры более 6 град в сутки, %	>20	10–20	<10	3–5%

С ветровым режимом связано воздействие воздушного потока на организм человека на уровне человеческого роста (в двухметровом слое воздуха). В соответствии с этим условия подразделяются на: аэростатические – штиль (скорость ветра $V=0$ м/с); слабодинамические ($V<1$ м/с); среднединамические ($V=1-4$ м/с); сильнодинамические ($V>4$ м/с); при скорости ветра более 7 м/с не рекомендуется проведение рекреационных занятий. Степень благоприятности ветрового режима определяется по повторяемости слабых ветров со скоростью менее 3 м/с (таблица 4).

Таблица 4. – Степень ветровой нагрузки

Параметр	Режим воздействия			Санаторий «Радон»
	раздражающий	тренирующий	щадящий	
Степень ветровой нагрузки (повторяемость слабых ветров: $V\leq 3$ м/с), %	<30	30–50	>50	65%

Термический режим характеризует продолжительность периодов: безморозного; благоприятного для летней рекреации; благоприятного для зимней рекреации; купального периода, а также теплоощущением человека в холодный и зимний периоды и обеспеченностью теплом тёплый период.

Период, благоприятный для зимней рекреации, устанавливается, когда среднесуточная температура достигает -5°C , но не ниже -25°C , при этом возможны занятия всеми видами зимнего отдыха. В районе санатория «Радон» такие условия чаще всего формируются в январе месяце и продолжительность может составлять до двух недель. Период, благоприятный для летней рекреации, определяется числом дней со среднесуточной температурой выше $+15^{\circ}\text{C}$, при этом становятся возможными занятия всеми видами летнего отдыха. Таких дней в санатории насчитывается около 86. Продолжительность купального сезона определяется числом дней с температурой воды выше 17°C . На территории санатория «Радон» продолжительность купального периода составляет 85 дней в году. Для рекреации очень важно учитывать термический дискомфорт как перегрева в летний период, так и переохладения в зимний. В таблице 5 даны медико-климатические характеристики термического режима.

Таблица 5. – Характеристика термического режима

Параметр	Режим воздействия			Санаторий «Радон»
	раздражающий	тренирующий	щадящий	
Продолжительность безморозного периода, дни	<90	90–180	>180	155
Обеспеченность теплом: повторяемость (%) комфортных условий за теплый период (ЭЭТ=17–22°С)	<11; >30	11–20	21–30	22–24
Продолжительность купального сезона, дни	<60	60–90	>90	85

В биоклимате учитываются две основные характеристики влажности: относительная и абсолютная влажность. Для рекреационных целей важна относительная влажность в дневные часы. Зимой почти повсеместно относительная влажность высокая, её суточный ход не выражен, преобладают «влажные» дни с влажностью 80 %. В целом для здоровья людей благоприятна относительная влажность в 40-60%, которая наблюдается в 17-20 днях в году. С абсолютной влажностью связано такое дискомфортное явление, как духота, которое формируется при относительной влажности более 80% и среднесуточной температуре выше +20°С. Оно наблюдается в теплый период года. Повторяемость душных дней за теплый период составляет 8-11%, что свидетельствует о щадящем режиме воздействия.

Режим осадков. Зимой по продолжительности залегания снежного покрова определяют пригодность территории к занятиям лыжным туризмом. Продолжительность залегания устойчивого снежного покрова в санатории «Радон» составляет около 75 дней, что свидетельствует о тренирующем режиме. Летом важно знать повторяемость дождливых погод, которые препятствуют рекреационным занятиям. Дождливым принято считать день, когда выпадает более 3 мм осадков (в дневное время), однако это относительная величина. Например, ливневые дожди на юге, которые наблюдаются в летний период, не являются существенным ограничением, так как они кратковременны, не мешают отдыху, наоборот, освежают воздух после полуденного зноя. В среднем за год в районе санатория «Радон» дождливая погода составляет 60 дней. Анализ режима

осадков показал, что повторяемость дождливых погод не превышает 25 %, что свидетельствует об оптимальном режиме воздействия.

Таким образом, анализ распределения биоклиматических параметров в течение года выявил, что наиболее комфортные условия по всем показателям для рекреационных целей на исследуемой территории формируются в летнее время, а наиболее дискомфортные – в зимний период, в то время как переходные (весна и осень) сезоны характеризуются как благоприятными, так и дискомфортными условиями.

Литература:

1. Хайруллин, К. Ш. Климатические ресурсы и методы их представления для прикладных целей / К. Ш. Хайруллин. – СПб. : Гидрометеиздат, 2005. – 231 с.

2. Бокша, В. Г. Медицинская климатология и климатотерапия / В. Г. Бокша, Б. В. Богуцкий. – Изд. Киев, 1980. – 256 с.

3. Меркулов, П. И. Динамика самоочищающей способности атмосферы и биоклиматическая характеристика г. Саранска / П. И. Меркулов, С. В. Меркулова, К. О. Колокотрони // Проблемы региональной экологии. – 2009. – № 5. – С. 192–198.

4. Меркулов, П. И. Картографирование биоклиматической комфортности на основе ГИС-технологий (на примере Приволжского федерального округа) / П. И. Меркулов, А. Ф. Варфоломеев, С. В. Меркулова и др. // Картография и геодезия в современном мире. – Саранск, 2011. – С. 42–52.

5. Севостьянова, С. А. Эколого-экономическая оценка рекреационных ресурсов: учебное пособие / С. А. Севостьянова. – СПб. : СПбГИЭУ, 2008. – 190 с.

КАРБОКСИТЕРАПИЯ. ИСТОРИЯ ПРИМЕНЕНИЯ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА В МЕДИЦИНЕ

Ерчик Н.Н.

*Филиал «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница»,
Дятловский район, Гродненская область*

Современная медицина имеет в своём распоряжении огромный арсенал для диагностики и лечения различных заболеваний. Применение CO₂ имеет многолетнюю историю во

многих медицинских областях. Сначала применение осуществлялось опытным путём, постепенно перешло на солидную научную базу. На протяжении многих десятилетий проводились дискуссии по поводу применения диоксида углерода в практической медицине. Сегодня имеется большое количество научных работ по поводу его использования в различных областях медицины.

Уже в древние века в купальнях применяли газовые испарения вулканических сольфатар. В Европе, например, это пещера Байя в Неаполе. Позднее углекислый газ использовался вместе с сероводородом. В 1580 году Томаш Иордан из Клаузенбурга «земский врач Моравского маркграфства, эпидемиолог и бальнеолог» написал книгу, которая была издана в Оломоуце: «О водах хогитедльных или Моравских Теплицах».

Само название CO_2 имело интересное развитие. В 1597 году А. Либавиус называл его кислым спиритусом, И.Б. Гельмонт – лесным газом, Д. Блэк и Д. Пристли – фиксируемым газом. Заслуга определения свойств углекислоты принадлежит всё тому же английскому химику Дж. Пристли. В 1777 году Д. Бехер – раскрыл характер газа и его коммерческое применение. Несмотря на это, в 1785 году И. Прохазка дал CO_2 название «мефитический газ» (Мефитис – античная богиня, охранявшая от вредных испарений).

Точные свойства CO_2 установил А.Л. Лавуазье. Целенаправленно в терапевтических целях он стал использовать чистый углекислый газ в 1720 году на курорте Пирмонт. Положительные сведения поступающие о применении газа, использовались потом в Мейбурге (1770) и Марьянских Лазнях (1818), Франтишковых лазнях.

Диоксид углерода «двуокись углерода, углекислый газ, оксид углерода, диоксид углерода, угольный ангидрид, углекислота» – CO_2 . бесцветный газ со слегка кисловатым запахом и вкусом. Впервые был открыт в 1648 году Ван Хельмонтом

Углекислый газ был найден в пещерах, копиях, погребах, а также в некоторых минеральных водах – «воды сна выделяют дикий воздух».

Английский физик и химик Г. Кавендиш в 1766 году

обнаружил два характерных физических свойства углекислого газа: его высокий удельный вес и значительную растворимость в воде. Углекислый газ не просто растворяется в воде, а частично соединяется с нею, образуя угольную кислоту. Г. Кавендиш первый обратил внимание на то, что водный раствор двуокиси углерода имеет приятный кислый вкус. Он продемонстрировал в Королевском научном обществе стакан «чрезвычайно приятно искрящейся (шипучей) воды, едва ли отличной от Сельтерской воды» и получил за это золотую медаль общества. Это было первое практическое применение диоксида углерода.

Ф.А. Струве (1818) – немецкий врач и химик, изучал минеральные природные воды и искусственные воды, проводил на себе опыты, принимая ванны с газом CO_2 . Его перу принадлежат наблюдения и описание изменений характера ревматических заболеваний до и после применения газовых ванн. В Карловых Варах собирали CO_2 и сжижали его в стальных баллонах, а затем использовали для подготовки искусственных углекислых ванн. В 1819 году были изданы первые серьезные научные публикации проф. К.И. Гейдлера о положительном влиянии газовых ванн на организм человека.

Курорт Руая – Хамалирез (город Клермонт – Ферран) во Франции во многих работах приводится как колыбель карбокситерапии

Под понятием «карбокситерапия» в настоящее время, в первую очередь, понимается применение CO_2 в форме инъекций.

Карбокситерапия – метод лечения и профилактики, основанный на применении диоксида углерода « CO_2 » в газообразном виде.

С начала 20-го века в их лечебном арсенале существенную роль играет применение CO_2 в качестве сухих углекислых ванн и позднее подкожных инъекций – введений газа для улучшения кровоснабжения кожи и обезболивания в случае различных болевых синдромов. Историческое значение имеют и работы аргентинских врачей (1950). На известных западно-чешских курортах (Карловы Вары, Марьянские Лазни, Франтишковые Лазни) газовые инъекции стали применяться после 2-й мировой войны. В настоящее время применение различных терапевтических модификаций с CO_2 входит в обычное

предложение процедур не только реабилитационных отделений, но и кабинетов пластических хирургов, дерматологов, СПА – центров и косметических салонов. В психиатрии известны научные работы об использовании CO₂ для смягчения панических состояний (Сильвер, 1953) и о его влиянии на частоту сердечных сокращений, кровяное давление, состояние покоя – когнитивные состояния (Ван де Гутен, 1982).

В нашей стране наиболее известно применение CO₂ в растворённом в соде состоянии в виде ванн, в газообразном виде в сухих углекислых ваннах. Так, углекислые ванны используют для лечения сердечно-сосудистых, нервных, кожных заболеваний, при заболевании опорно-двигательного аппарата, при алопеции. Применяют CO₂ также при трофических поражениях кожи и диабетической ангиопатии. Карбокситерапия не стала исключением в нашей стране и для решения множества косметологических проблем.

В настоящее время в республике Беларусь зарегистрирован аппарат «Дозатор газа CO₂ медицинский», который нашел широкое применение в санатории «Радон».

СПА КАК ОДИН ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ УСПЕШНОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ В ФИЛИАЛЕ «САНАТОРИЙ «РАДОН» ОАО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА»

Карпишевич Л.Г, Юркевич О.А.

*Филиал «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница»,
Дятловский район, Гродненская область*

Сохранение и укрепление здоровья населения является приоритетным направлением государственной политики Республики Беларусь и неразрывно связано с оказанием качественного санаторно-курортного лечения. Филиал «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница» вместе с основными лечебными профилями стремится к реализации концепции здорового образа жизни отдыхающих, основанной на сочетании физического и ментального здоровья, здорового

питания, разумных физических нагрузок и отказа от вредных привычек.

Исторически сложившаяся и подтвержденная многолетним опытом практика санаторного лечения и оздоровления в филиале показывает эффективность сочетания медицинских методов и подходов с оздоровительными. Филиал «Санаторий «Радон» более 20-ти лет назад стал одной из первых санаторных организаций, внедривших косметические и косметологические услуги наряду с лечебными. В результате постоянного развития, использования передовых технологий, предоставления новых услуг эстетического характера стало возможным открытие и функционирование целого СПА-комплекса, услугами которого пользуется более 50% отдыхающих. Кроме того, сегодня усилилось взаимопроникновение медицинской сферы с эстетической в общую тенденцию – повышение качества жизни, что в дальнейшем приведет к устойчивому повышению спроса.

Главная задача деятельности СПА-центра санатория Medical SPA Radon и аквакомплекса – профилактика болезней, а также признаков старения, как внешних, так и внутренних. Основа нашей работы – это философия благополучия человека во всех сферах его жизни посредством расслабления, достижения гармонии, исцеления красотой.

Преимуществами СПА-центра на базе санатория являются:

Возможность назначения и корректировки СПА-услуг лечащим врачом с динамическим наблюдением за состоянием отдыхающего.

Возможность назначения косметологических услуг врачом-косметологом.

Высокая степень доверия клиента при оказании оздоровительных услуг медицинским персоналом по сравнению со специалистами СПА без медицинской подготовки.

Сочетание лечебных факторов с диетическим питанием, умеренной физической нагрузкой в спортивном или тренажерном зале и эстетическими процедурами в комплексе «в одном месте в одно время».

Эффективность Medical SPA Radon обусловлена комплексом основных направлений оздоровления:

- программы оздоровления в СПА-капсуле;
- оздоровительные массажи;
- кислородотерапия;
- эстетическая косметология;
- СПА-уходы для кожи лица;
- программы оздоровления для легкости ног;
- СПА-процедуры для ухоженных рук;
- релакс-ароматерапия в комплексе с фитооздоровлением;
- аквакомплекс.

Программы оздоровления в СПА-капсуле сочетают классические приемы пилинга, обертывания и массажа с функциями паровой сауны, цвето- и ароматерапии, объединяя эффективные методики и компоненты международной СПА-индустрии для достижения следующих эффектов:

- общая минерализация тела на основе благотворного влияния морских водорослей;
- интенсивная детоксикация с одновременной стимуляцией процессов клеточной регенерации;
- лифтинг, интенсивное увлажнение, повышение тонуса и упругости, разглаживание рельефа кожи тела на основе шоколадного обертывания;
- решение проблем сухой и чувствительной кожи с помощью экстрактов хлопка, женьшеня и ламинарии;
- экспресс-снятие усталости;
- интенсивное похудение на основе обертываний с эфирным маслом розмарина и можжевельника, имбиря и аниса;
- защита кожи от старения с помощью целебных свойств клюквы;
- общее наполнение положительными эмоциями, снятие стресса и напряжения;
- глубокое очищение, расслабление и омоложение, погружение в восточный ритуал восстановления и релаксации;
- улучшение внешнего вида «от кончиков пальцев до кончиков волос» для гармонии с самим собой и внешним миром.

Оздоровительные массажи являются эффективным средством для предупреждения различных заболеваний и

повреждений, помогают восстановлению нормальной деятельности всего организма. Массажная карта Medical SPA Radon соединила массажные методики со всего мира, которые направлены на:

- полное расслабление организма человека;
- глубокий релакс и снятие физического напряжения;
- ощущение единства всех частей организма;
- избавление от мышечных болей, неприятных ощущений и тяжести в спине, шее и ногах;
- коррекцию фигуры;
- восполнение общего энергетического потенциала человека.

Кислородотерапия в индустрии красоты – это использование медицинского кислорода, как средства «доставки» активных ингредиентов к коже. Отрицательные ионы кислорода нейтрализуют действие токсинов и кислот H(+), нормализуют pH баланс, улучшают качество функций внутренних органов, стимулируют обменные процессы, дарят ощущение бодрости и легкости, позволяя сохранить молодость лица и тела, запустить регенерационные процессы в тканях, обеспечить естественную защиту и очищение кожи, сделать ее подтянутой и упругой, улучшить тонус мимической мускулатуры, придать чертам лица четкие яркие контуры, характерные для молодых лиц. В СПА-центре используется как самостоятельный элемент оздоровления и в качестве сопутствующей терапии к традиционным методам лечения, как универсальная процедура по уходу за телом и компонент здорового образа жизни.

Программы оздоровления для легкости ног

Тяжесть в ногах – это болезненное напряжение в венах, вызванное стоянием на ногах, жарой, усталостью. Программа укрепления сосудов ног активизирует кровообращение, тонизирует сосуды и дарит ногам свежесть, покой и легкость. Уход мгновенно облегчает и разгружает ноги, значительно уменьшает отеки и прорисовывает более четкий контур, дарит легкость и силы. После ухода сохраняется продолжительное ощущение свежести.

СПА-процедуры для ухоженных рук направлены на защиту

кожи рук от воздействия внешних факторов и долговременного эффекта увлажнения. Уходы основаны на свойствах специального косметического парафина, в составе которого есть большое количество витаминов и масел, оказывающих лечебное воздействие не только на кожный покров, но и кутикулу и сами ногти.

Релакс-ароматерапия в комплексе с фитооздоровлением завершающий и неотъемлемый этап комплексного СПА-оздоровления, предполагающий отдых после СПА-процедур, наслаждение звуками природы, тонкими нотами эфирных масел, чашкой ароматного целебного чая. Основная идея релакс-зоны Medical SPA Radon – плавный переход от расслабляющих процедур к привычному ритму жизни.

Аквакомплекс как элемент СПА (SPA – "Sanus per Aquam", или "Sanitas pro Aqua", в переводе с латыни "здоровье с помощью воды" или "здоровье через воду"). Водное блаженство бассейна и джакузи и теплая магия комплекса саун: финской, соляной и хаммама.

Финская сауна

На протяжении веков финны считают сауну не роскошью, а насущной необходимостью. Эффект сауны трудно переоценить – прогревание приводит к благотворному изменению состояния организма, усилению обмена веществ, способствует развитию защитных механизмов.

Температура ~90-100 градусов, влажность 10-20%.

Хаммам

Горячий влажный пар турецкой бани (хаммама) обволакивает тело, чарующие ароматы эфирных масел помогают полностью расслабиться и забыть о времени. Мягкий пар хорошо прогревает тело, не обжигая кожу, снимает стресс, восстанавливает силы и повышает умственные способности.

Температура ~45-55 градусов, влажность 85-95%.

Соляная сауна

В сауне с применением гималайской соли сочетаются положительные свойства сухой финской сауны и лечебной гало-камеры. При нагревании микрочастицы соли ионизируют воздух, прекрасно очищают легкие, обеспечивают своеобразный дренаж бронхов, улучшают общее состояние и проходимость

дыхательных путей. Вдыхание соленого воздуха является отличной профилактикой простудных и пульмонологических заболеваний.

Температура ~50-55 градусов, влажность 20-30%.

В классическом понимании СПА – это процедуры для оздоровления организма, водные процедуры. Однако в настоящее время СПА приобретает более широкое значение – не только и не столько косметические процедуры, сколько целый ритуал, концепция здорового образа жизни, баланс отличного самочувствия и прекрасного внешнего вида. Новый СПА-центр Medical SPA Radon объединяет все процедуры для молодости и красоты лица и тела в единый многофункциональный комплекс как один из важнейших элементов успешного санаторно-курортного оздоровления.

МАКСИМАЛЬНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ КИСЛОРОДА – НЕОБХОДИМЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГРЯЗЕРАЗВОДНЫХ ВАНН

Пирогова Л.А., Болбатовский Г.Н., Ацкевич Т.В., Тюненкова Е.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно
Республиканский центр по оздоровлению и*

санаторно-курортному лечению населения, Минск

*ОАО «Белагроздравница» санаторий «Поречье», Гродненская область
Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, Гродно*

Санаторно-курортное лечение является этапом не только для предотвращения прогрессирования заболеваний, но и предупреждения рецидивов [1, 3, 4]. Помимо природных, климатических факторов, диетотерапии общеизвестно, что физические методы являются важной составной частью санаторных лечебных комплексов, формирующих программы реабилитации пациентов с данной патологией.

Высокий уровень общесоматической заболеваемости населения в определенной мере обусловлен интенсивностью воздействия экологических факторов, которые в своем проявлении, как правило, неспецифичны. В этой ситуации

важную роль играет санаторно-курортная помощь, так как только в условиях санатория в полном объеме обеспечивается использование природных курортных факторов [3, 5]. При этом спектр лечебно-оздоровительных мероприятий должен быть достаточно широким и комплексным, адекватным поставленной цели при строгом соблюдении принципа индивидуализации.

В нашей республике профильными санаториями для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, патологии опорно-двигательного аппарата, нервной системы, нарушения обмена веществ считаются: «Поречье», «Криница», «Сосны», «Пралеска», «Свислочь», «Беларусь» (г. Друскининкай, Литва) и др.

Месторождение минеральных вод на территории санатория «Поречье» Гродненского района Гродненской области республики Беларусь находится в 17 км от г. Друскининкай. Лечебная вода этого месторождения по химическому составу согласно ГОСТ 13273-88 приближается к типу друскининкайских минеральных вод. Аналогами являются минеральные воды «Бируте», «Витаутас», «Друскининкайская» (Литва) и «Валмиерская», «Юрмала» (Латвия).

Минеральная вода «Поречье» применяется как лечебно-столовая в виде питья и как бальнеологический фактор – для ингаляций, орошений и ванн.

Особенностью данного санатория является использование лечебных сапропелевых грязей озера Дикое Дятловского района Гродненской области смешанного и карбонатного типов [2, 6, 7].

В санатории «Поречье» внедрён новый метод сочетанного использования минеральной воды, смешанной с сапропелевой лечебной грязью в виде ванн. Это дает возможность одновременно воздействовать на организм пациента двумя природными факторами и таким образом повысить физическую работоспособность. Кроме этого, такой подход экономически более эффективен, т.к. позволяет пациентам принять большее количество процедур за курс санаторно-курортного лечения.

Целью настоящего исследования явилось: на основе разработки и внедрения дифференцированной системы применения грязеразводных ванн повысить физическую работоспособность пациентов и улучшить их качество жизни.

Обследовано 122 пациента преимущественно с патологией органов пищеварения в стадии ремиссии и сопутствующими заболеваниями (деформирующий остеоартроз позвоночника и суставов, артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), болезни обмена веществ), которые проходили санаторно-курортное лечение в условиях санатория «Поречье». В зависимости от методов применения естественных природных факторов, характера заболевания, функциональных возможностей и пола, пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа – пациенты, получившие ГРВ 1:1; 2-я группа – пациенты, получившие ГРВ 1:2; 3-я группа – пациенты, получившие ГРВ в виде «болтушки» – это разведение сапропелевой грязи в минеральной воде «Поречье» из расчета 10 кг грязи на 400 л воды.

При обследовании, полученные данные сравнивали с нормами показателей физического развития и функционального тестирования, которые были получены при исследовании практически здоровых людей, не получавших курс ГРВ. Они составили контрольную группу – 40 практически здоровых человек, из них 20 женщин и 20 мужчин трудоспособного возраста.

С целью изучения толерантности к физической нагрузке у пациентов применили велоэргометрический тест. При его проведении пациенту предлагали две последовательные нагрузки мощностью (N) 50-75 Вт и 100 Вт соответственно с интервалом отдыха 3 минуты, время работы 5 минут, скорость 50-60 оборотов в 1 минуту. Толерантной N считали ту величину, при которой ЧСС у пациента была в зоне 150-170 и 120-130 ударов в минуту, соответственно возрастным группам (20-40 лет и 40-60 лет). Оценивали работоспособность по программе Astrand. Полученные данные сравнивали со средними показателями здоровых лиц работоспособного возраста – контрольная группа.

Показатель максимального потребления кислорода (МПК) надежно характеризует физическую работоспособность человека. Между МПК и физической работоспособностью имеется высоко достоверная корреляция. У пациентов с патологией ССС индивидуальная величина МПК отражает их состояние (функциональный класс) и поэтому используется при решении

таких медицинских задач, как уточнение диагноза, прогноз состояния, оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий и т.п. Всемирная организация здравоохранения рекомендует определение МПК как одного из наиболее точных методов оценки работоспособности человека. МПК отражает функциональную мобилизацию системы транспорта и утилизации кислорода при достижении максимальных значений. Результаты теста у нетренированных людей оценивали по таблице.

Оценка функционального состояния дыхательной системы у пациентов, проходящих санаторно-курортное лечение, имеет чрезвычайно важное значение в плане переносимости общих нагрузочных процедур, к которым относятся ГРВ. Следует отметить, что традиционное разведение сапропелевой грязи минеральной водой «Поречье» 1:1 не всегда хорошо переносится пациентами. Это проявляется общей усталостью, сердцебиением, одышкой, головной болью, повышением артериального давления. Следовательно, необходимо уменьшить механическое воздействие на организм пациентов (нагрузочность) процедуры ГРВ путем снижения концентрации сапропелевой грязи в ваннах: 1:2 (одна часть сапропелевой грязи и две части минеральной воды) и «болтушка» (10 кг сапропелевой грязи на 400 л минеральной воды). Для определения необходимого разведения требуется индивидуальный подход к пациенту, учитывающий его физическое развитие, функциональное состояние дыхательной и сердечно-сосудистой систем, состояние скелетной мускулатуры, а также возраст, пол и наличие сопутствующих заболеваний.

При проведении велоэргометрического тестирования была выявлена низкая переносимость физической нагрузки у обследованных пациентов, проходивших восстановительное лечение в условиях санатория «Поречье». Эти данные легли в основу определения необходимого разведения сапропелевой грязи в минеральной воде «Поречье». Чем ниже переносимость нагрузки, тем больше разведение.

Выводы:

1. Дифференцированный подход с учетом физического развития, функционального состояния, МПК и сопутствующих заболеваний позволяет одновременно воздействовать на

организм пациента двумя природными факторами, не вызывая при этом побочных явлений.

2. Предложенный метод является более физиологичным и экономически эффективным.

Литература:

1. Адилов В.Б., Давыдова О.Б., Зотова В.И. и др. Минеральные воды и пилоиды – основа лечебной базы курортов // Сборник материалов междунар. конгр. – М., 1998. – С. 113-129.

2. Антонов И.П., Кашицкий Э.С., Улащик В.С. Сапропелевые грязи Белоруссии и их лечебное использование // Метод. рекомендации. – Минск, 1980. – 13 с.

3. Боголюбов М.В. Курортология и физиотерапия (в 2-х томах) // М., Медицина, 1985. – 560 с., 638 с.

4. Боголюбов М.В. Медицинская реабилитация (том I) // Пермь, 1998. – С.96-121, 166-193.

5. Вальчук Э.А., Мазур Н.В. Медицинская реабилитация в санаторных учреждениях. Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Матер. междунар. конф. – Мн., 1996. – С. 94.

6. Карабанов, А.М. Сапропель озера Дикое. Состав, свойства, использование: монография / А.М. Карабанов, Н.В. Мазур, В.М. Йода. – Могилев: МГУ им. А.А. Кулешова, 2004. – 48 с.

7. Кирьянова, В.В. Новые направления и технологии в грязелечении // В.В. Кирьянова, Л.А. Тубин. Труды V Всероссийского съезда физиотерапевтов и курортологов и Российского научного форума «Физические факторы и здоровье человека». – М.: Авиаиздат, 2002. – С. 169-170.

ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ И ПОСТАКНЕ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Панкратов О.В., Раковец В.И., Пусенкова Е.С.

*Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск
Филиал «Детский санаторий «Налибокская пуца»
ОАО «Белагроздравница», Минская область*

Актуальность. Санаторно-курортное лечение (СКЛ) при заболеваниях кожи может быть использовано как этап восстановительной терапии после успешного стационарного лечения, на этапе долечивания, а также для профилактики

рецидивов. Эффективность СКЛ значительно возрастает при соблюдении принципа преемственности между специалистами диспансера, стационара и санатория [1]. СКЛ дерматозов показано в стадии ремиссии или при стихании острых воспалительных процессов.

Акне – хроническое мультифакториальное заболевание аппарата сальных желез, которое манифестирует преимущественно в пубертатном возрасте и характеризуется гиперпродукцией кожного сала, нарушением процессов фолликулярной кератинизации, колонизацией *Propionibacterium acnes* и воспалением [2]. Акне страдают в среднем от 60 до 80% людей в возрасте 12-24 лет. Около 95-100% юношей и 83-85% девушек в возрасте 16-17 лет болеют акне. Примерно у 2% развиваются тяжелые узловатые и флегмонозные формы угревой болезни с формированием атрофических и гипертрофических рубцов, очагов гиперпигментации и застойных пятен, телеангиоэктазий. Термин «постакне» включает в себя симптомокомплекс вторичных высыпаний, развившихся в результате эволюции различных форм воспалительных акне. Основными проявлениями постакне являются гиперпигментация, патологические рубцы, атеромы и милиумы. Клинические проявления акне и постакне оказывают неблагоприятное влияние на пациентов, способствуя возникновению психосоциальной дезадаптации. В связи с этим важно назначить эффективную и безопасную терапию акне, а также провести коррекцию косметических дефектов при постакне [3].

Цель. Представить современные возможности лечения акне и постакне в условиях санатория.

Методы исследования. Проведен анализ дерматологических и косметологических методов лечения акне и постакне.

Результаты и их обсуждение. Лечение акне проводится в зависимости от степени тяжести заболевания и включает системную и наружную терапию. При определении степени тяжести дерматоза учитываются следующие критерии: распространенность, глубина процесса, количество элементов, влияние на психоэмоциональную сферу, формирование рубцов. Выделяют легкую, среднюю и тяжелую степени акне, однако в настоящее время консенсуса по методу оценки степени тяжести

заболевания нет. При легкой степени акне назначается только наружная терапия, при средней степени – наружная терапия при необходимости сочетается с системной терапией, при тяжелой степени основной является системная терапия [4].

Пациентам с тяжелыми формами акне целесообразно назначать системную терапию изотретиноином 0,5 мг на кг массы тела перорально, кумулятивная доза – в диапазоне от 120 мг до 150 мг на кг массы тела, длительность лечения зависит от тяжести процесса и переносимости препарата и составляет от 16 до 24 недель. Для лечения акне средней и легкой степени, а также для коррекции постакне специалисты располагают многообразием наружных лекарственных средств и методик терапевтической косметологии.

Рекомендации по лечению комедональных акне

Высокая степень рекомендаций: Нет.

Средняя степень рекомендаций: топические ретиноиды (адапален, дифферин).

Низкая степень рекомендаций: бензоила пероксид, азелаиновая кислота.

Не рекомендуются: антибактериальные препараты для наружного применения; гормональные антиандрогены, системные антибактериальные препараты и/или изотретиноин; облучение ультрафиолетовыми лучами.

Открытые рекомендации: лазеротерапия как монотерапия, фотодинамическая терапия в настоящее время не могут быть рекомендованы.

Рекомендации по лечению папулопустулезных акне (легкая и средняя степень тяжести)

Высокая степень рекомендаций: комбинация адапалена и бензоила пероксида; комбинация клиндамицина и бензоила пероксида.

Средняя степень рекомендаций: азелаиновая кислота; бензоила пероксид; топические ретиноиды; при распространенных поражениях – комбинация системных антибактериальных препаратов и адапалена.

Низкая степень рекомендаций: монотерапия голубым светом; комбинация эритромицина и третиноина; комбинация изотретиноина и эритромицина; цинк перорально; при

распространенных поражениях – комбинация системных антибактериальных препаратов с бензоила пероксидом или адапаленом.

Не рекомендуются: монотерапия антибактериальными препаратами для наружного применения; облучение ультрафиолетовыми лучами; комбинация эритромицина и цинка; системная терапия антиандрогенными препаратами, антибактериальными препаратами и/или изотретиноином.

Открытые рекомендации: отсутствуют доказательства эффективности красного света, лазеров, фотодинамической терапии.

Рекомендации по лечению папулопустулезных акне тяжелой степени тяжести / узловатых акне средней степени тяжести

Высокая степень рекомендаций: монотерапия изотретиноином.

Средняя степень рекомендаций: системные антибактериальные препараты с комбинацией адапален + бензоила пероксид или с азелаиновой кислотой.

Низкая степень рекомендаций: антиандрогенные препараты в комбинации с системными антибактериальными препаратами; системные антибактериальные препараты в комбинации с бензоила пероксидом.

Не рекомендуются: наружная монотерапия; монотерапия системными антибактериальными препаратами; монотерапия антиандрогенными препаратами; видимый свет; облучение ультрафиолетовыми лучами.

Открытые рекомендации: лазеротерапия; фотодинамическая терапия эффективна при этой форме акне, однако стандартные режимы терапии не разработаны.

Рекомендации по лечению узловатых/конглобатных акне

Высокий уровень рекомендаций: монотерапия изотретиноином.

Средний уровень рекомендаций: системные антибактериальные препараты с азелаиновой кислотой.

Низкий уровень рекомендаций: антиандрогенные препараты + системные антибактериальные препараты; системные антибактериальные препараты + адапален, бензоила пероксид или комбинация адапален + бензоила пероксид.

Не рекомендуются: наружная монотерапия; монотерапия системными антибактериальными препаратами; монотерапия антиандрогенными препаратами; облучение ультрафиолетовыми лучами; монотерапия видимым светом.

Открытые рекомендации: лазеротерапия; фотодинамическая терапия эффективна при этой форме акне, однако стандартные режимы терапии не разработаны.

Цель косметологического лечения акне – санация кожи, восстановление ее барьерных свойств и системы антибактериальной защиты, эксфолиация утолщенного рогового слоя с последующей нормализацией кератинизации и эвакуации кожного сала. Результатом комплексного косметологического воздействия должно стать устранение гиперколонизации микроорганизмами, гиперкератоза, восстановление физиологической кератинизации, разрешение элементов без патологического рубцевания и поствоспалительной пигментации [3]. Косметологические методы лечения используются в качестве вспомогательных в процессе фармакотерапии и как основные после ее завершения. Арсенал современной косметологии при акне включает фототерапию, криотерапию (при папуло-пустулезных высыпаниях), ультразвуковую терапию и фонофорез с противовоспалительными препаратами (при инфильтративных и узловато-кистозных формах акне), химические пилинги (комедональная и папуло-пустулезная формы акне, атрофические рубцы и поствоспалительная гиперпигментация), мезотерапию (при наличии комедонов, воспалительных элементов без гнойного содержимого, атрофических рубцов постакне, застойных пятен, вторичной поствоспалительной гиперпигментации). Для коррекции атрофических рубцов после акне может использоваться биоревитализация (инъекции препаратов нестабилизированной гиалуроновой кислоты). Препараты на основе высокомолекулярной гиалуроновой кислоты, используемые для биоревитализации, обладают еще и выраженным противовоспалительным действием. Биоревитализацию лучше проводить на фоне затихающего обострения или в стадии ремиссии.

Для лечения акне и постакне может применяться богатая тромбоцитами плазма, которая при интрадермальных инъекциях

стимулирует пролиферацию и дифференциацию клеток, ангиогенез, синтез компонентов внеклеточного матрикса, оказывает антимикробное действие [3].

Выводы. Адекватная комбинированная терапия акне и постакне, сочетающая дерматологические и косметологические подходы и методики позволит устранить или существенно уменьшить клинические симптомы заболевания, повысить качество жизни пациента.

Литература:

1. Маньшина, Н.В. Санаторно-курортное лечение болезней кожи / Н.В. Маньшина, В.С. Севрюкова, А.М. Соловьев, Л.М. Кулешова // Мед. совет. – 2008. – № 1-2. – С. 67-75.

2. Литус А.И. Особенности патогенетической характеристики акне с учетом функционального состояния кожи и наследственной склонности / А.И. Литус, А.В. Петренко // Дерматовенерология. Косметология. – 2016. – № 2. – С. 208-212.

3. Клименкова Н.В., Шиманская И.Г. Современные подходы к лечению акне и постакне // Медицинские новости. – 2014. – № 12. – С. 44-48.

4. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных акне : Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – М., 2015. – 23 с.

ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САНАТОРИЯ

Панкратов О.В., Раковец В.И., Жигунова И.Г.

*Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск
Филиал «Детский санаторий «Налибокская пуца»
ОАО «Белагроздравница», Минская область*

Актуальность. Псориаз – это полисистемное, генетически детерминированное, хроническое, рецидивирующее заболевание организма мультифакторной природы, характеризующееся наличием иммунозависимого воспаления, доброкачественной гиперпролиферации эпидермальных клеток с аномальной их дифференциацией, папуло-сквамозными высыпаниями,

стадийностью, тяжестью течения и возможным включением в патологический процесс опорно-двигательного аппарата и внутренних органов [1].

Атопический дерматит (АД) – мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения [2].

Обострения хронических дерматозов сопровождаются физическими и эмоциональными страданиями. Так, при АД постоянные усилия и напряжения по противостоянию заболеванию изматывают и деморализуют, усиливая волнение, депрессию и другие психологические проблемы, а также нарушают режим жизнедеятельности: спорт/занятия на открытом воздухе (у 60% пациентов), повседневную деятельность (57%), досуг (53%), обучение в школе (47%) [3]. Раздражительность и неудовлетворенность сами усиливают зуд и приводят к обострениям АД, замыкая «порочный круг». Не в меньшей степени страдают пациенты с псориазом.

Санаторно-курортное лечение (СКЛ) пациентов является важнейшей составной частью реабилитации и профилактики обострений кожных заболеваний, особенно у детей с псориазом и АД, так как от адекватности терапевтических подходов во многом зависит качество жизни ребёнка и общий прогноз заболевания. Стационарный этап лечения позволяет устранить острые симптомы заболевания. Целью диспансеризации на амбулаторном этапе является создание условий и проведение мероприятий, предотвращающих или смягчающих рецидивы и обострения болезни либо облегчающих их течение и снижающих частоту рецидивов, предупреждение развития осложнений. СКЛ детей с псориазом и АД – один из этапов правильно организованного диспансерного наблюдения, лечения и профилактики, позволяющий закрепить положительный результат стационарного и/или амбулаторного этапов лечения, повысить устойчивость кожи ребёнка к действию неблагоприятных и провоцирующих факторов внешней среды, провести дополнительную психологическую реабилитацию, сформировать и закрепить практические навыки по уходу за проблемной и чувствительной кожей. Основными направлениями

СКЛ псориаза и АД являются: диетотерапия (элиминационные мероприятия по группе пищевых аллергенов); контроль за окружающей больного средой; системная фармакотерапия; наружная терапия; уход за кожей; реабилитационное лечение; образовательные программы для пациентов [4].

Цель. Изучить возможности лечения псориаза и АД у детей в условиях детского санатория «Налибокская пуца».

Методы исследования. Изучено выполнение основных направлений СКЛ псориаза и АД у детей в условиях детского санатория «Налибокская пуца», а также проведен анализ результатов лечения.

Результаты и их обсуждение. В Республике Беларусь имеется единственный санаторий для детей с болезнями кожи и подкожной клетчатки «Налибокская пуца», который расположен на территории Воложинского района Минской области. Санаторий имеет статус «Санаторно-курортной организации для детей» первой категории. На СКЛ принимаются дети в возрасте от 6 до 18 лет. В санатории имеется 200 койко-мест. Организовано как базовое, так и диетическое питание. Для активного отдыха детей на открытом воздухе оборудованы игровые и спортивные площадки. В учебное время непосредственно в санатории организован учебный процесс. В санатории организуются познавательные экскурсии по Республике Беларусь, проводятся конкурсы, дискотеки, работает библиотека. Псориаз и АД являются одними из основных показаний дерматологического профиля.

Диетотерапия. В санатории организовано 6-ти разовое питание детей. Разработано 21, 24-х дневное перспективное меню с учетом сезонности в двух вариантах, рассчитанное по трем возрастным группам. Дневной рацион сбалансирован по содержанию белков, жиров, углеводов и калорийности. Питание обогащено большим количеством овощей, фруктов, которые содержат витамины А, В, Е, обеспечивающие нормализацию метаболических процессов. С целью замещения радионуклидов в организме ребенка в рацион включаются продукты, богатые минеральными солями, пектиносодержащие и кисломолочные продукты. При этом лечащим врачом обязательно учитываются индивидуальные особенности детей для обеспечения

элиминационных мероприятия по группе пищевых аллергенов.

Контроль за окружающей пациента средой. Санаторий находится в сосновом бору в 500 м от реки Исlochь. На его территории растут сосна, ель, малина, черника. Имеется шесть спальных корпусов, номера – четырёхместные. Функционирует школа, классы – с 1 по 11. Педагоги владеют эффективными методами, приемами и технологиями организации урочной и внеурочной деятельности, направленными на повышение качества образования, формирование адаптивной образовательной среды, где максимально реализуется потенциал и учащегося, и педагогического коллектива в полном соответствии с социальными и личностными запросами. Ведущим направлением работы школы является освоение и внедрение элементов технологий здоровье-сберегающего и личностно-ориентированного пространства через реализацию комплексного подхода к обучению и воспитанию.

Системная фармакотерапия и наружная терапия. В комплексном лечении используются антигистаминные, антисеротониновые, десенсибилизирующие средства, сорбенты, витамины, седативные препараты, в том числе – растительного происхождения. При выборе средств наружной терапии учитываются: возраст пациента, локализация очагов поражения, распространенность, стадия патологического процесса, клиническая форма заболевания и особенности клинического проявления дерматоза, состояние сало- и потоотделения, склонность к аллергическим реакциям. Наиболее востребованными являются топические глюкокортикостероиды, ингибиторы кальциневрина, разрешающие средства и средства базового ухода – эмоллиенты. Администрацией санатория организованы на постоянной основе консультации пациентов заведующим кафедрой дерматовенерологии и косметологии БелМАПО, в ходе которых уточняется диагноз, даются рекомендации по периоду оздоровления ребёнка в санатории и по дальнейшей тактике с учётом индивидуальных особенностей кожи и характера течения заболевания.

Уход за кожей. Пациентам разъясняется роль средств базового ухода за кожей: восстановление функции эпидермального барьера, повышение эффективности терапии,

сокращение продолжительности лечения, удлинение периодов ремиссии, сокращение числа обострений и потребности в средствах «активной терапии», улучшение состояния кожи и прогноза заболевания, в целом. Использование эмолlients при псориазе позволяет устранить шелушение, смягчить очаги поражения, сделать их менее заметными, не допустить формирования трещин.

Медицинская база здравницы представлена всеми необходимыми для оказания эффективного лечения кабинетами, среди которых – ванное отделение, спелеотерапия, лечебные души, озокерито-парафинолечение, кабинет психологической разгрузки и другие. В процессе лечения используются природные лечебные факторы: климатотерапия (аэротерапия, гелиотерапия, спелеотерапия). Используются физиотерапевтические методы: светолечение (аппараты: «Ритм-Полет», УФО, «Тубус-кварц», «Соллюкс»), селективное светолечение (аппарат «Bioptron»), магнитолазеротерапия (аппараты «Рикта», «АВИМП»), ультразвуковая терапия, электролечение (аппараты «УЗТ-101», «УЗТ-1-02С», «Искра», «Луч-3»), электросон (аппарат «Электросон ЭС-10-5»), бальнеогрязелечение (минеральные, грязевые, овсяные, хвойные, валерьяновые, йодобромные, жемчужные ванны, парафиновые, озокеритовые и грязевые аппликации), ароматерапия. Имеется зал ЛФК и механотерапии.

Образовательные программы для пациентов. Учитывая волнообразный характер течения псориаза и АД, крайне важна суггестивная терапия и задача научить пациента ухаживать за кожей. Работает «Школа для детей с хроническими дерматозами», где осуществляется социальная и психологическая реабилитация пациентов, особенно с проявлениями на открытых участках тела. Дети получают основные знания о заболевании, осваивают навыки и умения самостоятельного ухода за кожей; проводится анкетирование с целью изучения влияния заболевания на качество жизни.

Подобный подход позволяет получить лучшие результаты лечения, снизить вероятность рецидива заболевания, уменьшить необходимость применения гормональной терапии. Так, в 2013-2016 гг. были получены следующие результаты у детей с АД: клиническая ремиссия – 20,4%, значительное улучшение – 33,6%,

улучшение – 43,8%, без изменений – 2,3% пациента; у детей с псориазом: клиническая ремиссия – 10,2%, значительное улучшение – 36,0%, улучшение – 52,0%, без изменений – 1,8%.

В детском санатории дерматологического профиля «Налибокская пуца» СКЛ детей с псориазом и АД в Республике Беларусь осуществляется на современном уровне, позволяет получить лучшие результаты лечения и реабилитации, повысить качество жизни пациентов. Целесообразно дальнейшее развитие обучающих программ для детей по типу «Школа атопического дерматита» и «Школа псориаза».

Литература:

1. Textbook of psoriasis : ed. Peter C.M. van de Kerkhof. – 2nd ed. – Oxford: Blackwell, 2003. – 360 p.
2. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом: Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – М., 2015. – 40 с.
3. Lewis-Jones, S. Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema / S. Lewis-Jones // Int. J. Clin. Pract. – 2006. – Vol. 60. – P. 984-992.
4. Бишарова, А.С. Инфекционные осложнения атопического дерматита / А.С. Бишарова, И.Н. Сормолотова // Лечащий врач. – 2011. – № 5. – С. 48-52.

ИСТОКИ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ДЕТСКОГО САНАТОРИЯ «НАЛИБОКСКАЯ ПУЦА»

Раковец В.И., Нестерович И.Э.

*Филиал «Детский санаторий «Налибокская пуца»
ОАО «Белагроздравница», Минская область*

В одном из живописных уголков Республиканского ландшафтного заказника «Налибокский», в 500 м от реки Исlochь, в сосновом бору расположился детский санаторий «Налибокская пуца».

Благоприятные природно-ландшафтные условия, климатические факторы создают предпосылки для организации санаторно-курортного лечения и оздоровления. Имеются уникальные возможности для оказания лечебно-

реабилитационных услуг с применением природных лечебных факторов: климатотерапия, лечение минеральной водой, бальнеогрязелечение.

История санатория «Налибокская пуца» начинается с 30 ноября 1981г. Именно в этот год санаторий принял своих первых отдыхающих, на основании Постановления центрального комитета профсоюза работников сельского хозяйства г. Москвы от 30 ноября 1981 года № 11 «Об открытии межколхозного санатория-профилактория «Налибокская пуца» Воложинского района Минской области. С 2003 года – это филиал «Детский санаторий «Налибокская пуца» ОАО «Белагроздравница».

Первым руководителем санатория был главный врач Ежов Сергей Дмитриевич. В разные годы санаторием руководили: Раковец Василий Иванович, Радивилко Дмитрий Иванович, Авдей Леонард Иосифович.

В филиале «Детский санаторий «Налибокская пуца» отработана система приема детей, организации санаторно-курортного лечения и оздоровления. Она действует благодаря добросовестному труду работников, многие из которых отдали большую часть своей трудовой жизни работе в санатории. Более 30 лет проработали в санатории медицинские сестры Бородако Галина Ивановна, Рудович Галина Николаевна, Битель Валентина Семёновна, Колдушко Людмила Владиславовна, повар Ланько Анна Ивановна, бухгалтер Рагель Людмила Ивановна и др.

Сегодня коллектив санатория сохраняет добрые традиции и приумножает их. Успешно выполняются поставленные задачи по оказанию отдыхающим качественных услуг по санаторно-курортному лечению и оздоровлению.

Решением Республиканской комиссии по государственной аттестации санаторно-курортных и оздоровительных организаций. 25 августа 2015 года филиалу «Детский санаторий «Налибокская пуца», подтвержден статус «санаторно-курортная организация» для взрослых и детей, и присвоена первая категория.

Одним из основных медицинских профилей санатория являются болезни кожи и подкожной клетчатки. Дети с различными кожными заболеваниями: атопический дерматит, себорейный дерматит, псориаз, красный плоский лишай, ихтиоз,

витилиго, очаговая аллопеция приезжают со всех уголков нашей республики, чтобы укрепить здоровье и продлить период ремиссии. Для лечения таких пациентов широко применяется грязелечение с использованием сапропелей озера Дикое Дятловского района Гродненской области и сульфидно-иловых грязей Сакского озера. Лечебная грязь применяется в виде аппликаций, обертываний, грязеразводных ванн (разведение с природной минеральной водой). Отпускается так же электрогрязелечение, в основе которого лежит использование электрического тока и целебной грязи.

Положительное воздействие на кожу оказывают лечебные ванны с оксидатом торфа, бишофитом, чистотелом, хвойные, валерьяновые, йодобромные.

Из физиотерапевтических процедур широко применяется фототерапия. Исследования показали, что облучение поляризованным светом оказывает разностороннее влияние на клеточном уровне, стимулирует обмен веществ, иммунную систему.

На территории санатория расположены две скважины минеральной воды средней и высокой минерализации (5,47 г/дм³ и 9,48 г/дм³). По химическому составу минеральная вода является сульфатно-хлоридной натриевой. Используется для питьевого лечения отдыхающих при болезнях органов пищеварения, обмена веществ, мочеполовой системы; для ингаляций, орошений, полосканий при болезнях органов дыхания, а также для отпуска лечебных минеральных ванн или грязеразводных при болезнях систем кровообращения, костно-мышечной, мочеполовой, заболеваниях кожи и подкожножировой клетчатки.

С лечебно-консультативной помощью санаторий ежеквартально посещает заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии БелМАПО доктор медицинских наук, профессор О.В. Панкратов.

Климатолечение в санатории представлено гелиотерапией, аэротерапией. Для отпуска воздушных и солнечных ванн в летнее время на территории оборудован песчаный пляж. В целом, климатотерапия благоприятно воздействует на организм при лечении болезней органов дыхания и сердечно-сосудистой

системы, функциональных расстройств нервной системы, некоторых болезней кожи.

Для проведения активного отдыха детей на открытом воздухе оборудованы игровые площадки. Для отдыхающих проводятся экскурсии и походы в лес, занятия дозированной ходьбой, терренкур. Обустроена тропа здоровья для ходьбы босиком. На территории санатория имеется стадион, баскетбольная, волейбольная и футбольная площадки. Возле каждого спального корпуса установлены теннисные столы и игровые комплексы.

Культурно-массовая работа в санатории разнообразна и интересна. Мероприятия проводятся по различным направлениям, с учетом интересов детей и их индивидуальных особенностей. Работают кружки: «Природа и фантазия», «Весёлый рюкзак», «Бумажный завиток».

На протяжении 38 лет своего существования санаторий решал разные задачи, но главным, приоритетным направлением деятельности его было и остаётся оздоровление населения, в том числе, детей, пострадавших от последствий катастрофы на ЧАЭС. Неоценимую поддержку и помощь в становлении и развитии филиала «Детский санаторий «Налибокская пуца» оказывает руководство ОАО «Белагроздравница» и непосредственно Председатель наблюдательного совета Иван Фёдорович Аверченко. Благодаря его поддержке в санатории реализовались многие планы. Так, в 2017 году проведена модернизация водолечебницы, приобретено новое современное оборудование для бальнеогрязелечения. Такое чуткое руководство даёт надежду на дальнейшее развитие всех филиалов ОАО «Белагроздравница» и совершенствование их деятельности по санаторно-курортному лечению и оздоровлению населения.

ПРИМЕНЕНИЕ МОНИТОРИНГОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Ревтович О.П., Бируля А.А.

*Государственное учреждение «Санаторий Юность»,
Минская область*

Введение. В настоящее время стандартными методами диагностики нарушений дыхания во сне являются полисомнография и кардио-респираторный мониторинг, однако их применение ограничено высокой стоимостью исследований и малой доступностью оборудования для практического здравоохранения. В последние годы в мире широкое распространение получила компьютерная пульсоксиметрия (КПОМ), позволяющая мониторировать сатурацию во время ночного сна. Данный метод основан на длительной регистрации сатурации и пульса с сохранением данных в памяти прибора и последующей компьютерной обработкой полученных данных и может быть использован в качестве метода скрининга нарушений дыхания во сне.

Материал и методы. В ГУ «Санаторий Юность» за 3 месяца 2018 г. диагностику методом мониторинговой компьютерной пульсоксиметрии прошли 15 пациентов (аппарат оксиметр пульсовой «Пульсар», ООО «БЕЛИНТЕЛМЕД», Республика Беларусь). Основанием для выполнения КПОМ было наличие характерных для синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) жалоб, а именно: храп во сне, повышенная дневная сонливость, снижение качества сна. У всех пациентов имелась сопутствующая патология, диагностированная на предыдущих этапах обследования: ИБС+Артериальная гипертензия – 4 (26,6%), артериальная гипертензия – 7 (46,6%), заболевания легких (ХОБЛ, бронхиальная астма) – 2 (13,4%), прочие 2 (13,4%). Аппарат устанавливался на время ночного сна (8-10 часов). Для оценки полученных результатов КПОМ использовали: 1) индекс десатурации (ИД) – количество значимых эпизодов десатураций (3% и более) в час; 2) показатель

насыщения крови кислородом (в норме составляет $>93\%$). Патологическим ИД считали >15 десатураций в час, что соответствует индексу апноэ/гипопноэ более 20 (ИАГ >20). Индекс апноэ/гипопноэ рассчитывается по формуле: (количество апноэ + количество гипопноэ) / длительность сна в часах;

Результаты. Из 15 пациентов, прошедших диагностику методом КПОМ, индекс десатурации более 15 в час (ИД >15) был диагностирован у 8 пациентов (53%), средняя сатурация SpO₂ менее 93% – у 4 пациентов (26,6%), причем у 3 человек (20%) были выявлены патологические изменения обоих показателей. Это позволило заподозрить среднетяжелую или тяжелую форму СОАС, что явилось основанием для направления пациентов на дообследование с целью уточнения возможностей для коррекции СОАС, при необходимости проведение СИПАП-терапии (CPAP – режим искусственной вентиляции лёгких постоянным положительным давлением).

Обсуждение. Обычно первые признаки гипоксемии появляются при физической нагрузке или во время сна. Сон может провоцировать развитие гипоксемии, так как в это время межреберные мышцы не участвуют в акте дыхания, и работает одна диафрагма. Избыточные отложения жира в области передней брюшной стенки в горизонтальном положении давят на диафрагму, смещают ее в сторону легких и существенно ограничивают ее подвижность. Легкие не расправляются полноценно и не обеспечивают необходимый уровень вентиляции. Кроме этого во время сна возрастает бронхиальное сопротивление, что также отрицательно сказывается на функции дыхания. У людей с избыточной массой тела часто встречается еще одно опасное состояние во сне – периодическое спадение дыхательных путей на уровне глотки, которая сдавлена снаружи жиром. Данное заболевание известно как синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) и проявляется храпом, периодическими остановками дыхания во сне. Каждая остановка дыхания приводит к кратковременному выраженному падению насыщения гемоглобина крови кислородом – эпизоду десатурации. За ночь может наблюдаться несколько сотен таких эпизодов, что может потребовать последующее лечение методом СИПАП-терапии. В целом распространенность клинически

значимых нарушений дыхания во сне достигает 15% у пациентов терапевтического профиля.

Вывод. Первые результаты применения КПОМ свидетельствуют о возможности его использования в качестве метода скрининга нарушений дыхания во сне, в том числе при подозрении на синдром апноэ во сне (обструктивного или центрального генеза) и/или хроническую ночную гипоксемию различного генеза.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Рогалевич Е.А., Стажинский А.В.

*Филиал «Детский санаторий «Солнышко» ОАО «Белагроздравница»,
Минская область*

Медицинская реабилитация, по определению комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально, оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в общество.

В последние годы в реабилитацию введено понятие «качество жизни», связанной со здоровьем при этом качество жизни рассматривают как интегральную характеристику, на которую необходимо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных.

Реабилитация – это процесс, имеющий целью обеспечить инвалидов достижение и поддержание их оптимальных физического, чувственного, интеллектуального, психического, а также социального уровней деятельности, которые бы способствовали достижению более высокого уровня самостоятельности.

По данным международных организаций, каждый 10 житель Земли является инвалидом, почти 30 миллионов человек ежегодно получают увечья и различные поражения. Учитывая увеличение на планете количества людей с врожденными

пороками, технократизации общества, количество инвалидов в начале XXI в. возрастет до одного миллиарда. Итак, инвалидность – это всемирное социальное явление, к которому должно быть приковано постоянное внимание каждой страны, органов его государственной власти и управления, научных и медиков, психологов и педагогов, специалистов по физической культуре и спорту.

Для успешного проведения реабилитационных мероприятий и достижения поставленных конкретных целей в каждом конкретном случае необходимо соблюдение основных принципов реабилитации: комплексность, раннее начало, этапность, преемственность, непрерывность, последовательность, индивидуальный подход, активное участие больного в реабилитационном процессе.

Возможно, ранее начало проведения реабилитационных мероприятий, которые органически включаются в терапию и должны ее дополнить и обогатить. Если человеку угрожает инвалидность, эти мероприятия являются ее профилактикой, если инвалидность развивается, они становятся первым этапом борьбы с ней. Принцип возможно раннего начала МР касается как больных с острыми, так и хроническими заболеваниями. В первом случае МР должна начинаться вместе с началом лечебных мероприятий.

По мнению Ю.В. Гольдבלата (2006) такое раннее начало реабилитационных усилий необходимо в связи с наиболее активно протекающими именно в этот период процессами реституции и регенерации, а также с постепенным угасанием реабилитационного потенциала инвалида вследствие перестройки отношений его личности с изменившейся микро социальной средой, «вживания» в инвалидность, ослабления мотивации на реадaptацию и развития рентных установок. При хронических заболеваниях раннее начало, возможно, при условии своевременной диагностики, желательно еще до развития функционального дефекта или при незначительной его выраженности. В отечественной медицине превалирует тенденция рассматривать мероприятия по профилактике инвалидности в рамках медицинской реабилитации.

Объектом медицинской реабилитации должны являться

лица с возможными последствиями болезни, а не только с уже сформировавшимися. Мы также относим больных с начальными проявлениями инвалидизирующих заболеваний и даже с потенциальной угрозой их развития к реабилитационному контингенту.

Многовекторность реабилитации как таковой, ибо достижение цели в каждом конкретном случае предполагает участие в едином реабилитационном процессе не только врачей и среднего медицинского персонала, но и других специалистов, помогающих вернуть больного к максимально полноценной жизни. Однако, непременным условием достижения цели всегда остается одно – положительная установка больного на выздоровление, на интеграцию в общество, на возвращение к труду.

Основной целью реабилитации является максимальная ликвидация имеющихся ограничений жизнедеятельности, восстановление здоровья пострадавшего, возвращение его к труду и в общество.

Исходя из современной концепции последствий болезни перед врачом-реабилитологом и другими специалистами, участвующими в процессе реабилитации, стоит конкретная задача – устранить не просто последствия заболевания, травмы или дефекта, а максимально уменьшить или полностью ликвидировать имеющиеся ограничения передвижения, ориентации, самообслуживания, обучения, общения, поведения, участие в трудовой деятельности.

Решающая роль в реабилитации принадлежит врачу, хотя его роль на отдельных этапах выполнения индивидуальной программы реабилитации больного или инвалида может меняться.

Этот тезис еще раз подчеркивает важность такого основного принципа реабилитации как «комплексность». Ведь помимо врача в составлении программы реабилитации участвуют и многие другие специалисты. Более того, в ходе выполнения программы реабилитации на первое место могут выходить услуги, предоставляемые педагогами, психологами, физиологами труда, социологами и др.

В процессе реабилитации и приспособления больного к

повседневной жизни важное значение приобретает труд как один из методов восстановительного, воспитательного и производственного лечения.

Задачи, которые ставит реабилитационное направление, значительно расширяют рамки традиционного лечебного подхода, объединяют усилия профилактической, лечебно-восстановительной медицины с деятельностью органов социального обеспечения.

Профилактика призвана поставить надежный заслон комплексу факторов, доминирующих в формировании современной патологии; центр ее тяжести перемещается в сторону активной профилактики, имеющей целью проведение лечебно-оздоровительных мероприятий в возможно полном объеме. Технология динамического наблюдения за больными с хроническими и острыми заболеваниями в зависимости от состояния индивидуального здоровья каждого предусматривает активные реабилитационные мероприятия с последующей диспансеризацией реабилитантов.

Вопросы организации службы реабилитации тесно связаны с подготовкой кадров. Обучение и подготовка их в ряде стран осуществлялась дифференцированно по узким специальностям, реже по общему профилю. Это, прежде всего, связано с созданием специализированных отделений и центров медицинской реабилитации для отдельных контингентов больных.

В других странах основной упор делался на улучшение подготовки студентов-медиков за счет интегрированного обучения методам реабилитации в сочетании с профилактическими и лечебными аспектами инвалидности. Подобный подход имеет целью побудить всех врачей осуществлять реабилитацию в качестве неотъемлемой части их повседневной работы.

Комитет экспертов ВОЗ предлагает подготовку кадров по реабилитации осуществлять по упрощенным учебным программам, с сокращением специализации. Они считают, что потребность в реабилитации настолько велика, что ее нельзя удовлетворять только за счет использования специалистов, основные методы реабилитации следует вводить в программы

подготовки врачей, медицинских сестер, работников служб социальной помощи, преподавателей и другого персонала.

Заслуживает внимания квалификационная система для специалиста-реабилитолога, действующая в Японии. Специалист по реабилитологии – врач, прошедший клиническое обучение (3 года и более) по общей реабилитационной медицине; эксперт по реабилитации – врач, специализирующийся в других областях медицины и обладающий глубокими знаниями и опытом реабилитации по данной специальности.

Вполне обоснованно специалист по реабилитации должен знать подробно методы МР в каждой клинической специальности и уметь руководить процессом ресоциализации всех не полнофункциональных людей. Специалисты других специальностей обязаны знать основы реабилитации в своей специальности.

Отдельные университеты, медицинские школы США проводят подготовку реабилитологов по специальным программам. Так, центр медицинских наук при университете штата Висконсин предусматривает подготовку медицинских работников с целью специализированного обслуживания больных с хронической закупоркой дыхательных путей в небольших городах и сельских районах. Они считают, что личный врач может руководить программой по реабилитации и в данном случае расходы больного на лечение ниже, чем при централизованной программе.

В Германии обращают внимание на подготовку дипломированных педагогов в области естественных наук, получивших дополнительную квалификацию по санитарному просвещению. Они информируют больного относительно характера его болезни, возможностей лечения, многообразия факторов риска и т.д.

В странах СНГ в ходе развития и совершенствования организации МР отмечена слабая обеспеченность кадрами и низкая их квалификация, нехватка оборудования и помещений, недостаточная медицинская пропаганда успехов и возможностей реабилитации, что снижает полноту охвата и эффективность ее. В программах клинических дисциплин недостаточно представлены вопросы реабилитации и трудоустройства инвалидов.

В системе поэтапной медицинской реабилитации должны быть задействованы большинство районных учреждений здравоохранения: ФАП, амбулатории, УБ, районные больницы, ЦРБ, межрайонные, областные и республиканские учреждения здравоохранения. Кроме того, как обязательный элемент в эту систему включаются местные санатории и санатории-профилактории. Последние в ряде случаев играют решающую роль в восстановлении трудоспособности и здоровья работников агропромышленного комплекса.

Литература:

1. Медведев, А.С. Основы медицинской реабилитологии / А.С. Медведев. – Минск: Беларус. навука, 2010. – 435 с.

2. Ильницкий А.Н., Вальчук Э.Э. Организация этапной медицинской реабилитации больных терапевтического профиля / под ред. Э.А. Вальчука, В.Б. Смычка. – Минск, 2003. – 317 с.

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ.

Сиротюк А.И., Стажинский А.В.

*Филиал «Детский санаторий «Солнышко» ОАО «Белагроздравница»,
Минская область*

Оценке функционального состояния легких практические врачи в последнее время уделяют большое внимание. В нашем филиале используется компьютерный спирограф «МАС-2». Показатели функции внешнего дыхания (ФВД) важны как для установления диагноза и определения степени тяжести заболевания, так и для выбора лечебных программ. Динамические наблюдения за пациентами с повторными исследованиями ФВД позволяют вносить изменения в лечение, прогнозировать течение и даже исход заболеваний органов дыхания у детей.

Основной задачей исследования ФВД у большинства пациентов является установление нарушений вентиляционной способности легких, среди которых доминируют обструктивные, то есть вызванные изменениями прохождения воздуха по

трахеобронхиальному дереву. Реже диагностируются рестриктивные, или ограничительные, нарушения, происходящие вследствие изменения растяжимости легочной ткани. В отличие от взрослых у детей продолжается рост и развитие бронхолегочных структур. Этим объясняется тот факт, что даже при наличии хронических заболеваний органов дыхания благодаря высоким компенсаторным возможностям нарушения функции легких нередко отсутствуют. Дети, страдающие бронхиальной астмой, часто имеют нормальные функциональные показатели не только в период ремиссии, но даже в стадии обострения заболевания.

Наиболее полная характеристика вентиляционной способности легких возможна при исследовании структуры общей емкости легких. Метод бодиплетизмографии одновременно с исследованием общей емкости легких позволяет оценить бронхиальное сопротивление, чего достаточно для диагностики характера и степени нарушений. Наиболее востребованным и доступным методом исследования ФВД является регистрация кривой поток-объем форсированного выдоха жизненной емкости легких (ФЖЕЛ). Краткость исследования, визуальный контроль выполнения маневра форсированного выдоха, компьютерная обработка результатов, в том числе сравнительный анализ различных по времени исследования показателей, делают этот метод незаменимым при проведении функциональных тестов с бронходилататорами, бронхоконстрикторами и физической нагрузкой.

Оценка полученных показателей проводится по отклонению от должной величины, то есть теоретически наиболее вероятной величины показателя, установленной у здоровых детей, которая рассчитывается по регрессионному уравнению. Для оценки границ нормальных значений применяют перцентильное распределение, поскольку в группах здоровых детей, как правило, распределение отличается от нормального.

Анализ показателей кривой поток-объем (КПО) выдоха форсированной жизненной емкости легких позволяет выявить нарушения бронхиальной проводимости, степень тяжести этих нарушений, а также уровень поражения: нарушения проходимости мелких (или периферических) бронхов, крупных

(или центральных) бронхов или генерализованные нарушения. Начальная часть кривой поток-объем характеризует проходимость центральных дыхательных путей. Снижение показателей ОФВ₁ (объема форсированного выдоха за 1 с), ПСВ (пиковой скорости выдоха) и МОС₂₅ (максимальной объемной скорости на уровне выдоха 25% ФЖЕЛ) при хорошей воспроизводимости кривой свидетельствует о нарушении проходимости крупных бронхов. Уменьшение потоков на уровне 50 и 75% выдохнутого легочного объема (МОС 50 и МОС 75) и скоростных показателей (средняя скорость на участке 25–50% и 75–85% ФЖЕЛ: СОС 25–50% и СОС 75–85%) характерно для нарушения проходимости периферических дыхательных путей. Генерализованная обструкция характеризуется снижением всех показателей, уменьшением площади под кривой, увеличением времени выдоха, а в выраженных случаях и уменьшением величины ФЖЕЛ.

Проведение тестов с ингаляционными бронходилататорами решает вопрос об обратимости выявленной обструкции дыхательных путей. Эти тесты широко используются как у детей с бронхиальной астмой, так и при хронической неспецифической патологии легких. По нашим данным, более половины детей с хронической пневмонией и клиническим синдромом бронхиальной обструкции дают достоверный прирост величины ОФВ₁ на ингаляцию бронхолитика. Для правильного выполнения и оценки теста необходимо до начала исследования отменить проводимую терапию: β_2 -агонисты короткого действия – за 6 часов, β_2 -агонисты длительного действия – за 12 часов, пролонгированные теофиллины – за 24 часа. При исходном исследовании функции легких у детей важно обращать внимание на воспроизводимость показателей: разница между максимальным и минимальным значением показателей ОФВ₁ и ФЖЕЛ не должна превышать 5%. В случае плохой воспроизводимости кривой поток-объем дальнейшая оценка прироста показателей будет затруднительна и необъективна. Повторное выполнение форсированного выдоха дает возможность выявить бронхиальную обструкцию, возникшую в результате спирометрии, то есть ухудшение показателей бронхиальной проходимости при выполнении повторных

маневров форсированного выдоха. Наличие этого феномена служит противопоказанием для проведения бронхопровокационных тестов и тестов с физической нагрузкой.

Существующие способы оценки фармакологических проб с бронходилататорами: прирост ОФВ₁, выраженный в процентах к исходной величине [ОФВ₁ исх. %], отношение выраженного в процентах абсолютного прироста к должному значению [ОФВ₁ долж. %] – малопригодны для педиатрической практики из-за их значительной вариабельности. В педиатрической практике предлагается прирост ОФВ₁ на 12% и более по сравнению с исходным значением оценивать, как положительный ответ на ингаляцию бронхолитика. Однако у детей прирост в 12% может равняться и 120, и 250, и 360 мл. Поэтому предлагается проводить оценку ответа на ингаляцию бронхолитика по абсолютному приросту величины ОФВ₁. Обычно применяемый 95-процентный доверительный интервал (1,96 сигмы воспроизводимости составляет у детей и подростков 190 мл. Поэтому прирост показателя ОФВ₁ на 190 мл и более [ОФВ₁] можно оценивать, как положительный ответ на ингаляцию бронходилататора. В некоторых случаях при наличии минимальных нарушений бронхиальной проходимости все показатели после ингаляции бронхолитика достигают границ нормы, а прирост ОФВ₁ составляет менее 190 мл. Тогда при условии налаженного сотрудничества пациента и врача, а также удовлетворительной воспроизводимости кривой поток-объем при исходном исследовании такой тест можно оценить, как положительный.

Тест с дозированной физической нагрузкой широко применяется у детей при заболеваниях бронхолегочной системы. Тестирование проводится на велоэргометре из расчета 1 Вт на 1 кг массы тела при частоте педалирования 60–70 в 1 минуту, можно также использовать беговую дорожку, в этом случае нагрузка устанавливается в зависимости от возраста ребенка. Большинство исследователей оценивают тест как положительный при снижении величины ОФВ₁ на 10% после физической нагрузки. Как показали исследования, имеется прямая корреляционная зависимость между частотой возникновения посленагрузочного бронхоспазма и тяжестью течения

бронхиальной астмой. Кроме того, посленагрузочный бронхоспазм чаще диагностируется у пациентов, предъявляющих жалобы на одышку при физической активности. Достоверной связи между выявлением посленагрузочного спазма и подтверждением имеющейся гиперреактивности бронхов не существует. Выбор комплекса функциональных исследований определяется не только оснащённостью соответствующей аппаратурой, но и кругом проблем, которые приходится решать практическому врачу.

Литература:

1. Ненартович И.Н., Жерносек В.Ф. Бронхиальная астма у детей: учеб.-метод. пособие. – Минск: БелМАПО, 2016. – 42 с.
2. Рубан А. П. Бронхиальная астма у детей (структура предрасположенности и способ первичного прогноза). – Saarbrücken: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG, 2012 – 131с.
3. Жерносек В.Ф., Василевский И.В., Дюбкова Т.П. Бронхиальная астма у детей: практическое руководство. – Минск: Полибиг, 1999. – 194 с.

УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ. КОНФЛИКТЫ

Стажинский А.В., Протасеня Е.В.

*Филиал «Детский санаторий «Солнышко» ОАО «Белагроздравница»,
Минская область*

Изучение конфликтов, их структуры и стадий протекания имеет весьма важное значение в практической работе каждого руководителя. Так же огромное значение имеет и знание способов их разрешения, а ещё лучше предотвращения на этапе формирования.

Актуальность данного вопроса обусловлена тем, что эффективность работы любого коллектива значительно возрастает на фоне отсутствия или хотя бы минимизации личностных конфликтов, как между отдельными членами коллектива, так и между коллективом и руководителем. Знание данного вопроса позволяет руководителю осуществлять эффективное управление подчинёнными, индивидуально подбирать правильные способы мотивации сотрудников на

качественное выполнение своих обязанностей, адекватное отношение к замечаниям, а порой и дисциплинарным взысканиям. Для руководителя важен и выбор правильного стиля управления подчинёнными исходя из оценки и знания личностных качеств каждого из сотрудников.

Знание методов бесконфликтного общения так же позволяет руководителю избежать неправильной тактики руководства раскрыть и максимально использовать творческий потенциал и профессиональные знания и навыки каждого члена коллектива, способствовать созданию на работе ровной творческой обстановки. Такое построение работы не только повышает эффективность выполнения производственных задач, но и весьма повышает имидж коллектива и организации в целом в глазах клиентов (пациентов).

Следует отметить, что бесконфликтное общение положительно сказывается не только на психологическом состоянии каждого сотрудника, но весьма значительно отражается и на общесоматическом состоянии здоровья сотрудников, и в конечном итоге ведёт к снижению потерь рабочего времени в связи с временной нетрудоспособностью, снижает показатель «текучести» кадров, формирует основу для развития профессиональной преемственности, обмена и передачи опыта в работе.

На фоне отсутствия конфликта коллектив становится привлекательным с точки зрения привлечения высококлассных специалистов. Надо отметить, что в ряде случаев психологическая мотивация на работу в коллективе может превышать материальную.

Под конфликтом понимается столкновение в конкретной ситуации противоположенных по направлениям ценностей, целей, мотивов, мнений, взглядов, интересов, потребностей, норм и типов поведения людей. Участники конфликта называются оппонентами. Ими могут быть отдельные люди, формальные или неформальные группы и организации. Конфликт всегда порождается некоторой причиной противоборства оппонентов, которая называется объектом конфликта.

С одной стороны, конфликт можно рассматривать как нечто нежелательное в деятельности организации, вносящее разлад в

достижение целей. С другой стороны, конфликт является способом выявления и разрешения существующих противоречий, и в этом заключается положительная сторона конфликта. Поэтому последствия конфликта могут быть как отрицательными, так и положительными.

По данным исследований, на каждую минуту конфликта, возникшего по причинам несоответствия производственных заданий личным интересам и убеждениям, приходится 12 минут после конфликтных переживаний. На минуту конфликта, возникшего из-за нетактичного поведения и высказываний коллег по работе – 14 минут. Из-за конфликта, возникшего на почве грубости руководителя – 20 минут.

Отсутствие конфликтов в организации в определенной мере может служить индикатором царящих там соглашательства и безучастности, формализма в принятии решений. Конфликт – это следствие нарушенного консенсуса, а консенсус – это результат улаженного конфликта, таким образом, ни тот, ни другой не могут существовать изолированно. Поэтому задача руководителя состоит не в предотвращении конфликта, а в управлении им, т.е. в его урегулировании и разрешении причин конфликта. Целью управления конфликтом является минимизация неизбежных экономических, социальных и нравственных потерь и максимизация такого же рода приобретений.

Для понимания сущности конфликта его можно рассматривать как противоречие между тем, что должно происходить в организации, и тем, что происходит в действительности. Любая доминирующая культура организации предполагает наличие единых для всех сотрудников ценностей и целей. Однако действительность почти никогда не соответствует этому идеалу. В лучшем случае «единые и всеми разделяемые цели и убеждения» превращаются в своеобразный «контракт», заключенный между сотрудниками и организацией. Примером такого контракта может быть достаточно распространенное: «Они делают вид, что они мне платят, а я делаю вид, что работаю». Честное соблюдение такого «контракта» обеими сторонами приносит вполне приемлемые результаты. Но сотрудники при этом озабочены не столько «едиными ценностями», сколько своими собственными проблемами и

интересами. Именно наличие таких проблем и интересов приводит к соперничеству между отдельными людьми и различными их объединениями за ресурсы организации, за влияние на происходящие в организации процессы, за первенство в достижении целей.

Расхождение интересов и мнений организации и ее сотрудников, различных групп сотрудников является вполне естественным. Признание естественности плюрализма делает законным расхождение во взглядах и освобождает руководителя от «идеологического груза», заставляющего воспринимать расхождение во взглядах как предательство по отношению к организации и ему самому. Это позволяет руководителю подходить к разногласиям как к проблемам, которые нужно совместно решать, а не как к противоборству с сотрудниками. При этом важным является именно совместное решение проблем, поскольку, с одной стороны, многие свои проблемы человек может решить, работая в организации, с другой стороны, именно сотрудники обеспечивают существование и развитие организации.

Таким образом, рассмотрев виды, структуру и стадии протекания конфликтов можно сделать следующие выводы:

– Конфликт, это столкновение в конкретной ситуации противоположенных по направлениям ценностей, целей, мотивов, мнений, взглядов, интересов, потребностей, норм и типов поведения людей.

– Отрицательные последствия конфликта это: ухудшение отношений между коллегами, снижение производительности труда, рост текучести кадров, возможное сворачивание потенциальных сфер взаимодействия оппонентов и в уменьшение возможностей сотрудничества в будущем.

– Положительные последствия конфликта выражаются в повышении качества принимаемых решений за счет всестороннего анализа проблемной ситуации, в повышении чувства сопричастности оппонентов к решению проблемы, что способствует его успешной реализации, в его способствовании сплочению людей.

– Отсутствие конфликтов в организации в определенной мере может служить индикатором царящих там соглашательства и безучастности, формализма в принятии решений.

– Расхождение интересов и мнений организации и ее сотрудников, различных групп сотрудников является вполне естественным.

– Задача руководителя, которому приходится разрешать конфликт – выяснение его истинной причины.

– Знание методов бесконфликтного общения позволяет руководителю избежать неправильной тактики руководства раскрыть и максимально использовать творческий потенциал и профессиональные знания и навыки каждого члена коллектива, способствовать созданию на работе ровной творческой обстановки.

Таким образом, изучив данную тему, становится понятна ее значимость для процесса эффективного управления коллективом, подбора кадров, привлечения квалифицированных сотрудников, создания позитивного имиджа коллектива в целом, и как следствие, достижение высоких показателей работы и полного выполнения поставленных задач.

Литература:

1. Анцупов, А.Я. Конфликтология: учебник для вузов / А.Я. Анцупов, А.И. Шипилов, 4-е изд. исп. и доп. – М.: Эксмо, 2009.

2. Анцупов, А.Я., Баклановский, С.В. Конфликтология в схемах и комментариях: учебное пособие, 2-е изд. перераб. – СПб.: Питер, 2009.

3. Атоян, А.Д. Конфликтология: конспект лекций / А.Д. Атоян. – М.: Приориздат, 2010.

4. Галустова, О.В. Конфликтология в вопросах и ответах: учебное пособие / О.В. Галустова. – М.: Проспект, 2010.

5. Гришина, Н.В. Психология конфликта, 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008.

РАЗДЕЛ II

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ОЗДОРОВЛЕНИЕ

ДЛИТЕЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ БЕЛАРУСИ

Аверченко И.Ф., Василевский И.В., Пономарев В.А., Кобель В.П.

Открытое акционерное общество «Белагроздравница», Минск

С целью улучшения организации проведения лечебно-реабилитационного процесса у детей Республики Беларусь, совершенствования программ санаторного лечения и выработки новых методических подходов к повышению эффективности восстановительного лечения в детских здравницах республики проведен этапный анализ ряда характеристик лечебно-реабилитационного процесса на примере детского санатория «Солнышко» ОАО «Белагроздравница». На первом этапе нами проанализированы результаты лечения и соответствующая медицинская документация за длительный период работы санатория, составивший 10,5 лет (с 1993 года по 1-е полугодие 2003 года), на втором этапе в сравнительном аспекте использованы данные по характеристике лечебно-реабилитационного процесса у детей за последние 2,5 года (2008, 2009, 2010, 2011 годов). Итоговая выборка включала информацию о 32217 детях, поступивших на лечение в детский санаторий «Солнышко».

Проведенный комплексный анализ основных медицинских показателей позволил выявить ряд тенденций, характеризующих ситуацию с оздоровлением и восстановительным лечением детей Беларуси не только в масштабах конкретной детской здравницы, но и в целом по Республике Беларусь. Результаты указанного исследования могут быть использованы другими детскими здравницами и Республиканским Центром по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения, а также представляют интерес для детских здравниц других стран СНГ.

Нами была тщательно проанализирована структура

поступающих на лечение детей по основным классам заболеваний и конкретным нозологическим формам. В 1993 г. 12,8% детей были направлены с основными диагнозами из класса болезней эндокринной системы, преимущественно с поражением щитовидной железы, что соответствовало характеру основных медицинских последствий аварии на Чернобыльской АЭС в тот период. В последующие годы число детей, поступивших в детский санаторий «Солнышко» с основным эндокринологическим диагнозом уменьшалось. Так, в 2000 г. оно составило 1,3%, в 2001 г. – всего 0,4% от общего числа поступивших детей. В 2002 г. и в 1-м полугодии 2003 г. ни один из 3232 детей не имел в основном диагнозе упоминания об эндокринной патологии, хотя как сопутствующее заболевание эндокринная патология отмечена у ряда больных. Данный факт мы расценили как проявление более активной специализированной эндокринологической помощи по месту проживания детей (особенно в контролируемых районах), а также в связи с открытием на тот момент в нескольких здравницах республики специализированных эндокринологических отделений (или коек). За последние 2,5 года число детей с эндокринной патологией вновь возросло, достигнув 4,6% от общего числа поступивших на реабилитацию. Среди них дети с патологией щитовидной железы составили 91% от общего числа пациентов с данным классом заболевания. В 88,4% случаев патология щитовидной железы проявлялась признаками иодной недостаточности.

При мониторинге нами выявлен факт снижения удельного веса детей с патологией сердечно-сосудистой системы. В 1993 г. таких больных насчитывалось 8,7%, в 2002 г. эта группа составила 27,3%, а за 1-е полугодие 2003 г. достигла 30% от общего числа больных, получавших санаторное лечение. Таким образом, число детей с болезнями органов кровообращения за предыдущий этап наблюдения увеличилось в 3,4 раза. За последние 2,5 года указанный контингент пациентов составил 19,4% от общего числа детей, направленных на реабилитацию. Изучение же структуры больных с патологией органов кровообращения показало значительное увеличение среди детей этой группы (ранее – 53,6%, на последнем этапе – 62%) больных

с наличием синдрома вегетативной дисфункции (СВД), причем в большей части случаев наблюдалась симпатико-тоническая форма ВСД, характеризующаяся повышением артериального давления. Многие подобные пациенты уже в детском возрасте имеют реальный риск развития у них в дальнейшем артериальной гипертензии, представляющей собой важнейшую медико-социальную проблему. Указанное обстоятельство следует постоянно учитывать на всех этапах комплексной медицинской реабилитации.

Ранее вызывал тревогу высокий удельный вес детей с пролапсом (пролабированием) митрального клапана (ПМК), что всегда повышает ответственность санаторного этапа лечения указанных пациентов, требующих динамического УЗИ-исследования сердца высококвалифицированным специалистом на современной аппаратуре. Так, за период с 1993 по 1996 гг. в санаторий не поступал ни один ребенок с ПМК, в то время как в 1997 г. из 784 кардиологических больных данное состояние было отмечено у 67 детей (8,5%), в 2002 г. из 797 больных у 145 (18,2%). За 1-е полугодие 2003 г. из 477 больных кардиологического профиля ПМК как основной диагноз отмечался у 131 ребенка, что составило 27,5%. Дети с ПМК должны поступать в санатории тщательно обследованными по месту жительства кардиоревматологами, с отсутствием функциональных нарушений со стороны сердца. В противном случае, медицинские работники санаториев могут столкнуться с необходимостью оказания неотложной помощи у ряда подобных больных при пароксизмальных состояниях у детей, которые проявляются атипичным приступом удушья после физических нагрузок, включая дискотеку, или психоэмоциональных стрессов. Особую опасность представляют изменения на ЭКГ в виде синдрома удлиненного интервала Q-T. У детей с ПМК он может быть причиной внезапной смерти. За последние 2,5 года численность детей с ПМК из группы кардиологического профиля составила 18,3%, т.е. значительно уменьшилась.

Анализ структуры пациентов с болезнями органов дыхания при мониторинге обнаружил следующие особенности. В предыдущие годы свыше 2/3 детей (72%), направленных в санаторий «Солнышко», имели в основном диагнозе указание на

респираторную патологию. За период 2008-2010 гг. удельный вес детей с указанной патологией в целом значительно уменьшился (до 45,6% от общего числа реабилитантов). Но, как и в прошлые годы, характерным является преобладание больных с заболеваниями верхних дыхательных путей (в 2002–2003 гг. их было 85%, в 2008–2010 гг. соответственно 82,2%). В отличие от прошлых лет преобладали больные с хроническим тонзиллитом и аденоидитом (52,4%, ранее эта группа составляла 29,7%). Дети с хроническим фарингитом и назофарингитом составили вторую по численности подгруппу (20,1%). Как и в прошлые годы, со всей очевидностью напрашивается вывод о необходимости усиления ЛОР-службы в детских санаториях и ДРОЦ, т.к. преобладающая группа детей с респираторной патологией имеет существенные проблемы с состоянием носоглотки, требующим квалифицированной оценки и при необходимости индивидуальной санации ее.

Не изменился удельный вес детей с патологией нижних дыхательных путей (15% пациентов в прошлые годы, 14,7% детей в настоящий период). За последнее время санаторное лечение прошло 3,1% пациентов, перенесших пневмонию, 5,1% от общего числа детей с респираторной патологией имели бронхиальную астму. Вызывает большую озабоченность возросший в последние годы показатель патологии со стороны костно-мышечной системы. Так, 55,2% детей, направленных на реабилитацию, среди диагнозов указанного класса заболеваний имеют нарушение осанки и сколиотической болезни, а с учетом всех поступивших в санаторий «Солнышко» детей за последние 2,5 года каждый 5-6-ой ребенок и подросток имели выраженные нарушения осанки.

Материальная база санатория «Солнышко» позволяет в полном объеме и качественно оказывать диагностические и лечебно-реабилитационные услуги больным детям кардиологического, пульмонологического и других профилей. В частности, при респираторной патологии в санатории широко используется исследование функции внешнего дыхания методом компьютерной флоуметрии, имеются пикфлоуметры для мониторинга пикового объема скорости выдоха у детей с бронхиальной астмой, открыт кабинет БОС (биологической

обратной связи), в котором больные с патологией органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата проходят лечебные тренировки функции дыхания, правильной осанки под компьютерным контролем. Все дети получают различные виды массажа, включая релаксационный массаж, 99% детей охвачено аэрозольтерапией, 34% больных получают спелеотерапию, около 30% – ароматерапию. В санатории работает бассейн, сауна и многие другие лечебные кабинеты.

В последний период в санатории «Солнышко» внедрены новые медицинские технологии лечебно-реабилитационного процесса. Так, успешно применяется ручной массаж с ароматическими маслами, а также теплорелаксационный массаж. При лечении поляризованным светом используется цветотерапия (биаптрон + цветочные фильтры). Бальнеотерапия включает новые методики – использование ароматических ванн, контрастных, ванн с бишофитом, с оксидатом торфа.

У 29,4% детей, направленных на санаторное лечение в санаторий «Солнышко» за период 2008-2010 годов, в результате комплексной реабилитации состояние здоровья значительно улучшилось. Более «отзывчивыми» на проводимые лечебно-профилактические мероприятия оказались пациенты с заболеваниями органов дыхания (30,1% из числа 8287 направленных на реабилитацию за этот период). У детей с патологией органов пищеварения показатель значительного улучшения составил 30,0%. Самые низкие показатели в этом плане имели дети с хронической патологией кожи (всего 6,4%), хотя доля указанных пациентов была незначительной. Подобных детей необходимо направлять в специализированный детский санаторий «Налибокская пушча», где отработаны новые методики по лечению детей и подростков с патологией кожи.

На основании длительного мониторинга организационно-методических особенностей работы детского санатория можно сделать ряд важных обобщений и предложений по улучшению качества лечебно-оздоровительных программ. Это касается, прежде всего, усиления внимания к детям с патологией щитовидной железы, в частности, к пациентам с иодной недостаточностью. Не уменьшается, а наоборот, имеет место

увеличение удельного веса детей с синдромом вегетативной дисфункции, преобладающая гиперсимпатикотоническая форма которой может быть основой для формирования артериальной гипертензии в последующие годы. По-прежнему актуальной остается роль квалифицированной помощи детям ЛОР-специалистами. Крайне тревожна ситуация по классу заболеваний с поражением опорно-двигательного аппарата, в частности – сколиотической болезни и нарушением осанки у детей. Указанные стратегические направления независимо от профилей санаториев и ДРОЦ должны быть реализованы в повседневной практике реабилитации во имя здоровья детей Республики Беларусь.

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «ДУБАЙСКАЯ», КАК МЕСТНОГО ПРИРОДНОГО ФАКТОРА, ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ.

Барановский Д.В., Белко Н.Б., Пасовец С.С.

Коммунальное унитарное предприятие «Детский реабилитационно-оздоровительный центр «Свитанак»

Актуальность. Инфекции верхних дыхательных путей являются серьезной проблемой для здравоохранения в связи с их широкой распространенностью и наносимым экономическим ущербом как отдельным лицам, так и обществу в целом [4].

Введение. Наиболее частой инфекционной патологией органов дыхания у детей являются острые респираторные заболевания [4]. К развитию болезней органов дыхания предрасполагают анатомо-физиологические особенности органов дыхания, возрастные особенности неспецифических факторов резистентности и специфических иммунологических реакций, генетические факторы, аномалии конституции, дистрофии, гиповитаминозы, анемия, охлаждение и перегревание, загрязнение воздушной среды, в том числе пассивное курение [1]. Возникновению данной патологии способствует, в том числе, и

тот факт, что в верхних отделах дыхательных путей постоянно вегетирует микробная флора. Вирусные инфекции, нарушая деятельность цилиарного аппарата слизистой оболочки, создают условия для проникновения этой микрофлоры вглубь дыхательных путей [4]. Высокая частота инфекций дыхательной системы у детей обусловлена также особенностями созревания иммунной системы ребенка, высокой контагиозностью вирусных инфекций, нестойким иммунитетом к ряду возбудителей. Рецидивирующие респираторные инфекции приводят к нарушениям функционального состояния организма, обуславливая срыв адаптации и вызывая развитие хронической патологии. У часто болеющих детей значительно чаще выявляются различные хронические заболевания, выше и частота возникновения других заболеваний [3]. Таким образом, можно сделать вывод, что в детском возрасте среди заболеваний дыхательных путей абсолютно преобладает острая инфекционная патология (более 90% всех болезней дыхательной системы) [2].

В последнее время все большую популярность набирают альтернативные способы лечения заболеваний органов дыхания без применения медикаментозных препаратов. Не исключением стала и ингаляция с помощью минеральной воды.

Применение минеральной воды для ингаляций имеет значительную давность и широкое распространение. Ингаляции минеральными водами проводятся на многих курортах [5]. При ингаляции распыленные частицы хлористого натрия, калия, двууглекислого натрия, кальция, магния и др. покрывают тонким слоем слизистую дыхательных путей и как бы омывают их. Н. И. Кравков указывает, что и щелочи, и хлористый натрий разжижают слизь и облегчают ее удаление из дыхательных путей [5].

Цель. Определение эффективности применения минеральной воды «Дубайская» в виде ингаляций при заболевании у детей верхних дыхательных путей.

Наш центр принимает на лечение и оздоровление детей из районов пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС. На основе документов с места отбора, а также при первичном врачебном осмотре, физикальных и других диагностических данных установлено, что большинство детей имеют в анамнезе

различную патологию органов дыхания. Это может быть, как основное заболевание, так и сопутствующее. В этой связи не менее важным для врачей становится выбор методов физиотерапевтического и медикаментозного лечения. Актуален также вопрос предупреждения возникновения и развития респираторных заболеваний в санаторно-курортной организации. Анализ данных о патологии изложен в таблице 1.

Таблица 1. – Анализ данных о патологии детей, получивших лечение и оздоровление

Патология	Годы		2018 (3 месяца)		2017		2016	
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%
Органов дыхания	158	25.9	543	27.11	687	23.71		
Органов пищеварения	126	20.7	505	24.46	640	22,10		
ОДА	95	15.6	377	15.63	499	17,22		
Органов кровообращения	79	12.9	314	11.34	303	10,43		
Органов мочевыводящей системы	65	10.6	261	7.64	278	9,60		
Прочие	87	14.3	350	13.82	492	16,94		

При детальной оценке состояния здоровья выявлена следующая структура патологии органов дыхания у детей, которая изложена в таблице 2.

Таблица 2. – Патология органов дыхания

Патология	Годы		2018 (3 месяца)		2017		2016	
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%
Заболевания ВДП	121	76.6	465	85.6	570	83.0		
О. бронхит	6	3.8	21	3.9	36	5.2		
Рецидив. бронхит	21	13.3	38	7.0	55	8.0		
Бр. астма	9	5.7	14	2.6	20	2.9		
О. пневмонии	1	0.6	5	0.9	6	0.9		

Как с практической, так и с экономической точки зрения нас заинтересовала возможность применения минеральной воды «Дубайская» в виде ингаляций, как одного из методов лечения болезней верхних дыхательных путей в детском возрасте.

Природная минеральная вода «Дубайская» – это хлоридно-сульфатная натриево-кальциевая фторсодержащая с химическим

составом в мг/дм: натрий 1913,9; калий 32,4; кальций 156,96; магний 43,1; хлориды 3086,8; сульфаты 252,8; гидрокарбонаты 195,3; фтор 0,2; бор 0,87, средней минерализации (М 5,7 г/дм³) Глубина скважины 300,3 м. Бальнеологическое заключение № 8/6-2014, от 12.12.2014. Соответствует требованиям СТБ 880-2016 и ТР ЕАЭС 044/2017.

Материалом для исследований были выбраны дети в возрастной категории от 6 до 14 лет. Нами было обследовано и пролечено 120 детей. Для оценки исследований формировались две группы: основная и контрольная. Больные дети принимали процедуры после исчезновения симптомов интоксикации. Контрольная (60 чел.) группа больных принимала стандартное лечение: электросветотерапию, магнитолазеротерапию, аппликации теплоносителей, бальнеотерапию, лекарственную терапию индивидуально. Основная (60 чел.) группа пациентов помимо стандартной терапии получала процедуру ингаляции минеральной водой на ультразвуковом аппарате «Альбеда ИН-7». Известно, что для ингаляций чаще применяют воды слабой (2-5 г/л) и средней (5-12 г/л) минерализации. Минеральная вода «Дубайская» негазированная (М 5,7 г/дм³) соответствует средней минерализации. Продолжительность процедуры 5 минут. Курс составлял 8 процедур.

При оценке действий ингаляций с минеральной водой «Дубайская», учитывалось субъективное состояние больных (боль и першение в горле, сухость во рту, кашель, заложенность и слизистые выделения из носа), объективные данные (гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки, отечность язычка и слизистой полости носа) и данные диагностических исследований (общий анализ крови).

Результаты и обсуждения. В результате лечения у основной группы пациентов улучшилось субъективное состояние, в том числе раньше курсового лечения на 1-2 дня: исчезли боль и першение в горле у 91% больных, кашель у 76%, заложенность и слизистые выделения из носа у 83% ($p < 0,05$). У контрольной группы при курсовом лечении эти показатели были несколько ниже: исчезли боль и першение в горле у 82% больных, кашель у 70%, заложенность и слизистые выделения из носа у 77% ($p < 0,05$). Объективные данные у пациентов обеих

групп претерпели положительную динамику (гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки, отечность язычка и слизистой полости носа).

Таблица 3. – Объективные данные

Объективные данные	Контрольная группа	Основная группа
Гиперемия зева	Отсутствовала у 82%	Отсутствовала у 93%
Зернистость задней стенки глотки	Отсутствовала у 90%	Отсутствовала у 96%
Отечность язычка	Отсутствовала у 87%	Отсутствовала у 91%
Отечность слизистой носа	Отсутствовала у 85%	Отсутствовала у 89%

Выводы:

1. Ингаляции больным детям минеральной воды «Дубайская» в сочетании с комплексным лечением верхних дыхательных путей стандартными методами, приводят к умеренному улучшению объективных показателей и значительному улучшению субъективного самочувствия пациентов.

2. Данный метод может быть рекомендован для лечения больных с заболеванием верхних дыхательных путей, как дополнение к комплексному лечению.

Литература:

1. Актуальные проблемы педиатрии / А.В.Сукало [и др.]; под ред. Е.М.Русаковой. – Минск, Экоперспектива, 2009. – 127 с.
2. Карпухин Г.И., Карпухина О.Г. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний. СПб.: Гиппократ, 2000. – 179 с.
3. Романцов М.Г. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия: Руководство для врачей / М.Г. Романцов, Ф.И. Ершов, Москва Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа» 2006, – 6 с.
4. Частная курортотерапия / В. А. Александров [и др.]. – «Медгиз», М., 1958. – 81-83 с.
5. Щеплягина Л.А. Новые технологии в лечении острых респираторных заболеваний у детей: лекция для врачей / Щеплягина Л.А., Римарчук Г.В., Круглова И.В., Борисова О.И. – Москва: ФУВ МОНИКИ, 2010. – 3 с.

ПРОФИЛАКТИКА, КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

*Баркун Г.К., Лысенко И.М., Журавлева Л.Н., Потапова О.В.,
Никитина Н.И.*

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Витебск

В структуре общей заболеваемости детей значительная часть принадлежит респираторным заболеваниям. Сохраняется четкая тенденция к увеличению частоты этой патологии. Часто болезни проявляют себя затяжными и рецидивирующими формами, которые резистентны к общепринятым методам лечения, включающим противовирусные и антибактериальные препараты. Особого внимания заслуживают часто и длительно болеющие дети (ЧДБ) острыми респираторными инфекциями (ОРИ), которые составляют около 40% всех детей второй группы здоровья.

К факторам, способствующим развитию индуцированных иммунодефицитных состояний, относятся наличие у ребенка с рождения каких-либо «малых аномалий» иммунитета. Частое использование антибиотиков, наряду с их токсическим влиянием, нередко приводят к нарушению состава микрофлоры слизистых оболочек, формируя дисбиоз кишечника. Вторичным иммунодефицитным состоянием принято считать симптомокомплекс, при котором вследствие повреждающего действия внешней и (или) внутренней среды нарушена функция иммунной системы.

Указанные выше проявления недостаточности иммунной защиты, наиболее явно регистрируются после перенесенной острой инфекции, частичновлекут за собой формирование порочного круга, который обуславливает рецидивы респираторных инфекций.

Эпителиальные клетки респираторного тракта слабо реагируют на вирусную инфекцию, продуцируя альфа/бета интерферон (ИФН), интерлейкины 1, 6 и фактор некроза опухоли

альфа на низком уровне в ответ на ее воздействие. Это может служить объяснением легочного тропизма вируса гриппа и других респираторных вирусов. При ослабленной защитной функции легочного эпителия компенсаторным механизмом защиты и продукции цитокинов служат макрофаги-моноциты дыхательных путей с наибольшей их потенциальностью у альвеолярных макрофагов.

Важную роль на себя берет и лимфоузловое кольцо, когда при повреждении эпителиальных клеток слизистой носоглотки значительно увеличивается количество вирусно-бактериальных антигенов в лимфоидной ткани, вызывая ее пролиферацию для адекватного иммунного ответа, что приводит к увеличению объема аденоидной ткани и морфологических структур миндалин [8, 9].

В результате ряда исследований установлено, что у 75-90% пациентов с наличием фоновой патологии, в том числе и у ЧДБ, имеющих неблагоприятный аллергоанамнез и/или хронические очаги инфекций, имеет место снижение активности всех показателей ИФН-статуса.

Особая роль при формировании вторичных иммунодефицитов у детей и подростков принадлежит различным загрязнениям внешней среды (ксенобиотики, в том числе тяжелые металлы, радионуклиды), частым психоэмоциональным стрессам, нерациональному питанию, недостаточности витаминов и микроэлементов в пищевом рационе, социальной и экономической нестабильности семьи.

Современные подходы к профилактике и лечению ОРВИ

Учитывая изложенное выше, очевидно, что наряду с оптимизацией питания, внедрением методов закаливания, адекватным лечением и профилактикой острых эпизодов ОРВИ. Необходимо внедрять новые средства медикаментозной терапии. Они должны оказывать мягкое модулирующее действие на все звенья иммунной системы и обеспечивать двойную защиту от инфекций, т.е. следует использовать препараты, содержащие антитела к бактериям, вирусам, а также включать в себя гуморальные факторы, способные влиять на активность иммунокомпетентных клеток.

В последние годы достигнуты значительные успехи в

области вирусологии. Тем не менее, лечение многих вирусных, вирусно-бактериальных инфекций и их осложнений по-прежнему остается актуальной проблемой практического здравоохранения.

Учитывая несомненные успехи в вирусологии, эпидемиологии, химиотерапии, вакцинологии ОРВИ остаются самыми частыми заболеваниями человека в мире, где их доля в структуре инфекционной заболеваемости составляет до 89-85%. Группа ОРВИ включает в себя ряд заболеваний схожих по клиническим проявлениям болезней. Эти заболевания вызываются вирусами и имеют воздушно-капельный путь передачи возбудителя и характеризуются поражением органов дыхания.

К числу значимых ОРВИ относятся грипп, аденовирусная инфекция, респираторно-синтициальная инфекция (РС-инфекция), риновирусная и короновирусная инфекции. Хроническое носительство любой вирусной инфекции способствует присоединению вторичной бактериальной флоры (стрептококк, стафилококк, патогенная кишечная флора и др.).

Актуальное направление биотехнологической науки – разработка эффективных средств и способов применения иммунобиологических препаратов.

Имунобиологические препараты (иммуноглобулины, эубиотики, цитокины, иммуномодуляторы и др.) находят все больше применение в медицинской практике, как в нашей стране, так и за рубежом при лечении острых и хронических заболеваний инфекционного и неинфекционного генеза.

Сами интерфероны являются медиаторами иммунитета (цитокинами) обладающими универсально широким спектром биологической активности, в частности, противовирусным и иммуномодулирующим эффектом. Образование и действие ИФН составляет важнейший механизм врожденного (естественного) иммунитета. Система интерферона есть во всех клетках организма.

При проникновении в клетку любого вируса в ней вырабатываются ИФН, подавляющие вирусную репликацию, блокируя синтез вирусоспецифических белков. Выработка интерферона – первая линия защиты клетки от вирусной инфекции, значительно опережающая синтез специфических антител и другие факторы иммунитета, ИФН ингибируют

внутриклеточные этапы репродукции вирусов в зараженных клетках и обеспечивают невосприимчивость к вирусам окружающих здоровых клеток.

Наиболее детально изучены взаимоотношения системы ИФН к вирусам гриппа, Последние обладают способностью угнетать выработку ИФН инфицированными клетками, что способствует быстрому прогрессированию инфекции.

Установлено также подавление защитного действия ИФН при РС-инфекции. Указанные факты послужили основанием для использования препаратов интерферона в лечении, профилактике и реабилитации гриппа и ОРВИ, а в последующем – разработка для этих целей индукторов ИФН [9].

Несмотря на подобный механизм действия и спектр активности индукторы ИФН имеют целый ряд преимуществ перед экзогенными ИФН. В частности, образование эндогенного интерферона при введении индукторов ИФН является более физиологичным процессом, чем повторное введение экзогенных интерферонов, которые к тому же быстро выводятся из организма и угнетают образование собственных (аутологичных) ИФН по принципу отрицательной обратной связи.

Циклоферон в профилактике, лечении и реабилитации ОРВИ

Отдельно нам бы хотелось остановиться на использовании в схеме лечения Циклоферона (метилглюкозамина акридоацетата).

Так, в соответствии с официальными рекомендациями метилглюкозамина акридоацетат не должен применяться у детей младше 4 лет, тем не менее, мы попробовали использовать в лечении «Циклоферон» у детей не только в оговоренных инструкцией возрастных группах, но и у пациентов в возрасте от 2,8-4,2 лет с информированного согласия их родителей при частоте респираторных заболеваний более 12–13-ти раз в год.

Метилглюкозамина акридоацетат («Циклоферон») является индуктором интерферона.

Это полифункциональный препарат, который обладает широким спектром фармакологических эффектов и может рассматриваться в качестве средства лечения и профилактики для различных респираторных инфекций у детей с транзиторным сниженным иммунитетом, а также при как наличии сопутствующей патологии, так и у лиц «групп риска».

1. Циклоферон как индуктор интерферонов

Индукторы интерферона – это самостоятельный класс высоко- и низкомолекулярных природных и синтетических соединений, который способен «включать» систему интерферона и вызывать в клетках организма синтез собственных (эндогенных) интерферонов. Индукторы интерферонов обладают рядом положительных качеств: высоким уровнем и широким спектром специфической активности, достаточной длительностью противовирусного действия, высоким терапевтическим индексом, способностью опосредованно подавлять вирусную репродукцию.

2. Циклоферон как регулятор цитокинов

Циклоферон является регулятором цитокинов. При действии циклоферона и вирусных агентов происходит активация «цитокиновой сети» организма, в результате чего идет иммунный ответ по клеточному или гуморальному типу. Развитие иммунного ответа по клеточному типу ведет к усилению роли противовирусной защиты.

3. Циклоферон обладает иммуотропной активностью. Индукторы интерферонов могут применяться и применяются как корректоры сдвигов иммунного ответа.

4. Циклоферон является стимулятором образования дефект-интерферирующих вирусных частиц (ДИ-частицы).

ДИ-частицы препятствуют нормальной репродукции вируса что приводит к подавлению его цитотоксического действия и самоограничению инфекции, а дефектные частицы стимулируют неспецифический иммунитет.

5. Циклоферон обладает противовирусной активностью

Противовирусная активность препарата складывается из непосредственного противовирусного действия и опосредованного действия через ингибирование функций основных ферментов дыхательной цепи митохондрий клетки – убихинонов, или ингибирование связывания АТФ с митохондриальным АДФ/АТФ зависимым транспортным белком путем присоединения акридонукусной кислоты по пептидной связи лизин-цистеин.

Циклоферон восстанавливает способность лейкоцитов крови к синтезу интерферона. Он занимает достойное место для

лечения заболеваний дыхательных путей, уменьшая интоксикацию, катаральные симптомы, он нормализует температуру тела без использования антибиотиков, оказывает местный цитопротекторный эффект, предупреждает развитие осложнений. Препарат может быть использован как средство неспецифической профилактики ОРЗ и гриппа у детей во время сезонного подъема заболеваемости.

Для лечения детей мы использовали таблетированный препарат, покрытый кишечнорастворимой оболочкой (PN-001049/02).

В наших исследованиях выборка была небольшой – 213 человек, из них препарат получали 83 ребенка в возрасте от 7 до 15 лет. Активное плацебо получали 53 ребенка. Индекс эффективности составил 3,1 (колебания 2,6–3,7), показатель защиты – 65,3 (колебания 59,8–70,3). Заболеваемость снизилась в 2,2 раза. Произошло снижение кратности (в 3,3 раза) и длительности острых эпизодов ОРЗ в полтора раза. В организованных коллективах также произошло снижение заболеваемости более, чем в 2 раза. Увеличилось количество легких форм заболеваний, а число тяжелых форм – уменьшилось в два раза. Среднее количество дней с временной утратой трудоспособности у родителей больных ОРЗ детей составило 5,1 дня. Эти мероприятия привели к снижению экономических затрат.

Литература:

1. Анатомо-физиологические особенности и методика исследования органов дыхания у детей: учеб.-метод. пособие / М.В.Чичко [и др.]. – Минск: Изд-во БГМУ, 2002. – 24 с.

2. Кондрашин, Ю.И. Перспективы использования нового отечественного иммунобиологического препарата «Кипферон, суппозитории для ректального и вагинального применения» в терапии вирусных и бактериальных инфекций у детей / Ю.И. Кондрашин, А.К. Денисов // Педиатрия. – 2007. – №2. – С. 83–86.

3. Коровина, Н.А. Острые респираторные инфекции у детей: современные возможности иммунопрофилактики и иммунотерапии / Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников // Вестник педиатрической фармакологии инутрициологии. – 2007. – № 4. – С. 4–9.

4. Гобец, А.А. Комплексный подход к изучению патогенеза острой пневмонии у детей раннего возраста / А.А. Гобец // Педиатрия. – 1996. – № 6. – С. 86–87.

САПРОПЕЛИ ОЗЕРА ТАЙНОЕ – ВЕЩЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ, СВОЙСТВА, ПРИМЕНЕНИЕ

Богдасаров А.А., Житинец С.С., Строганова Н.Л.

*Белорусское географическое общество, Брест
Открытое акционерное общество «СКО «Брестагроздравица», Брест*

Использование сапропелевых грязей с целью лечения, оздоровления и реабилитации применяется в санаториях Беларуси, больницах и поликлиниках с большим медико-биологическим и экономическим эффектом. Сапропель, кроме того, отличное удобрение органического типа и востребовано в сельском хозяйстве [2]. Содержащая не менее 15% органического вещества сапропель положительно влияет на системы кровообращения и движения, функции эндокринных желез, уровень тканевого и молекулярного обменов, иммунологическую активность всех органов человека [2, 3].

Основные запасы сапропелей сосредоточены в Витебской и Минской областях – более 80%, чуть более 15% приходится на долю Гомельской и Брестской области и около 2-2,5% – на долю Могилевской и Гродненской области. И, тем не менее, наиболее изученными и востребованными являются сапропели озера Дикое Гродненской области, где работает грязевой добычной комплекс и цех по производству сапропелевых аппликаций. А санатории «Радон» и «Альфа-Радон» с успехом используют сапропелевую грязь озера Дикое в лечении, оздоровлении и реабилитации своих пациентов.

Учеными Беларуси были исследованы возможности использования сапропелей из разных белорусских озер – Судобль, Мотыль, Олтуш, Ант-озеро, Тайное и др. в грязелечении. В настоящее время в грязелечебницах республики более 90% грязевых процедур обеспечивается сапропелями местных озер. И это объясняется тем, что по своим физико-химическим составляющим и лечебным свойствам белорусские сапропели близки к сапропелям озера Молтаево Свердловской области (курорт «Самоцвет»), озера Боляш Челябинской области (курорт «Кисегач»), озера Увильды на Урале, озера Талая

Магаданской области (Россия), озера Кемери в Латвии и др. Наша сапропель богата макро- и микроэлементами (кальций, магний, кремний, фосфор, азот, углерод, марганец, железо, медь, цинк, свинец, ванадий, кобальт, никель, бор, сера, бром, йод и др.), в них много свободных и связанных аминокислот, витаминов, ферментов и других биологически активных веществ, которые в совокупности оказывают эффективное лечебное воздействие на организм человека.

Одним из перспективных объектов источников сапропелевых грязей является озеро Тайное Брестского района Брестской области детально разведанное еще в 1988 году. Оно расположено на территории биосферного резервата «Прибужское Полесье» в четырех километрах к северо-западу от санатория «ОАО «СКО «Брестагроздравница» и относится к бассейну реки Западной Буг. Препятствий для организации здесь добычного участка сапропелей нет, а общность свойств и особенностей с сапропелями озера Дикое Гродненской области позволит использовать их в качестве лечебного компонента и в сельском хозяйстве в качестве органических удобрений [1, 2].

После детальной разведки в 1988 году никаких разведочных и научно-исследовательских работ на озере не проводилось. Суммарные запасы лечебного сырья озера Тайное по оценочной балансовой категории «А» составляют порядка 420 тыс.м³. Из них 46 тыс. м³ – органические сапропели и 374 тыс. м³ кремнеземистые бессульфидные среднезольные. Все отложения представлены сапропелями темно-коричневого цвета от разжиженного сверху до пластичного внизу разрезов состояния, практически чистые, не засоренные. Максимальная мощность – 9,6 км, при средней расчетной – 5,45 метров.

Содержание основных компонентов (%): Fe₂O₃ – 4,1-13,8; СаО – 30,9-36,6; P₂O₅ – 0,43-1,80; КСl – 4,8-7,16; SiO₂ – 20,1-23,8; Al₂O₃ – 3,01-3,85; SO₃ – 2,20-2,85, MgO – 0,59-1,77, Na₂O 0,44-0,69; K₂O – 0,48-0,72, N общ. – 2,78-6,63; Влажность на глубинах до 4,5-5,0 метра до 91-92%, а до глубин 9,0-9,5 метра до 87-89% [1, 2].

С целью приемки объекта к добычным работам и использовании сапропелей в лечебных и народно-хозяйственных процессах были произведены специальные радиологические

исследования внешнего гамма-излучения. Пробы грунта береговой линии (песок с сапропелью) исследовались на содержание объемной и удельной активности гамма-излучающих радионуклидов ^{137}Cs и ^{40}K , а также ^{90}Sr на гамма-бета-спектрометре типа МКС-АТ1315 и при норме 1220 Бк/кг показали значения в пределах $2,18 \pm 0,44$ Бк/кг, то есть практически являются чистыми и могут быть использованы в дальнейшей работе.

Вещественный состав, элементы-примеси и радиоактивная составляющая сапропелей озера Тайное идентичны сапропелям озера Дикое. Осадки этих озер ледникового происхождения характеризуются одинаковыми условиями осадконакопления и однотипными осадками: сапропель, торф, карбонатный и органический ил, глина, песок. И их лечебный и хозяйственный эффект должен быть также одинаковым. Лечебные грязи раздражают многочисленные рецепторы, оказывают нервно-рефлекторное и нейрогуморальное влияние на течение физиологических процессов, а в основе механизма действия грязей лежит термический, химический и механический эффект [2].

В целом сапропелевые грязи обладают ярко выраженным противовоспалительным, рассасывающим, десенсибилизирующим, болеутоляющим и трофикорегенерирующим действием. Они вызывают активизацию нейроэндокринной системы, нормализацию реактивности организма человека и способствуют его выздоровлению.

Во многих санаториях Беларуси активно используется новый вид продукции из натуральных сапропелевых грязей озера Дикое в виде пластин-аппликаторов. С учетом транспортных расходов эта процедура становится достаточно дорогой. Но пластины-аппликаторы с сапропелевой грязью с успехом используются в грязелечебницах, физкабинетах больниц и поликлиник, а также в домашних условиях. Упаковки для грязевых аппликаций представляют собой пакеты, изготовленные из полимерного материала и наполненные сапропелевой грязью. Полимерный материал позволяет активным веществам грязи свободно проникать на поверхность тела больного сохраняя все физические и химические свойства, которые весьма многогранны

по своему применению. И это: а) заболевания периферической нервной системы: невралгии, невриты, плекситы, радикулиты (вне обострения), инфекционные полиневриты и полирадикулоневриты (после медикаментозного лечения); б) заболевания центральной нервной системы: остаточные явления травм спинного мозга и интоксикаций, сопровождающиеся парезами и гемипарезами, детский церебральный паралич; в) гинекологические заболевания: хронические воспалительные процессы (кроме туберкулезной, этиологии), функциональное бесплодие, гипофункция яичников; г) заболевания мужских половых органов: бесплодие, простатит, орхит, эпидидимит; д) заболевания органов дыхания: хронические бронхиты, пневмонии, простудные заболевания (вне обострений); е) заболевания органов пищеварения: хронические гастриты, дуодениты, спастические колиты, хронические гепатиты (вне обострения), хронические холециститы и панкреатиты (вне обострения); ж) урологические заболевания: циститы, пиелоститы, цисталгии; з) кожные заболевания: артропатические формы псориаза, зудящие дерматозы, узловая эритема, ограниченная форма склеродермии, целлюлиты, рубцы.

Столь огромный перечень лечения различных заболеваний с помощью пластин-аппликаций ставит вопрос обустройства грязевого участка на озере Тайное весьма актуальным. Ведь только в Брестской области функционируют более 10 стационарных лечебных здравниц. А сколько нужно пластин-аппликаций для больниц и поликлиник?

Лечебные сапропелевые грязи – это сложные органоминеральные комплексы различных веществ, образовавшихся из остатков отмирающих растительных и животных организмов озера. И хотя польза от их применения в лечебных целях очевидна и актуальна, имеются, к сожалению, и противопоказания – острые воспалительные процессы во всех видах их проявления, лихорадочные состояния, туберкулез, злокачественные новообразования и состояния после их хирургического удаления, нефриты, нефрозы, постинфарктные и постинсультные состояния, артериальная гипертензия II и III степени, нарушение сердечного ритма, миомы, фибромиомы,

кистозные образования, геморрой, тиреотоксикоз, индивидуальная непереносимость. Сапропель, кроме того, можно с успехом использовать в качестве подкормки на свинокомплексах, в виде органических удобрений и в расфасованном виде как грунт для комнатных растений [1, 3].

Немаловажное значение имеет экологическая составляющая – в настоящее время озеро Тайное продолжает интенсивно заболачиваться, а разработка и добыча сапропелей приведет к экологическому выздоровлению озера. Потеряв перспективу превратиться в болото, озеро Тайное станет своеобразной жемчужиной биосферного резервата республиканского ландшафтного заказника «Прибужское Полесье» и знаковой точкой территории бассейна реки Западный Буг.

Литература:

1. Богдасаров А.А. Сапропели озера Тайное Брестского района и их рациональное использование / А.А.Богдасаров, М.А.Богдасаров // IV Университетские геологические чтения «Инновации в геологии и освоение недр» - БГУ, Минск – 2012 – с. 42-44.

2. Богдасаров А.А./Местные природные лечебные факторы санатория ОАО «СКО «Брестагроздравница» и их воздействие на организм человека / А.А.Богдасаров, С.С.Житинец, Н.Л.Строганова. Минск: «Медицинские новости», №7, 2017 – с. 38-41.

3. Карабанов А.М. Сапропели озера Дикое, их запасы, свойства и возможности применения в бальнеологии/ А.М.Карабанов, В.М.Иода, Н.В.Мазур// Эколого-профилактические проблемы: материалы научно-практической конференции. Гродно, 1995. – с.71-72.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИРОДНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА БАЗЕ «САНАТОРИЯ «РУЖАНСКИЙ»

Герасимович С.Б., Товстик А.Н.

*Открытое акционерное общество «Санаторий «Ружанский»,
Гродненская область*

Сахарный диабет (СД) – системное гетерогенное заболевание, обусловленное абсолютным или относительным дефицитом инсулина, который вначале вызывает нарушение

углеводного обмена, а затем всех видов обмена веществ, что в конечном итоге приводит к поражению всех функциональных систем организма [2].

СД остается одной из медико-социальных проблем здравоохранения практически всех стран мира, что объясняется его высокой распространенностью и развитием серьезных осложнений, которые могут привести к летальному исходу. Диабет является одной из основных причин слепоты, почечной недостаточности, инфарктов, инсультов и ампутаций нижних конечностей [3].

Распространенность сахарного диабета имеет тенденцию к увеличению. По прогнозам экспертов к 2030 году диабет будет занимать седьмое место в мире среди причин смертности [3].

В комплексном лечении СД, а также его осложнений одним из эффективных дополнительных методов является физиотерапия. Лечение больных сахарным диабетом направлено как на основное заболевание, так и на различные его осложнения, усугубляющие его течение. Наряду с основными методами лечения (диетотерапия, пероральные сахароснижающие препараты, инсулинотерапия, другие патогенетические фармакологические средства) существенную (хотя и вспомогательную) роль в комплексной терапии играют и лечебные физические факторы [1].

Физические средства показаны при латентном диабете, легких и среднетяжелых формах течения явного диабета, а также при некоторых последствиях (ангиопатия, полинейропатия, гепатоз и др.) тяжелого диабета. Больным тяжелой формой диабета с кетоацидозом физиотерапия противопоказана [1].

Физические факторы у больных диабетом применяются для усиления экскреторной функции поджелудочной железы (инсулиностимулирующие методы), с целью общего воздействия на организм для коррекции нейрогуморальной деятельности и купирования астено-невротического состояния (вегетокорригирующие и седативные методы) и для лечения и профилактики осложнений и сопутствующих заболеваний [1].

Задачей исследования явилась оценка уровней гликемии больных сахарным диабетом на фоне проведения комплексного физиотерапевтического лечения на базе санатория

«Ружанский» за 2017 год.

Материалы и методы исследования. В исследовании были включены 146 пациентов, из них 23 (15,7%) ребенка, 123 (84,3%) взрослых (рисунок 1); 38 (26%) СД 1 тип, 108(74%) СД 2 тип (рисунок 2).

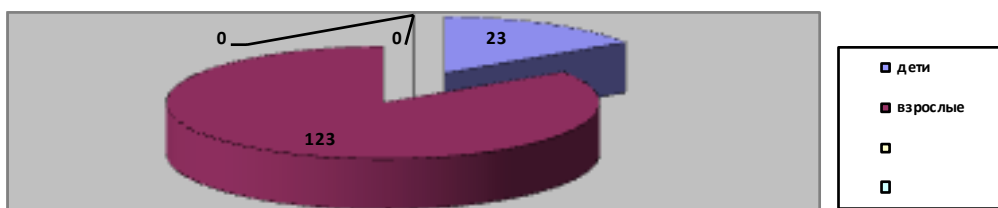


Рисунок 1. – Анализ структуры пациентов с СД по возрастам за период 2017 г. в ОАО «Санаторий «Ружанский»

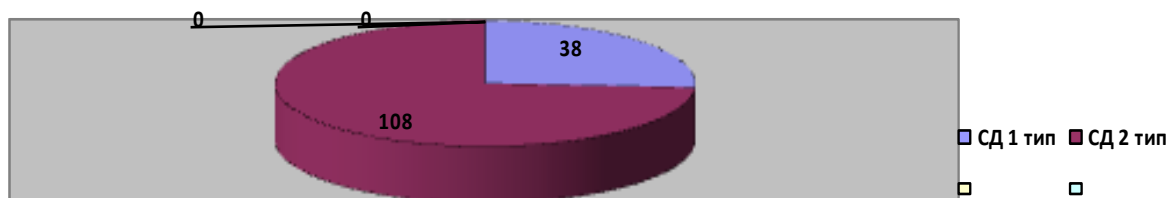


Рисунок 2. – Анализ структуры больных по типам диабета за период 2017г. в ОАО «Санаторий «Ружанский»

Пациенты находились на санаторно-курортном лечении в санатории «Ружанский». Получали медикаментозное лечение: базис-болюсный режим инсулинотерапия 44 (30,1%), таблетированные сахароснижающие препараты в сочетании с инсулинотерапией 11 (7,5%), таблетированные сахароснижающие препараты 91 (62,3%). Сроки пребывания в санатории с 12 дней по 21 день (среднее 16,5).

Проведенное лечение: диетотерапия с исключением продуктов с высоким гликемическим индексом, обогащенная белками и клетчаткой; терренкур, ЛФК, бассейн, питьевое лечение минеральной водой (малой минерализации, слабощелочной, хлоридно-кальциевая натриевая), фитотерапия противодиабетическим сбором «Миртивит», массаж, пневмокомпрессионная терапия, сухие углекислые ванны, теплолечение, магнитотерапия или лазеротерапия на нижние

конечности, ингаляционные методы лечения. Комплекс лечения подбирался индивидуально на основании длительности и стадии компенсации основного заболевания, наличии сопутствующих заболеваний. Больным ежедневно измерялось АД, проводился контроль гликемии.

Результаты. По средним уровням гликемии натощак пациенты были разбиты на три группы. До начала курса санаторно-курортного лечения показатели гликемии натощак в пределах 10-12 ммоль/л имели 19 (13,1%) пациентов – группа 1; 8-10 ммоль/л 96 (65,7%) – группа 2; 6-8 ммоль/л 31 (21,2%) – группа 3.

Показатели анализировались у взрослых при заезде. Также по средним показателям САД пациенты были разбиты на три группы. Группа 1 – средние показания САД 120-139 мм рт. ст. 78 (63,4%) пациентов; группа 2 – средние показания САД 140-159 мм рт. ст. у 40 (32,5%) пациентов; средние значения САД свыше 160 мм рт. ст. у 5 (4,1%) пациентов – группа 3. Последней группе интенсифицировалась схема гипотензивной терапия.

По окончании курса санаторно-курортного лечения в группе 1 было 11 (7,5%) пациентов; группа 2 – 93 (63,7%) пациентов, группа 3 – 42 (28,8%) пациентов (рисунок 3).

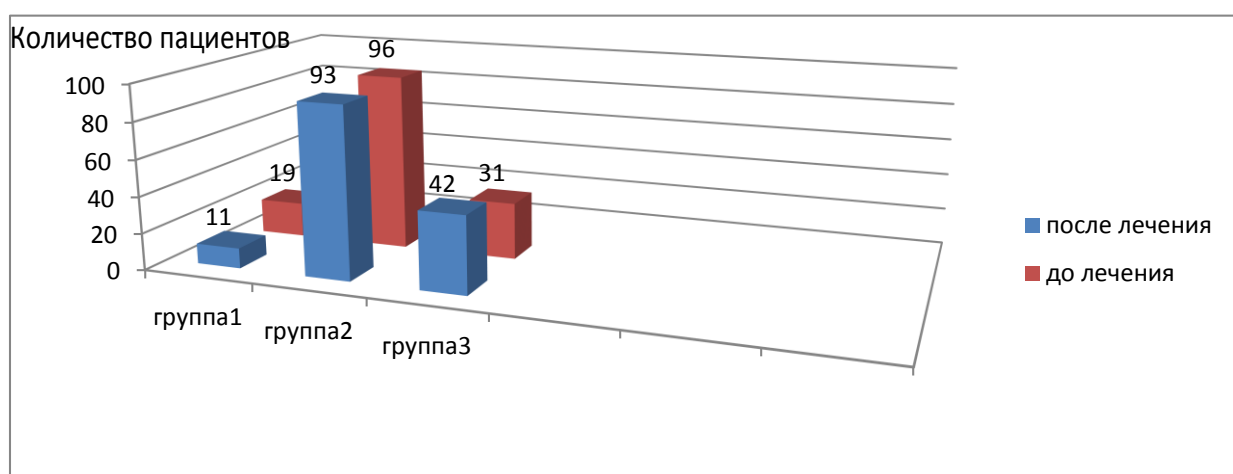


Рисунок 3. – Изменения количества пациентов с сахарным диабетом в группах с разными уровнями гликемии натощак до и после санаторного лечения за период 2017 года в ОАО «Санаторий «Ружанский»

По окончании лечения изменения в группе 1 – 89 (72,3%) пациентов, группа 2 – 34 (27,6%) (рисунок 4).

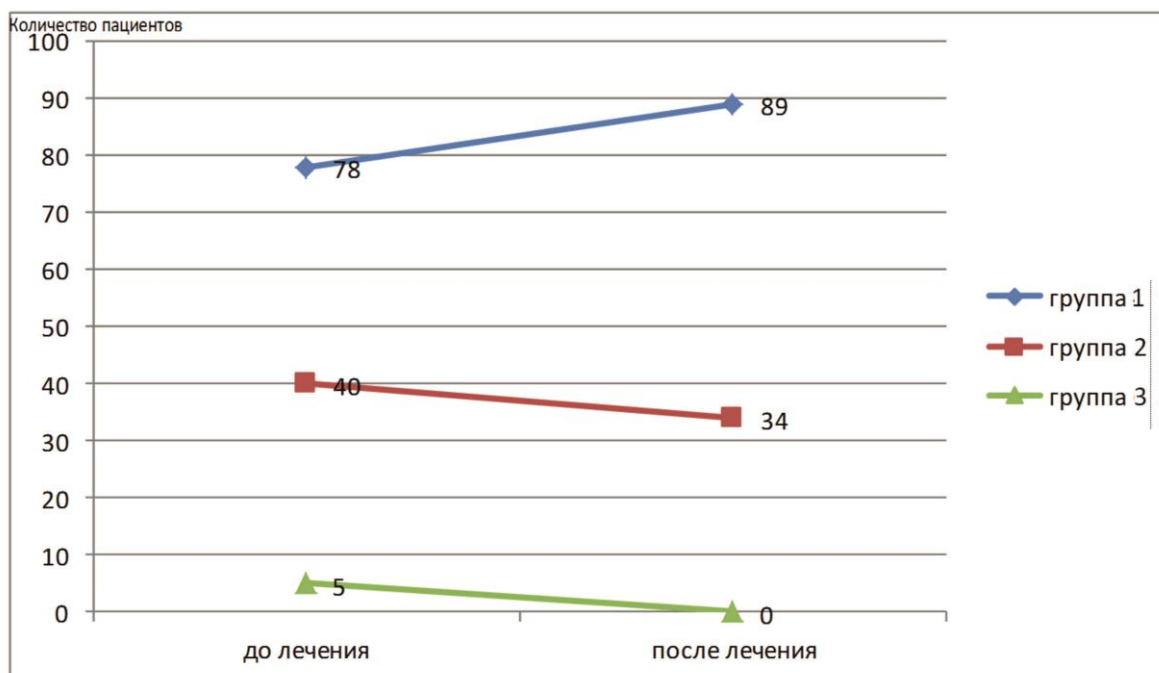


Рисунок 4. – Изменения количества взрослых пациентов с сахарным диабетом в группах с разными уровнями АД до и после санаторного лечения за период 2017 года в ОАО «Санаторий «Ружанский»

Заключение. В группе 1 и группе 2 количество пациентов снизилось соответственно на 5,6% и 2,0%, а в группе 3 увеличилось на 7,6%. То есть показатели компенсации диабета по уровню гликемии натошак улучшились во всех группах. Показатели компенсации диабета по АД тоже улучшились во всех группах.

Применение комплексного подхода в лечении сахарного диабета в условиях санаторно-курортной организации – сочетание медикаментозной сахароснижающей терапии, использование физических факторов, расширение физической нагрузки, диетотерапия фитотерапия, позволяет улучшить контроль гликемии и АД, снизить дозу короткого инсулина при базис-болюсной терапии, улучшить самочувствие, что способствует снижению риска развития таких грозных осложнений, как инфаркт миокарда и инфаркт мозга, приводящих к потере трудоспособности, смерти.

Литература:

1. Волотовская А.В. Физические факторы в лечении сахарного диабета и его осложнений: учеб.-метод. пособие / А.В. Волотовская, Л.Е. Козловская. - Минск: БелМАПО, 2011. – 25 с.
2. Дедов И.И. Эндокринология: Учебник. / Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. // М.: Медицина, 2000. – с. 632
3. Интернет ресурс <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

**ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В ФИЛИАЛЕ
«САНАТОРИЙ «РАДОН» ОАО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА»**

Карпишевич Л.Ф.

*Филиал «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница»,
Гродненская область*

Красота является высшей обобщенной мыслью природы; наряду с одухотворенностью она представляет идею породы, вида, поэтому она могущественна и приковывает наш взгляд и внимание.

А. Шопенгауэр

Эстетическая медицина развивается быстро, динамично; источник человеческой мысли неисчерпаем; появляются инновационные методы, которые решают самые сложные эстетические проблемы и становятся альтернативой даже хирургическим методам лечения и коррекции.

Внешние признаки биологического и фотоиндуцированного старения кожи оказывают существенное влияние на социальное благополучие и качество жизни человека. Именно поэтому востребованность косметологических услуг растет. На рынке широкий спектр методов, направленных на устранение или уменьшение инволюционных изменений кожи. Популярными становятся те, которые дают достаточно быстрый и видимый результат.

Косметологическая лечебница – это учреждение с полным циклом косметологических услуг. Наше предприятие «Санаторий

«Радон» имеет приоритетные направления в лечении пациентов, но мы все же стараемся создавать возможно оптимальные цепочки-схемы косметологических процедур, чтобы пациенты имели возможность решить не одну, а несколько эстетических проблем при этом в полном объеме получали лечение основного заболевания. В этом особенность нашей работы.

В санатории «Радон» работают два кабинета: косметологический и косметический. Стараемся работать в тандеме, дополняя друг друга. На первичном приёме проводим диагностику кожи: составляем индивидуальную программу лечения для каждого пациента, определяем тип и влажность кожи, оцениваем степень выраженности морщин и наличие телеангиоэктазий, пигментации, собираем косметологический анамнез, учитываем противопоказания. А также учитываем сочетаемость наших процедур с другими, их последовательность, соблюдение правил выполнения процедур и режима после них. Также не менее важно учесть пожелание пациента, создать атмосферу комфорта и полного доверия. Мы понимаем, что пациент для нас – главный человек! Особое значение имеет четкая, ясная, доступная подача информации о предстоящей процедуре.

Основа нашей работы – аппаратная косметология, а также традиционные методы – массажи, пилинги, целевые уходы, лечебные косметические процедуры. Используем немецкую и французскую профессиональные косметические линии.

Известно, что кожа человека состоит из трёх слоёв: эпидермиса, дермы, гиподермы. Эпидермис играет защитную роль, дерма – роль каркаса, который обеспечивает упругость, прочность и растяжимость кожи.

Главным структурным компонентом соединительной ткани является коллаген; этот белок вырабатывается фибробластами. Коллагеновые волокна – гибкие и прочные, в сочетании с волокнами белка эластина придают коже упругость. Однако со временем под влиянием неблагоприятных факторов (хроно-, фотостарение и т.д.) происходит повреждение этих белков, замедляется процесс неоколлагенеза, накапливаются повреждённые волокна, ухудшается их прочность и эластичность. В результате структура коллагено-эластинового

матрикса нарушается, содержание влаги в межклеточном веществе дермы уменьшается; кожа теряет упругость и эластичность, всё больше проявляются признаки старения кожи.

Все эти проблемы с успехом решаются на косметологических аппаратах, используемых в нашем санатории.

1. На аппарате высокочастотной электромагнитной терапии (производство Италия) Q-FREQUENCY проводится уникальная процедура безоперационной подтяжки, эффективна также для борьбы с лишними жировыми отложениями, целлюлитом; прекрасно моделирует контуры лица и тела, восстанавливает эластичность, упругость тканей через действие биологически совместимой энергии, которая, проходя через эпидермис, дерму проникает в клетки, оптимизируя все процессы для омоложения. В основе эстетического эффекта этой процедуры лежит контролируемое воспаление в дерме, которое становится пусковым механизмом для реструктуризации кожи. Процедура востребована, приятна для пациента и работает, т.е. даёт видимый результат.

2. На аппарате «Intusuon» (производство Израиль) проводим процедуру безинъекционной мезотерапии, как альтернативу инвазивной инъекционной мезотерапии, потому что многие пациенты не желают иметь после процедуры видимые знаки: следы от уколов, петехии, гематомы, болевые ощущения. Механизм процедуры основан на методе электропорации: под воздействием высоковольтных импульсов электрического тока временно перестраивается структура фосфолипидного бислоя клеточной мембраны, что значительно повышает её проницаемость для косметических препаратов, которые в норме не проникают через мембрану. Косметологическая система «Intusuon» может полноценно использоваться самостоятельно и как эффективное дополнение к любой программе, в том числе и в сочетании с процедурой радиочастотного лифтинга.

Лазер, появившийся у человечества лишь в двадцатом веке, уже успел прочно войти в нашу жизнь к началу двадцать первого. Многие области медицины без него уже немыслимы. Одна из сфер применения лазерных технологий – это косметология.

В филиале «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница» мы работаем на многофункциональном лазерном аппарате

«MULTILINE», который способен заменить несколько классических лазерных аппаратов и обеспечить такие результаты лечения, которые считаются невозможными.

Данный аппарат имеет регистрационное удостоверение Министерства здравоохранения Республики Беларусь № ИМ-7.95888.

Лазерная косметология у нас это:

1. Процедура лазерного омоложения – RecoSMA, используется эрбиевый лазер, $L = 2936$ нм и SMA-модуль. Название RecoSMA происходит от слова «Reconstmectation» и аббревиатуры SMA, присвоенный запатентованному высокотехнологичному лазерному модулю. Данная технология разработана в 2011 году, уникальна, т.е. не имеет аналогов в мире. Энергия подается одномоментно в виде тысяч микроскопических лучиков, каждый из которых меньше человеческой клетки (до 10.000 микролучей на $см^2$). От каждой из таких микрозон воздействие в глубину кожи передается энергия, достаточная для того, чтобы вызвать фотомеханическое повреждение на глубине 2-6 мм: мембраны клеток разрушаются, волокна коллагена ремоделируются. Лазерное воздействие длится тысячные доли секунды, за это время ткани не перегреваются, т.е. термически не повреждаются. Материал разрушенных клеток тут же используется организмом как строительный материал в процессе регенерации. В результате мы получаем значительный видимый, гармоничный, омолаживающий эффект, кожи возвращается здоровье, свежесть, молодость. Процедура не требует обезболивания, хорошо переносится пациентом, имеет короткий реабилитационный период – 4-5 дней.

2. На аппарате «MULTILINE» проводится лазерная эпиляция – окончательное удаление нежелательных волос. Используется ниодимовый лазер, длина волны 1079 нм, который работает в режиме модуляции добротности, т.е. импульсном режиме, что позволяет накапливать энергию тканями без перегрева. Преимущества метода:

- эффективность не зависит от фототипа кожи;
- отсутствует сезонность;
- не требуется обезболивающие;
- отсутствует риск ожогов, пигментных и рубцовых

изменений кожи.

Лечение сосудистой патологии – селективное лазерное удаление с сосудов – используется неодимовый лазер $L=540$ нм, с КТР-насадкой. Методика избирательного лазерного воздействия позволяет эффективно удалить сосуды, не воздействуя на окружающие ткани.

Проводится также лечение рубцов (гипертрофических, гипотрофических, постакне-рубцов), дисхромий, мелкоочагового псориаза, удаление татуировок.

На аппарате ЭХВЧ-80 (электрохирургический высокочастотный аппарат) удаляем доброкачественные образования кожи: папилломы, микрокисты, атеромы, кератомы и т.д.

Набирает популярность у нас косметологическая карбокситерапия, так называемые газовые уколы: подкожные инъекции диоксида углерода – газа, натуральным образом производимого и выделяемого клетками человеческого организма.

Это метод, который применяется, начиная с 1932 года. Метод основан на опыте, накопленном в бальнеотерапии, и впервые начал применяться на французском курорте Ройя (Royat) для лечения опорно-двигательного аппарата.

За последние несколько лет на передний план выходит использование этого уникального метода и в дерматологии, эстетической дерматологии и anti-aging (антивозрастной) медицине. Мы работаем на приборе iNCO2 Словацкой фирмы ООО «МЕДЭКСИМ».

Всемирные конгрессы, посвященные замедлению и уменьшению последствий старения, а также всемирно известные организации, занимающиеся омоложением, постоянно и все более активно пропагандируют этот уникальный метод как наименее агрессивный и максимально комфортный для пациентов, с великолепным эффектом и без риска побочных действий.

Карбокситерапия это:

- Подкожное применение газовых инъекций.
- Минимально инвазивный метод.

- Без хирургического вмешательства.
- Неагрессивный метод.
- Нетоксичный метод.
- Безопасный метод.
- Не вызывает эмболию.
- Финансово необременительный – дешевый метод.
- Удобный для пациента метод.

В Европе научными исследованиями данного метода занимаются: университет итальянского города Сиена, центр микроангиологии и микроциркуляции при Миланском университете, отделения в Австралии и Венгрии.

Немного статистики:

За 2016 год проведено 4509 косметологических процедур; за 2017 – 4458 косметологических процедур.

Осложнений и отрицательных отзывов не было.

Все наши процедуры востребованы;

- эффективно работают;
- полностью выполняют поставленные задачи;
- максимально адаптированы к условиям санаторного лечения;
- процедуры получают высокую оценку пациентов;
- создают дополнительную мотивацию для повторного посещения нашего санатория.

Литература:

1. Физиотерапия и курортология. Под ред. В.М. Богомолова М., – 2008.
2. Журнал Linline № 14. – 2015.
3. Карбокситерапия. Гана Зеленкова, «Свидник». – 2015.
4. Карбокситерапия. А.В. Волотовская, Г.В. Зобнина, Минск, БелМАПО. – 2013.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СУЛЬФАТНО-ХЛОРИДНЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В КУРОРТНОЙ ПРАКТИКЕ

Кондратенко Л.В., Волотовская А.В., Миканович А.И., Ершова Л.М.

*«Санаторий имени В.И. Ленина», Бобруйск,
Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск*

Актуальность. Хронические болезни органов пищеварения относятся к числу наиболее часто встречающихся заболеваний [4]. В комплексном лечении гастроэнтерологических заболеваний, помимо лекарственных средств, применяют нефармакологические, и в частности, курортные факторы лечения, которые уже давно зарекомендовали себя с положительной стороны. В полной мере это относится к минеральным водам (МВ), основное действие которых реализуется, прежде всего, в пищеварительной системе. В фундаментальных и клинических исследованиях показана способность МВ оказывать влияние на активность окислительно-восстановительных процессов, стимулировать выделение интестинальных гормонов, усиливать функцию желудочных желез и процессы регенерации слизистой желудка, моторную функцию его, стимулировать процессы желчеобразования и желчеотделения, выделение панкреатического сока, оказывать иммунокорригирующее действие, снижать экскрецию оксалатов и мочевой кислоты [3, 5].

Основные показатели бальнеологической значимости МВ – общая минерализация, ионный состав, наличие растворенных и спонтанных газов, содержание органических веществ и микроэлементов, обладающих биологической активностью, радиоактивностью, показателем реакции воды, характеризуемой величиной рН, температурой. Известно, что МВ оказывают специфическое и неспецифическое действие. Неспецифическое подразумевает общие механизмы действия МВ (термический, механический фактор). Специфическое зависит от ее химического состава [1].

Из разнообразных типов МВ в бальнеотерапевтической практике широко применяют хлоридные натриевые, углекислые, сульфидные, радоновые и азотные. Для питьевого лечения преимущественно используют МВ малой (2-5 г/дм³) и средней (5-15 г/дм³) минерализации. Внутреннее применение МВ, кроме питьевого лечения, включает промывание желудка, дуоденальный дренаж, орошение слизистой оболочки полости рта, ирригации, ингаляции и др. [1, 3].

Важное значение в терапевтическом действии МВ при внутреннем применении, особенно при лечении заболеваний органов пищеварения, имеют методика и техника их приема: время приема, доза, температура, характер и частота приема. Чаще всего минеральную воду пьют до приема пищи. При понижении секреторной функции желудка ее обычно принимают за 15-30 мин до еды, а при повышенной секреции и кислотности – за 60-90 мин. Обычно МВ принимают 3 раза в день. Дозировка МВ зависит от ее химического состава, общей минерализации. При малой и средней минерализации количество воды на прием составляет 180-250 мл (3 мл на 1 кг массы тела). Суточная доза МВ, как правило, 600-800 мл. В случаях заболеваний мочевыводящих путей она может быть увеличена до 1200-1500 мл. Температура применяемой внутрь воды зависит от характера и течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний. При язвенной болезни, хроническом гастрите с повышенной секреторной функцией, хроническом гепатите, холецистите, желчно-каменной болезни, хроническом колите, сопровождающемся поносами, заболеваниях верхних дыхательных путей пьют горячую воду (38-45°C). При хроническом гастрите с пониженной секреторной функцией, колитах, протекающих с запорами, а также при необходимости усилить диурез необходимо пить минеральные воды более низких температур (20-30°C). Холодную МВ рекомендуется пить при атонии кишок. Имеет значение и темп питья МВ. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью МВ рекомендуется пить медленно, глотками. Быстрое питье МВ рекомендуется при употреблении вод, оказывающих слабительное действие. Продолжительность курса питьевого лечения колеблется от 3-4 до 5-6 недель. Повторный курс

питьевого лечения на курорте можно провести через 9-12 месяцев [1].

Широкое применение при заболеваниях пищеварительной системы, в особенности, при заболеваниях печени, желчного пузыря, желчных путей находят сульфатные МВ, которые характеризуются преобладанием сульфат-иона (SO_4^{2-}). Обычно сульфатные ионы в такой минеральной воде содержатся в границах от 2,0 до 5,5 г/дм³. Сульфатные анионы ускоряют желудочную эвакуацию, поступая в двенадцатиперстную кишку, вызывают так называемый пузырный рефлекс – сокращение желчного пузыря, расслабляют сфинктеры Люткенса и Одди, усиливают перистальтику желчевыводящих путей, оказывают послабляющее действие, стимулируют желчеобразование. Все это способствует ликвидации застойных явлений в желчном пузыре и желчевыводящих путях. Из организма быстрее удаляются продукты воспаления и создаются условия, неблагоприятные для выпадения осадков из желчи, которые, скапливаясь, служат одной из причин образования камней. Из катионов в этих водах чаще всего присутствуют Na^+ , Mg_2^+ и Ca_2^+ . Дополнительные составляющие сульфатных МВ усиливают их лечебное действие и придают специфическую направленность. Например, сульфатно-хлоридные воды – это хорошее желчегонное и слабительное средство [5].

Особенно в Беларуси ценится сульфатная вода Бобруйского района, по своему составу похожая на воды знаменитых лечебных курортов Трускавца [2]. В санатории имени В.И.Ленина (Бобруйск) лечебная МВ добывается на собственной территории из 4 скважин. Вода из 2 скважин используется для принятия ванн, а из 2 других – для приёма внутрь. В санатории МВ воды используются для лечения мочеполовой системы, заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей, поджелудочной железы и обмена веществ.

Целью нашего исследования явилось доказательство эффективности применения на этапе санаторно-курортного лечения минеральной воды из источников санатория имени В.И.Ленина для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. Проанализированы результаты использования бальнеотерапии сульфатно-хлоридными

минеральными водами от источников № 2/61 и № 4/71 за 2017 год.

Минеральная вода скважины № 2/61 имеет минерализацию 6,6 г/дм³ и относится к лечебно-столовым средне-минерализованным водам (хлоридно-сульфатная натриево-кальциевая с повышенным содержанием магния, среднеминерализованная вода слабощелочной реакции).

Минеральная вода скважины № 4/71 относится к лечебно-столовым маломинерализованным (М 2,4 г/дм³) водам (сульфатная кальциево-магниевая-натриевая с повышенным содержанием хлоридов маломинерализованная вода слабощелочной реакции).

Под наблюдением находилось 410 пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, из них с заболеваниями желудка и кишечника (гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь, хронический колит, функциональные расстройства кишечника) – 286 человек, с заболеваниями печени и желчевыводящих путей (хронический бескаменный холецистит, дискинезия желчевыводящих путей, хронический гепатит) – 124 человека.

Применяли МВ по методике внутреннего питьевого лечения, микроклизм, орошений кишечника.

Питье МВ назначалось из расчета 3 мл на 1 кг веса больного, что составляет в среднем 200 мл на 1 прием, 3 раза в день.

Результаты. На фоне курсового применения питьевой слабоминерализованной сульфатной минеральной воды в комплексе с проводимой физиотерапией отмечена отчетливая положительная динамика по уменьшению диспепсических жалоб и клинических проявлений основного заболевания у большинства пациентов. Обращало внимание то обстоятельство, что при этом у всех отдыхающих произошла полная ликвидация следующих исследуемых признаков: боль в животе, его пальпаторная болезненность, положительные пузырьные симптомы, тошнота, отрыжка и запоры. Исчезли жалобы на изжогу, отрыжку, тяжесть в эпигастрии после еды, нормализовалась деятельность кишечника. Побочных эффектов не отмечалось.

Под влиянием комплексного курортного лечения с назначением минеральной воды со значительным улучшением

выписано 64% пациентов, с улучшением – 30%, с незначительным улучшением – 5%, а без улучшения – 1%.

Выводы. Таким образом, полученные результаты подтвердили эффективность применения сульфатной минеральной воды скважин № 2/61 и № 4/71 у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (функциональным запором, дискинезией желчевыводящих путей, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и др.) в виде питьевого лечения и кишечных процедур.

Литература:

1. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: Учебн. пособие. – М., 1997. – С. 393 – 429.

2. Ершова Л.М., Фромова М.Н., Муравейко С.В. Комплексное лечение хронических гастритов с применением Бобруйской минеральной воды. / Мат. конф. «Курортные факторы и здоровье человека». – Минск, 2002. – С. 114-116

3. Пономаренко Г.Н., Золотарева Т.А.: Физические методы лечения в гастроэнтерологии. – СПб., 2004. – 287 с.

4. Ронжин И. В., Пономарева Е. А. Статистика заболеваний желудочно-кишечного тракта: причины, симптомы, профилактика // Молодой ученый. 2015. – № 23. – С. 375 – 379.

5. Сульфатная натриево-кальциевая минеральная вода «Увинская» в лечении больных хроническим гастродуоденитом / С.П. Субботин, А.М. Корепанов, Ю.В. Горбунов и др. // Агрокурорт. 2001. – № 2. – С. 49 – 56.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Лысенко И.М., Баркун Г.К., Журавлева Л.Н., Федоришко Н.Н.

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Витебск

Введение. Вопрос реабилитации часто и длительно болеющих детей остается актуальным и интересует педиатров, иммунологов, реабилитологов. Дефекты системы иммунитета у часто болеющих детей разнообразны.

Ребенок относится в группу ЧДБ в тех случаях, когда имеющаяся частая (4 и более раз в год) заболеваемость ОРЗ не

связана со стойкими врожденными и наследственными патологическими состояниями со стороны иммунной системы. В структуре общей заболеваемости детей первое место занимают болезни верхних дыхательных путей и бронхолегочной системы.

Прослеживается связь с возрастными изменениями нервной и эндокринной систем, особенностью обменных процессов. Для таких детей характерен астенический синдром, разнообразные вегетативные нарушения: тахикардия, гипергидроз, похолодание конечностей, тенденция к гипотензии.

Мы отмечаем нарушения аппетита, плохую переносимость физических нагрузок, головную и мышечные боли, раздражительность и плаксивость, головокружение, расстройство сна, метеочувствительность.

Астения – одно из первых проявлений соматических расстройств в подростковом возрасте. У этой группы детей частой причиной ее появления является «энергодифицитный диатез». От энергообеспечения зависят такие системы как: иммунная, система детоксикации, нервно-мышечная и сердечно-сосудистая системы [5, 6].

Недостаточное потребление микронутриентов, воздействие на организм гипоксии различного генеза формируют риск нарушений возрастного развития и повышенной заболеваемости у детей. Одно из важных мест среди этих патофизиологических факторов занимает тканевая гипоксия. Состояние сердца тесно связано с состоянием вегетативной нервной системы. Ухудшение энергообеспечения этих систем может проявляться изменениями на ЭКГ в виде нарушения ритма и объясняется большой чувствительностью сердца к гипоксии. Сведения об иммунном статусе ЧДБ пациентов, цитируемые в медицинской литературе, приведены в разные периоды заболевания и касаются детей различных возрастных групп

Цель настоящего исследования – выявить клинико-лабораторные критерии для диагностики особенностей иммунитета у ЧДБ детей, в период ремиссии, разработать схему реабилитации, обосновать эффективность этиопатогенетической терапии пациентов с постинфекционными осложнениями и нарушениями метаболизма при помощи препарата кардонат.

Материал и методы. Настоящее исследование проведено на

базе Витебского областного детского клинического центра, санатория «Росинка» Миорского района РБ (директор Баранов Ю.Л.) одобрено комитетом по этике, получено информированное согласие родителей пациентов. Для решения поставленной цели были обследованы 105 детей: 30 пациентов группы сравнения и 75 – часто болеющих в возрасте от 7 до 15 лет. Средний возраст $11+0,8$ года. Критерии включения детей в группу ЧДБ Альбицкого В.Ю., Баранова А.А. (1986). По клиническому варианту течения респираторных инфекций дети были разделены на следующие группы:

Группу сравнения: дети, болеющие респираторными заболеваниями не более четырех раз в году – 30 пациентов. Средний возраст $10,85+1,4$ года. 2. Группа ЧДБ: А – дети с частыми инфекциями верхних дыхательных путей (ВДП), – 18 пациентов. Средний возраст $10,8+0,3$ г.); Б – дети с частыми эпизодами инфекции ВДП, перенесшие в течение года не менее 4 заболеваний с поражением органов бронхолегочной системы, – 34 человека; В – дети с частыми инфекциями ЛОР-органов – 23 пациента, средний возраст $9,5+1,3$ г.

Все пациенты проходили курс иммунореабилитации, включающий диетотерапию, режим, ЛФК, массаж, поливитамины, физиолечение, курс рефлекс- и иммунотерапии. Побочных эффектов на фоне проводимого лечения не было отмечено. Для стабилизации состояния пациентов, коррекции метаболических нарушений использовался препарат «Кардонат», способствующий достоверному улучшению функциональных и лабораторных параметров показателей, полученных в результате реабилитации пациентов в санаторных условиях.

Материалом для исследования служили клетки периферической крови и сыворотка крови, взятые у детей группы сравнения и пациентов из групп ЧДБ в период ремиссии по основному и сопутствующим заболеваниям перед проведением иммунореабилитации; через 2 недели и 2 месяца после начала курса иммунореабилитации. Все обследуемые по данным анамнеза и медицинских документов в течение месяца были здоровы и не вакцинировались.

Результаты. Нами установлено, что у детей с высокой частотой заболевания инфекциями ВДП, инфекциями

ЛОР-органов и органов бронхолегочной системы характерны различные изменения иммунного статуса. Иммунореабилитация и приемы рефлексотерапии в период ремиссии способствовали нормализации активационных процессов системы иммунитета.

Нами для стабилизации метаболических процессов в организме в санаторных условиях использовалось лекарственное средство «Кардонат», зарегистрированный в РБ.

Препарат принимался внутрь до или после еды. Его запивали водой, чаем или фруктовым соком. Взрослым и детям старше 15 лет по 1-2 капсулы 3 раза в день, в возрасте 6-15 лет – по 1 капсуле 2 раза в день, детям от 1 года до 6 лет содержимое 1 капсулы 1 раз в день, предварительно растворенного в 50-100 мл любого фруктового сока или сладкой воды. При сниженном аппетите препарат принимали за 15-20 минут до приема пищи. Курса лечения – в группе А от 3 до 4-х недель; в группе Б от 1-го до 2-х месяцев, в группе В – до 3 месяцев.

Назначение Кардоната детям из групп ЧДБ проводилось в связи с тем, что основная их масса предъявляла жалобы на слабость, неприятные ощущения в области сердца во время болезни, не стабильные показатели АД.

В зависимости от лечения каждая группа была разделена на 2 подгруппы: в 1 подгруппу вошли 40 детей, получившие на фоне традиционного курса лечения «Кардонат», в подгруппу 2-35 детей, получивших обычный комплекс санаторно-курортного лечения. Кроме традиционных жалоб, соответствующих статусу ЧДБ детей пациенты предъявляли жалобы на головную боль, астенические проявления, кардиалгии, явления ВСД, сердцебиение, головокружение, обмороки. Среди сопутствующих заболеваний преобладала патология ЛОР-органов: аллергическая риносинусопатия у 35 (46,7%) детей, хронический гранулезный фарингит у 24 (32,0%), искривление носовой перегородки у 15 (20,0%), хронический тонзиллит у 47 (62,6%), аденоидные вегетации I-III степени у 10 (13,3%).

Анализируя динамику среднесуточных показателей числа сердечных сокращений в группе ЧДБ выявлено, что с утяжелением основного заболевания анализируемые показатели

достоверно повышались ($p < 0,05$). Нарушения ритма по данным холтеровского мониторирования (ХМ) выявлены у 47 (62,6%) детей, из которых 23 из группы ЧДБ, а 24 пациента из той же группы из числа, имеющих признаки синдрома НДСТ. Наиболее часто встречались экстрасистолическая (ЭС) аритмия – у 28 детей (37,3%), из которых суправентрикулярная ЭС отмечена – у 17 (22,6%) и желудочковая ЭС – у 11 (14,7%) пациентов. Миграция источника ритма – у 17 детей (22,6%), АВ – блокада I степени – у 5 (7,3%), СА – блокада II степени – у 3 (4,8%). Отмечено, что нарушения ритма чаще выявлялись при увеличении тяжести и длительности основного заболевания.

Анализируя среднесуточные показатели артериального давления у детей по данным суточного мониторирования артериального давления (СМАД), выявлено, что у пациентов ЧДБ данные показатели практически не отличались от таковых у детей группы сравнения. Однако, у детей ЧДБ в сочетании с соматической патологией отмечено достоверное повышение выше перечисленных показателей АД ($p < 0,05$).

Оценку вариабельности сердечного ритма (ВСР) проводили в режимах временного и частотного анализов. Было выявлено достоверное ($p < 0,05$, $p < 0,01$) снижение ВСР у детей всех групп, в сравнении с показателями детей ГС.

При анализе ЧСС на фоне метаболической коррекции было выявлено более выраженное достоверное снижение исходно повышенных показателей ЧСС в исследуемых группах ($p < 0,01$), группа «плацебо» – ($p < 0,05$).

На фоне метаболической коррекции у ЧДБ детей отмечалось достоверное уменьшение среднесуточного количества экстрасистол на 50,3%, что указывает на позитивное влияние кардоната на показатели сердечного ритма (в группе «плацебо» – на 20,1%).

К концу курса увеличилось количество детей, не имеющих жалоб: в группе ЧДБ – на 29 человек, а в группе ЧДБ с НДСТ – на 20 детей. Дети, получавшие препарат «плацебо», жаловались на головную боль по утрам в группе ЧДБ – 35 человек, группе ЧДБ с НДСТ – 30 пациентов.

При анализе ЧСС на фоне метаболической коррекции было выявлено более выраженное достоверное ($p < 0,05$) снижение

исходно повышенных показателей ЧСС в исследуемых группах. В группе детей не получавших препарат эти показатели не имели стойких достоверных различий.

На фоне метаболической коррекции у ЧДБ детей отмечалось достоверное уменьшение среднесуточного количества экстрасистол на 50,3%, что указывает на позитивное влияние кардоната на показатели сердечного ритма. Пациенты группы «плацебо» имели снижение среднесуточного количества экстрасистол на 25,8%.

Исходя из изложенного выше, мы предлагаем следующую схему реабилитации часто и длительно болеющих детей: рациональный режим дня и отдыха особенно для детей-школьников; полноценное питание, обогащенное природными витаминами (овощи, фрукты) и курсовым приемом витаминов в осенне-весенний периоды; выход в организованный коллектив только после полного восстановления функционального состояния организма по окончании болезни; применение адаптогенов 1-2 раза в год; при наличии изменений в иммунограмме, при частой респираторной заболеваемости – проведение иммунокоррекции 1-2 раза в год препаратами микробного происхождения; закаливающие процедуры; санация очагов хронической инфекции; курс кардоната 2 раза в год в зависимости от жалоб пациента, маски заболевания и возраста ребенка.

Выводы:

1. Данные исследования демонстрируют диагностическую и прогностическую значимость определения в стадии ремиссии в периферической крови детей из групп ЧДБ количества субпопуляций лимфоцитов, несущих кластеры дифференцировки CD154*, CD95*, CD28*. CD11a*, CD18*, LPS*.

2. Комплексную оценку иммунного статуса с определением основных популяций и субпопуляций лимфоцитов и активационных рецепторов лейкоцитов у детей из группы ЧДБ рекомендуется использовать для мониторинга эффективности иммунореабилитационной терапии.

3. У ЧДБ детей, по данным суточного мониторирования ЭКГ, выявлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы в виде повышения ЧСС на 6%, снижения

вариабельности сердечного ритма, нарушений сердечного ритма в виде экстрасистолии, миграции источника ритма, атриовентрикулярной – блокады I степени, синоатриальной – блокады II степени; выявлена прямая корреляционная зависимость показателей частоты сердечных сокращений от частоты респираторных эпизодов, присоединения сопутствующей патологии и наличия синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

4. У ЧДБ детей при проведении суточного мониторинга артериального давления выявлены изменения данных показателей в виде достоверного увеличения средних показателей систолического на 4,2% и диастолического артериального давления – на 6,5%, недостаточной степени ночного снижения артериального давления у 61% детей, более выраженное в группе детей с наличием синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани (4,6% и 8%, соответственно).

5. Применение препарата «Кардонат» у ЧДБ больных в процессе санаторно-курортного лечения способствовало достоверно ($p < 0,01$) более выраженной положительной динамике функциональных и лабораторных параметров в сравнении со стандартным санаторно-курортным комплексом: снизить показатели среднесуточного систолического артериального давления, а также улучшить функцию миокарда в виде снижения среднесуточного количества экстрасистол на 52,3%.

6. Использование препарата «Кардонат» в схеме реабилитации ЧДБ детей способствует улучшению метаболизма в организме ребенка, лекарственное средство является иммуномодулятором, в составе комбинированного лечения приводит к сокращению количества эпизодов заболевания в год и увеличению временных промежутков между ними.

Литература:

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Катаев И.А. Часто болеющие дети Нижний Новгород НГМА 2003.

2. Василевский, И.В. Особенности диагностики пневмонии у детей / И.В. Василевский // Медицинские знания. – 2008. – № 1. – С. 7–8.

3. Самсыгина, Г.А. Лечение кашля у детей / Г.А. Самсыгина // Педиатрия. – 2004. – № 3. – С. 84–92.

4. Сукало, А.В. Лечение и профилактика заболеваний верхних

дыхательных путей / А.В. Сукало // Рецепт. – 2007. – № 5. – С. 47–49.

5. Таточенко, В.К. Антибактериальная терапия пневмонии у детей / В.К. Таточенко, А.М. Серeda, А.М. Федоров // Клиническая микробиология и антимикробная терапия. – 2000. – № 1. – С. 77–88.

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ИРС-19 И КИПФЕРОНОМ ВОСПОЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Лысенко И.М., Баркун Г.К., Журавлева Л.Н., Матющенко О.В.,
Никитина Н.И.*

*Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет, Витебск*

Острые респираторные инфекции (ОРИ) представляют одну из наиболее актуальных проблем в детской инфекционной патологии. Особенно это касается детей раннего возраста, когда заболеваемость характеризуется значительной частотой сочетанных вирусно-бактериальных инфекций с возможностью развития тяжелых форм и исходов болезни. В этой связи особое значение приобретают вопросы разработки и внедрения в практику здравоохранения новых форм иммунобиологических лекарственных препаратов.

Одним из таких препаратов, получивших широкое применение для терапии инфекций у детей, стал «Кипферон, суппозитории». Кипферон представляет из себя комбинацию, состоящую из известного и хорошо зарекомендовавшего себя комплексного иммуноглобулинового препарата (КИП), содержащего иммуноглобулины трех классов: IgG, IgA и IgM, и рекомбинантного человеческого интерферона α -2. Комплексный иммуноглобулиновый препарат (КИП), являющийся результатом фракционирования плазмы крови доноров, протестирован на отсутствие в его составе антител к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) 1 и 2 типов, вирусу гепатита С и поверхностного HBS Ag. В одной суппозитории Кипферона содержится 500000 МЕ интерферона α -2 и 60 мг КИП. Доказано, что в комплексном иммуноглобулиновом препарате содержатся специфические

антитела против герпесвирусов, ротавирусов, хламидий, стафилококков, повышенные концентрации антител к энтеробактериям (шигеллы, сальмонеллы, эшерихии) и других патогенных микроорганизмов. КИП обладает свойственным иммуноглобулиновым препаратам иммуномодулирующим действием [6, 7, 12, 13, 14, 15]. Рекомбинантный альфа-2-интерферон ингибирует внутриклеточные стадии развития вирусов, цитомегаловирусов, хламидий, риккетсий, действует на бактерии, обладает иммунокорригирующими и противоопухолевыми свойствами, стимулирует антибактериальный, противовирусный и антипротозойный иммунитет.

Сочетанное действие этих препаратов обуславливает мощное противовирусное и антимикробное как внутриклеточное действие, так и во внеклеточной среде организма за счёт прямого действия на возбудителей заболеваний и стимуляции механизмов местного и общего иммунитета.

Клиническое применение препарата показало, что кипферон сочетает антихламидийное действие специфических антител, содержащихся в КИП, с антибактериальным, противовирусным, противовоспалительным и иммуномодулирующим действием интерферона α -2. Кипферон суппозитории широко используется для комплексного лечения не только урогенитальных и кишечных инфекций, но и заболеваний респираторного тракта (бронхитов, пневмоний), при вторичных иммунодефицитных состояниях, в том числе у недоношенных, детей грудного возраста, находящихся на искусственном вскармливании.

Практика применения кипферона подтвердила простоту и надежность этой лекарственной формы, как для условий стационара, так и поликлиник, показала достоверное повышение эффективности общепринятой терапии острых и хронических инфекций у детей, в том числе с осложненным течением, и значительное сокращение сроков их выздоровления. Кроме того, было отмечено, что суппозитории кипферона позволяют предупредить развитие осложнений и неблагоприятных исходов заболеваний, усилить общую резистентность организма ребенка и сократить частоту возникновения рецидивов.

Все указанные характеристики предполагают эффективное

использование кипферона для лечения ОРВИ как вирусной, так и бактериальной этиологии в педиатрии. Схема применения препарата проста. Препарат при ректальном применении используется после естественного акта дефекации (или после очистительной клизмы) детям до 1 года по одному суппозиторию в день, в течение 5 дней на фоне базисной терапии. Учитывая высокую терапевтическую эффективность кипферона у детей и мягкое иммуномодулирующее действие на иммунную систему, целесообразно более широко применять этот препарат в педиатрической практике.

Среди препаратов, сочетающих высокую эффективность и безопасность, привлекает внимание иммуномодулятор ликопид, созданный на основе глюкозаминилмурамилдипептида, который является его действующим началом. Так как это вещество входит в состав клеточной стенки всех известных бактерий, ликопид можно считать природным модулятором системы иммунитета, а воздействие его на организм человека приближено к процессу естественной иммунорегуляции. Ликопид оказывает иммуномодулирующее действие за счет активации клеток фагоцитарной системы иммунитета (нейтрофилов и макрофагов).

Последние путем фагоцитоза уничтожают патогенные микроорганизмы и, в то же время, секретируют медиаторы естественного иммунитета – цитокины (интерлейкин-1, фактор некроза опухоли, колоний-стимулирующий фактор, гамма интерферон), которые, воздействуя на широкий спектр клеток-мишеней, вызывают дальнейшее развитие защитной реакции организма.

В конечном итоге ликопид воздействует на все три основных звена иммунитета: фагоцитоз, клеточный и гуморальный иммунитет, стимулирует лейкопоэз и регенераторные процессы. Достоинством ликопида является его возможность использования в педиатрии, в том числе в неонатологии. Ликопид используется при лечении бактериальных пневмоний у доношенных и недоношенных детей в суточной дозе 1 мг в течение 10 дней

Новым подходом в лечении ОРЗ следует считать использование средств для местного воздействия и местной иммунизации. Такой подход позволяет кратчайшим путем

создать необходимую концентрацию лекарства в очаге поражения и избежать нежелательного общего действия. Эффективно в этом отношении оказалось использование ИРС-19.

ИРС-19 является местным иммуномодулятором со свойствами вакцины в виде аэрозоля для назального введения. В составе препарата имеются антигены всех основных (19) возбудителей заболеваний верхних дыхательных путей. В их числе – *St. pneumoniae* I, II, III, V, VIII, XII типов, несколько типов пиогенного стрептококка А, С, G, лизаты *H. influenzae* и *M. catarrhalis*. При этом лизис микроорганизмов выполнен с использованием оригинальной методики, которая позволила сохранить их антигенные и иммуногенные свойства. Эти антигены непатогенны, однако их состав, количество (1 мл лизата содержит материал от 15 миллиардов микробных клеток) и свойства обеспечивают достоверный устойчивый эффект у взрослых и детей при профилактике и лечении ринитов, синуситов, отитов, ларингитов, трахеитов, фарингитов, ринофарингитов, тонзиллитов, бронхитов, а также вазомоторного ринита.

ИРС-19 оказывает и лечебное, и профилактическое действие за счет стимуляции местного неспецифического иммунитета, выражающейся в повышении активности фагоцитирующих макрофагов, выработки эндогенного лизоцима и интерферона, и специфического иммунитета, состоящей в увеличении числа иммунокомпетентных клеток в слизистой оболочке, индукции специфических и секреторных антител – sIgA, образовании защитной пленки из sIg на поверхности слизистой оболочки.

Лечебный эффект реализуется через неспецифические факторы местной защиты, которые начинают вырабатываться в течение 1 часа после применения ИРС-19. Увеличение числа плазматических клеток в слизистой оболочке и выработка специфических sIgA начинается на 2-4 сутки, увеличивает лечебное действие и обеспечивает профилактический эффект ИРС-19, который сохраняется в течение 3-4 месяцев.

ИРС-19 предназначен для ингаляционного введения через носовые ходы. Путь введения через слизистую оболочку верхних дыхательных путей был выбран с учетом специфических анатомических, физиологических и иммунологических условий в

носоглотке. Применение ИРС-19 в форме аэрозоля позволяет создать равномерный слой препарата на слизистой оболочке, что является оптимальным условием для всасывания.

У детей с ОРЗ терапия ИРС-19 способствует достоверному сокращению продолжительности интоксикационного синдрома, лихорадки, а также сроков появления продуктивного кашля с разжижением мокроты. Частота ОРЗ сокращается в 1,8 раза, уменьшается частота осложнений и рецидивов заболевания. В остром периоде респираторного заболевания ИРС-19 назначается по 1 инстилляцией в каждый носовой ход 2-5 раз в день до купирования острых явлений].

Препарат обладает отличной местной и общей переносимостью. Его можно назначать детям (с 3-х месячного возраста), больным, страдающим аллергией и лицам с нарушениями иммунной системы различного генеза. Учитывая полную безвредность и простоту применения препарата, его можно использовать в качестве базового средства иммунопрофилактики и иммунореабилитации респираторных заболеваний (по 1 инстилляцией в каждый носовой ход 2 раза в день на протяжении 14 суток).

Обширный арсенал лекарственных средств против острых респираторных инфекций делает возможным рациональную фармакотерапию этих заболеваний. Эффективная их профилактика и лечение могут быть достигнуты путем дальнейшей оптимизации схем профилактических и лечебных мероприятий.

Прежде всего, имеется в виду наиболее эффективное сочетание использования комплекса этиотропных, иммунокорректирующих, патогенетических и симптоматических препаратов. При этом необходимо учитывать сроки проведения терапии, этиологию инфекции и патогенетические особенности течения заболевания.

Литература:

1. Кондрашин, Ю.И. Перспективы использования нового отечественного иммунобиологического препарата «Кипферон, суппозитории для ректального и вагинального применения» в терапии вирусных и бактериальных инфекций у детей / Ю.И. Кондрашин, А.К. Денисов // Педиатрия. – 2007. – № 2. – С. 83–86.

2. Эффективность иммуномодулирующего препарата Кипферон в комплексной терапии острых пневмоний у детей / В.А. Алешкин [и др.] // Педиатрия. – 2007. – № 3. – С. 94–98.

3. Жерносек, В.Ф. Роль и место кипферона среди современных иммуномодуляторов в практике врача-педиатра / В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбкова // Медицинские новости. – 2006. – № 6. – С. 75–82.

4. Иммунокорректирующая терапия: препараты и перспективы / В.П. Кузнецов [и др.] // Иммунология. – 2000. – № 5. – С. 165–176.

5. Коровина, Н.А. Острые респираторные инфекции у детей: современные возможности иммунопрофилактики и иммунотерапии / Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников // Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. – 2007. – № 4. – С. 4–9.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИНИТА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Орехва И.А., Баранов Ю.Л., Никитина. Н.И.

*Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет, Витебск*

Санаторий «Росинка» ОАО «Белазгроздравница», Витебская область

Инфекционный ринит-воспаление слизистой оболочки носа, вызванное вирулентными микроорганизмами и проявляющееся затруднением носового дыхания, выделениями из носа и чиханием, реже – снижением обоняния, лихорадкой, головной болью и заложенностью ушей. Острый инфекционный ринит является одним из самых часто встречающихся заболеваний, как у детей, так и у взрослых. В последние годы отмечен рост числа заболеваний носа и ОПН. По некоторым данным дети, посещающие дошкольные учреждения, ежегодно переносят от 2 до 6 эпизодов этого заболевания.

Острый ринит имеет многофакторную этиологию и носит, как правило, сезонный характер. Рост заболеваемости наблюдается обычно в осенний и весенний периоды, а также во время эпидемий гриппа. Неблагоприятная экологическая обстановка, сложившаяся в некоторых регионах Беларуси, губительно сказывается на состоянии дыхательных путей и способствует снижению защитных сил организма.

Обычно инфекционный ринит развивается в результате снижения общей и местной резистентности организма и активации микрофлоры носовой полости на фоне переохлаждения (как всего тела, так и его частей – спины, стоп, волосистой части головы), а также стрессов и других воздействий, нарушающих защитные нервно-рефлекторные механизмы.

Переохлаждение организма и его частей приводит к ишемии и понижению температуры слизистой оболочки носа и носоглотки, в результате чего замедляются обменные процессы, ухудшается мукоциллиарный транспорт, усиливается репликация вирусов. Дефицит витаминов и микроэлементов в результате недостаточного или неправильного питания – еще один фактор, повышающий восприимчивость организма к инфекциям. Снижение местного и общего иммунитета может приводить к патологической активности сапрофитирующих в полости носа вирусов и бактерий, в частности, стрептококков и стафилококков. Однако чаще всего острый инфекционный ринит является одним из проявлений ОРВИ. По данным Всемирной Организации Здравоохранения ежегодно ОРВИ болеет каждый третий житель планеты.

В классическом варианте клинической картине инфекционного ринита выделяют 3 стадии. Первая «сухая» стадия (или стадия раздражения) длится всего несколько часов, реже 1-2 дня. Пациенты предъявляют жалобы на сухость, ощущение стянутости, щекотания, жжения в носу, а иногда и в горле, чихание. Часто начало заболевания сопровождается симптомами общего недомогания: ознобом, слабостью, головной болью, повышением температуры тела, чаще до субфебрильных значений. Слизистая носа при этом гиперемирована и сухая. Постепенно с переходом болезни во второй этап – стадию серозных выделений, катаральную стадию-носовое дыхание ухудшается, снижается обоняние, появляется большое количество жидких прозрачных выделений из носа. Слизистая оболочка отечная, влажная, гиперемия выражена меньше, чем в первой стадии; носовые ходы сужены. Часто в этой стадии появляется гиперемия и отек кожи в области крыльев носа и носогубного треугольника.

Среди других, распространенных симптомов: слезотечение, явления конъюнктивита, ушной шум, заложенность в ушах. В среднем острый инфекционный ринит проходит за 8-14 дней, однако в зависимости от состояния иммунитета длительность заболевания может варьировать от 2-3 дней до 3-4 недель, иногда с тенденцией к хронизации. Воспаление переходит на слизистую оболочку ОНП из полости носа, что может сопровождаться болью в области лба и переносицы. Этот факт обуславливает целесообразность употребления термина «РИНОСИНУСИТ».

У всех пациентов, страдающих ОРВИ более 48 часов, отмечается воспалительная реакция со стороны слизистой оболочки ОНП. Стеkanie слизи по задней стенке глотки может приводить к приступам кашля, особенно у детей. Также для детского возраста характерен переход воспаления на слизистую оболочку глотки, гортани, нижележащих дыхательных путей. У детей заболевание протекает тяжелее, чем у взрослых.

Диагностика ринита обычно не представляет и не требует специальных исследований. Передняя риноскопия позволяет оценить состояние слизистой оболочки, наличие и характер секрета. При затянувшемся течении заболевания и неэффективности терапии возможен посев отделяемого из полости носа на флору и чувствительность к антибиотикам.

Лечение ринита в зависимости от клинических проявлений может преследовать следующие цели: элиминация микробных возбудителей, купирование воспалительного процесса, восстановление носового дыхания, аэрации ОНП, снижение секреции, стимуляции репаративных и трофических процессов в слизистой оболочке, нормализация функций защитных барьеров: МЦТ и местного иммунитета слизистой оболочки.

Не медикаментозное лечение ринита включает, в первую очередь, поддержание нормальной влажности воздуха, что уменьшает ощущение сухости, жжения в носу, создает более благоприятные условия для восстановления функции слизистой носа.

Рекомендуется исключить из рациона острую, раздражающую пищу. На начальных стадиях заболевания эффективными могут быть тепловые, отвлекающие и потогонные процедуры: горячая общая или ножная ванна, теплое обильное

питье, ультрафиолетовое облучение подошв ног, горчичники на икроножные области, ультрафиолетовое облучение, ультравысокочастотная терапия или диатермия на область носа.

Для профилактики осложнений со стороны слуховой трубы и среднего уха следует сморкаться без больших усилий и высмаркивать каждую половину носа поочередно. С учетом перечисленных выше целей, для лечения острого инфекционного ринита в основном применяются лекарственные препараты следующих групп: средства для увлажнения полости носа, сосудосуживающие, антимикробные, противовирусные препараты, в том числе интерфероны, противовоспалительные средства, антигистаминные, бактериальные вакцины, вяжущие средства, комбинированные и фитопрепараты, в частности, содержащие эфирные масла.

При неосложненном течении острого инфекционного ринита лечение симптоматическое. Основным средством лечения острого инфекционного ринита на всех стадиях являются местные сосудосуживающие средства. Короткие курсы деконгестантов (до 10 дней) назначают для облегчения носового дыхания при остром рините, для обеспечения лучшей доставки других препаратов в глубокие отделы полости носа и ОНП.

Ситуационное назначение топических сосудосуживающих средств возможно, например, при авиа перелетах у лиц с нарушенной барофункцией среднего уха. Кратковременные курсы лечения местными сосудосуживающими препаратами не приводят к функциональным и органическим изменениям слизистой оболочки носа и лекарственной зависимости. Кроме топических деконгестантов, для лечения острого ринита возможно применение системных сосудосуживающих средств.

В третьем периоде острого инфекционного ринита целесообразно применение местных антибактериальных препаратов. Эффективным средством лечения острых заболеваний верхних дыхательных путей является ирригационная терапия, в том числе с использованием морской воды в виде продолжительного орошения, полосканий, промываний носа полости рта, горла.

Носовой душ включает различные виды промываний и орошений полости носа и может использоваться как в лечении,

так профилактики заболеваний носа и ОНП. Пациент может выполнять ее самостоятельно и регулярно в домашних условиях.

Процедура носового душа необходима для увлажнения слизистой оболочки носа, механического удаления патологического отделяемого и подготовки слизистой оболочки для воздействия топических препаратов, в связи, с чем повышается их эффективность. Носовой душ уменьшает сухость и отек слизистой оболочки, помогает очищать носовую полость от корок, тем самым улучшает самочувствие пациента.

Состав морской воды схож с соляным составом крови и тканевой жидкости. Широкое распространение нашли готовые растворы морской воды в детской ринологической практике, в лечении аллергических ринита, хронического аденоидита, для комбинированной терапии синуситов, в профилактике ОРВИ.

Литература:

1. Марков Г.И. Способ консервативной терапии воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух.
2. Пискунов Г.З., Искунов С.З. Клиническая ринология 2-е издание.
3. Пальчун В.Т. Оториноларингология. Национальное руководство.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕВРОПАТИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИХОЛИНЭСТЕРАЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В СОЧЕТАНИИ С ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЕЙ И ЭЛЕКТРОФОРЕЗОМ

Табанькова Ю.В., Звенигородская Н.О.

Санаторий «Машиностроитель», Гомель

Болезни нервно-мышечной системы, вызванные поражением структур нервно-мышечного аппарата травматического, метаболического, компрессионно-ишемического генеза, занимают важное место в структуре современной патологии среди всех слоев населения. Данная группа заболеваний располагается на лидирующем месте в структуре инвалидизации населения, являясь причиной снижения качества жизни и характеризуется склонностью к прогрессированию. Растущая распространенность заболеваний

периферического поражения нервно-мышечного аппарата во всех возрастных группах населения влечёт за собой существенные трудовые и экономические потери. Этим определяется важность и необходимость поиска новых методов лечения пациентов с данной патологией. Сегодня распространенным методом к назначению лекарственных препаратов и лечебных физических факторов у больных является стандартизированный подход, когда лекарственное средство или физический фактор назначают по показаниям в рамках конкретной нозологической формы и осуществляют его терапевтический мониторинг. Одним из направлений в терапии является поиск наиболее оптимальных методов введения лекарственных средств в сочетании с максимально продуктивными физическими факторами воздействия. На ряду с другими медицинскими учреждениями, в санатории «Машиностроитель» проводится лечение различных заболеваний периферической нервной системы и разрабатываются наиболее эффективные схемы лечения.

При поражении различных структур нервной системы доказана эффективность применения антихолинэстеразных препаратов (прозерин, нейромедин) с последующим физиотерапевтическим воздействием на поврежденные нервно-мышечные структуры посредством электростимуляции. Данный метод лечения широко распространен и даёт хорошие результаты на этапе восстановления и реабилитации.

Под воздействием электростимуляции улучшается сократительная функция мышцы, в ней усиливается кровообращение, возрастает активность ферментных систем, улучшаются окислительно-восстановительные процессы, создаются благоприятные условия для регенерации поврежденного нерва. Применение электростимуляции предупреждает развитие мышечной атрофии вследствие гиподинамии, повышает работоспособность и силу мышц.

Ингибиторы холинэстеразы оказывают непосредственное стимулирующее влияние на проведение импульса по нервным волокнам, межнейрональным и нервно-мышечным синапсам периферической и центральной нервной системы, улучшают и стимулируют проведение импульса в нервной системе и нервно-мышечную передачу.

Группой сотрудников санатория была разработана методика инъекционного введения антихолинэстеразного препарата (нейромедин) непосредственно в зону поврежденных нервных структур с последующей местной электростимуляцией, при невозможности проведения данной методики, ее заменяли на электрофорез с данной группой препаратов.

Использование во время электрофореза антихолинэстеразных средств в качестве лекарственного вещества, наносимого на прокладки электродов, приводит к тому, что под действием электрического поля оно проникает в организм через кожные покровы и влияет на физиологические и патологические процессы непосредственно в месте введения. Слабый электрический ток благоприятно влияет на реактивность и иммунобиологический статус тканей.

Цель исследования. Целью исследования являлось применение комплексного лечения пациентов с заболеваниями периферической нервной системы с использованием нестандартных методов введения лекарственных средств для достижения более выраженных положительных результатов в лечении и реабилитации.

Материалы и методы. Объектом исследования были 46 человек с периферическими невропатиями: 24 мужчины и 22 женщины, находившихся на лечении в санатории «Машиностроитель» в возрасте от 19 до 74 лет. Стандартной методикой лечения периферических невропатий принята схема лечения, когда перед электростимуляцией пораженного участка (за 20-30 минут) вводится ингибитор холинэстеразы (нейромедин или прозерин) внутримышечно или подкожно. Данная общепринятая схема лечения показала хорошие результаты и на базе лечения в санатории «Машиностроитель». За 2 года данным методом было пролечено 16 пациентов (8 мужчин и 8 женщин) с различными периферическим посттравматическими поражениями нервно-мышечных структур, и являлась группой сравнения. Критерием оценки эффективности служила динамика балльной оценки признаков, характеризующих заболевание. У всех пролеченных пациентов наблюдалось уменьшение степени пареза, улучшение амплитуды движений, снижение выраженности контрактур, повышение

мышечного тонуса.

Наряду с данной стандартной методикой, в санатории, при отсутствии противопоказаний и хорошей доступности нервного волокна, некоторым пациентам вводился препарат нейромедин по ходу поврежденного нерва (обкалывание) с последующей электростимуляцией или применялось данное лекарственное средство при электрофорезе. Методом локального обкалывания (первая группа наблюдения) пролечено 12 пациентов, в возрасте от 24 до 62 лет, из них 8 мужчин и 4 женщины, и методом электрофореза с антихолинэстеразами препаратами пролечено 18 пациентов, в возрасте от 19 до 74 лет, из них 10 женщин и 8 мужчин (вторая группа наблюдения). Количество процедур было от 8 до 12. Выбор метода лечения зависел от особенности расположения поврежденных нервных структур, а также от наличия противопоказаний у пациента для проведения электростимуляции.

Показаниями к назначению являлось периферическое повреждение нервных структур, подтвержденное различными методами исследования (ЭНМГ, КЭД, УЗИ нервных стволов, МРТ), давность заболевания не более двух лет, отсутствие выраженных контрактур конечностей и гипотрофий, хорошая анатомическая доступность для проведения данного вида лечения. Противопоказаниями к назначению являлись онкологические заболевания, патология крови, беременность, заболевания инфекционной природы, гипертермия, искусственный водитель ритма, лёгочная и сердечная недостаточность выше 2 степени, тяжелые нарушения сердечного ритма, гипертиреоз, эпилепсия, тромбозы.

Результаты и выводы. У 56% пациентов в первой группе наблюдения и у 32% во второй, уже после 2-3-й процедуры отмечалась положительная динамика, после 5-й – у 87% и 65% соответственно. В группе сравнения положительная динамика наблюдалась после 4-5-й процедуры – у 45% и после 8-9-й – доходила до 70%. Полное восстановление функции у первой группы наблюдения зафиксировано у 5 пациентов (41,6%), у второй группы наблюдения – у 4 пациентов (22,2%), в группе сравнения – у 3 пациентов (18,75%); улучшение более 50% от первоначальной функции отмечалось у 4 пациентов в

первой группе наблюдения (33,3%) и у 8 пациентов во второй (44,4%), в группе сравнения — у 6 пациентов (37,5%).

Таким образом, при применении вышеуказанных методик наблюдалось более эффективное лечение и восстановление поврежденных нервно-мышечных структур по сравнению с традиционным внутримышечным или подкожным инъекционным введением, так как происходило накопление вещества и создание депо для пролонгированного действия в виду высокой местной концентрации действующего вещества без насыщения им лимфы, крови и других сред организма. При этом отмечалось уменьшение сроков лечения и реабилитации за счет более раннего ответа на проводимое лечение и наблюдались максимальные результаты восстановления функции поврежденных структур на начальных этапах лечения, вплоть до полного восстановления.

Положительная динамика была выявлена у всех пролеченных пациентов. Эффективным результатом лечения являлось уменьшение степени пареза, усиление мышечной силы, уменьшение мышечной гипотрофии и болевого синдрома, увеличение объема движений, улучшение трофики тканей, кровоснабжения и лимфооттока.

Литература:

1. Андропова М.И. Электростимуляция мышц и ее лечебное применение, М., 1960.
2. Дерягин Б.В., Духин С.С. Электрофорез. – М.: Наука, 1976. – 327с.
3. Клинические протоколы диагностики и лечения больных с патологией нервной системы // Здоровоохранение. 2009. – № 4. – С. 62-74.
4. Латышева, В.Я. Травматическая болезнь спинного мозга / В.Я. Латышева, С.С. Вакисия. М., – 2001.
5. Обросов А.Н., Ливенцев Н.М. Электродиагностика и электростимуляция мышц при поражении периферических нервов, М., 1953.
6. Применение электростимуляции в клинической практике. Руководство для врачей /под ред. М.Н. Умовиста, М., – 1978.
7. Техника и методики физиотерапевтических процедур (справочник) под ред. В.М. Богомолова, М. – 2008. – 405 с.
8. Санадзе А.Г., Касаткина Л.Ф., Самойлов М.И. Применение Нейромедина в лечении заболеваний периферической нервной системы // Атмосфера. Нервные болезни. – 2003 – № 3. – С. 17-18.
9. Улащик В.С. Электрофорез лекарственных средств: руководство для специалистов. – Минск: Беларусь. наука, 2010. – 404 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЛЕЧЕНИЯ В ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ ЦЕНТРЕ «ТАЛЬКА»

Цховребов Е.М., Тумилович З.В., Волотовская А.В., Войченко Н.В.

*Оздоровительный центр «Талька»,
Белорусская медицинская академия последипломного образования
МЗ РБ, Минск*

Актуальность. В санаторно-курортных условиях питьевое лечение минеральной водой непосредственно у источников (бювета) широко используется в комплексе с другими физиотерапевтическими методами и немедикаментозной терапией. Лечебное действие минеральных вод при питьевом лечении определяется в основном следующими факторами: общей минерализацией, ионным составом, наличием активных ионов, органических веществ и газов, температурой, активной реакцией среды и радиоактивностью. Учитывая тот факт, что с течением времени физико-химические свойства природных минеральных вод могут изменяться, требуется регулярный контроль их состава и коррекция показаний к их использованию.

Цель настоящей работы: исследование эффективности применения минеральной воды скважины № 2 М оздоровительного центра «Талька» с учетом изменения ее состава.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе оздоровительного центра «Талька» Транспортного Республиканского Унитарного предприятия «Минское отделение Белорусской железной дороги», который находится в экологически чистой зоне смешанного леса в излучении рек Свислочь и Таль, в 80 км от г. Минска. Начало функционирования оздоровительного центра «Талька» – 1975 год, рассчитан на 105 отдыхающих, работает круглогодично. Профиль оздоровительного центра – общетерапевтический.

Наряду с климатом, основным лечебным фактором являются минеральные воды, полученные из скважин, пробуренных на территории оздоровительного центра в 1979 г. Из скважины № 1 М глубиной 531 м получены

высокоминерализованные воды хлоридного натриевого состава с несколько повышенным содержанием брома, рекомендуемые к наружному применению в виде ванн. Из скважины № 2 М глубиной 250 м получены слабоминерализованные воды хлоридно-сульфатного натриевого состава, рекомендованные к применению в качестве лечебно-столовых [1].

В оздоровительном центре в 1999 году построено отдельно стоящее специализированное здание бьювета для отпуска и приема минеральной воды, разработанное по индивидуальному проекту. В бьювете функционирует 7 кранов, организованы места отдыха для приема минеральной воды.

В настоящее время в оздоровительном центре используются воды из скважины № 2 М. Высокоминерализованные воды из скважины № 1 М, предназначенные для наружной бальнеотерапии, не используются из-за невозможности их сброса в очистные сооружения биологической очистки.

Согласно наблюдениям за режимом минеральных вод на месторождении, в течение 20 лет зарегистрированы некоторые изменения их качества и состава (таблица 1). Так, в 1995 году вода из скважины № 2 М согласно заключению Центральной лаборатории ПО «Беларусьгеология» по химическому составу являлась минеральной сульфатно-хлоридной натриевой, с повышенным содержанием кальция, магния, малой минерализации $M\ 4,7\ \text{г/дм}^3$, слабощелочной реакции. Ближайшими аналогами являлись Золочевская (Украина), Нукуская (Узбекистан), Нарочанская, Бобруйская (Беларусь).

Исследование в 2000 году Гидрогеологическим предприятием «Геос» заключило: по показателям химического состава подземные воды волынских и вильчанских терригенных отложений являются сульфатно-хлоридными натриевыми маломинерализованными и соответствуют требованиям ГОСТа 23-695-91 «Воды минеральные и лечебно-столовые».

В июле 2016 года РУП «Дорводоканал» на основании полного химического анализа воды филиала «Центральная лаборатория» РУП «Научно-производственный центр по геологии», санитарно-гигиенического заключения ГУ «Пуховичский районный центр гигиены, эпидемиологии», микробиологических испытаний дал следующее заключение на

воду из скважины № 2 М: вода минеральная питьевая природная, лечебно-столовая хлоридная натриевая малой минерализации (М 2,8 г/дм³).

Таблица – Содержание основных химических компонентов в минеральной воде скважины № 2 М оздоровительного центра «Галька»

Химические компоненты и показатели	Содержание в литре		
	1995 год	2000 год	2016 год
Катионы, мг/дм ³			
Натрий	1130,0	970,0	860,0
Калий		24,6	22,6
Кальций	111,9	109,8	90,0
Магний	55,8	53,3	44,2
Анионы, мг/дм ³			
Хлориды	1631,2	1415,0	1234,9
Сульфаты	568,7	453,0	383,5
Гидрокарбонаты	204,4	225,7	213,5
Общая минерализация, г/дм ³	4,7	3,3	2,8
pH	7,9	7,6	8,05

Бальнеологическая формула (2016 год):



Температура минеральной воды при выходе на поверхность составляет 8°C.

Таким образом, за последние 20 лет использования скважины № 2 М природная минеральная вода незначительно изменилась по качественному составу основных веществ. В бальнеологически значимых концентрациях присутствуют хлориды, натрий и сульфаты. Снижение концентрации сульфатов с 568,7 до 383,5 позволяет расценивать воду как безопасную по сульфатам для пищеварительного тракта (концентрация ниже 500 мг/дм³). Снижение содержания натрия ниже 1000 мг/дм³ дает возможность расценивать воду как безопасную по содержанию натрия для сердечно-сосудистой системы и уровня артериального давления [2]. В количественном составе происходит постепенное снижение минерализации воды, оставаясь в рамках диапазона малой минерализации. Эти изменения свойств воды позволили

несколько расширить перечень показаний для ее использования в качестве столового напитка для профилактики и лечения заболеваний в комплексе с другими медикаментозными методами и физическими факторами.

В настоящее время минеральная вода скважины № 2 М оздоровительного центра «Талька» рекомендована к применению в качестве лечебно-столовой при заболеваниях желудочно-кишечного тракта: хронические гастриты, хронические колиты и энтероколиты, функциональные заболевания кишечника, хронические заболевания печени и желчевыводящих путей (гепатиты, холециститы, желчекаменная болезнь) при отсутствии печеночной недостаточности; постхолецистэктомический синдром; хронический панкреатит; при болезнях обмена веществ (сахарный диабет, подагра, ожирение, мочекислый диатез, оксалурия, фосфатурия); при хронических заболеваниях мочевыводящих путей.

В период с 2015 по 2017 гг. на лечении и оздоровлении в центре находилось 6021 человек. В их числе 5798 – граждане Республики Беларусь, из которых 4898 (84,5%) – это работники Белорусской железной дороги, 223 жителя других государств.

Большинство пациентов имели болезни костно-мышечной системы (51,0%), системы кровообращения (25,4%), болезни органов пищеварения и обмена веществ (43%), дыхания (12,3%). С целью отдыха и оздоровления приезжали 4,7% отдыхающих.

Всем пациентам назначался питьевой прием минеральной воды скважины № 2 М для профилактики заболеваний или с лечебной целью в комплексе с другими методами.

Из методов физиотерапии по назначению врача применяли электролечение, лазеро- и магнитотерапия, дарсонвализация, ультразвуковая терапия, УФО, гало(спелео)терапия, лечебные ванны, в т.ч. радоновые, местные 4х-камерные, сухие углекислые ванны, лечебные души (восходящий, циркулярный, струевой), подводное вертикальное вытяжение позвоночника, теплолечение парафин-озокеритовыми аппликациями и аппликациями сапропелевых грязей, общая термотерапия, различные виды ручного массажа, гидромассаж, вакуумный массаж, ингаляции, кислородотерапия. С целью оздоровления в центре также широко используют сауну, бассейн с гидромассажем и каскадным душем,

инфракрасную сауну, лечебную физкультуру, СПА-процедуры в многофункциональной капсуле, кедровой бочке, косметические процедуры, стоунтерапию жадеитовыми камнями.

Результаты. Все наблюдавшиеся пациенты отмечали хорошую переносимость питьевого лечения минеральной водой. У всех пациентов с заболеваниями органов пищеварения исчезли клинические симптомы: тяжесть, чувство давления в желудке после приема пищи, тошнота, отрыжка, функциональные расстройства со стороны кишечника, улучшался аппетит. В целом, из пациентов, прошедших оздоровление в 2015-2017 годах, 6010 человек заметили улучшение состояния здоровья по основному заболеванию и состояния здоровья в целом, 11 человек не отметили изменений в состоянии здоровья.

Выводы. Таким образом, курсовое применение минеральной воды скважины № 2 М для питьевого лечения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной системы обосновано и эффективно. Изменения состава природной минеральной воды с течением времени расширили возможности для ее применения с профилактической и лечебной целью у отдыхающих.

Литература:

1. Мараховский Ю.Х., Горгун Ю.В., Жарская О.М., Уласевич Д.Н. Критерии определения области применения минеральных вод в целях лечения и санаторно-курортного оздоровления. Инструкция по применению. – Мн., 2012.-12 с.

2. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия: Учебник. – Мн., 2008. – 512 с.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СКИПИДАРНО-СКИПОФИТОВЫХ ВАНН В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ

Шевцова С.А., Звенигородская Н.О., Табанькова Ю.В.

Санаторий «Машиностроитель», Гомель

В комплексном лечении и реабилитации пациентов, особенно в санаторно-курортных условиях, широко используют

гидротерапевтические процедуры. В зависимости от состава различают пресные, минеральные, газовые, радоновые и лекарственно-ароматические ванны. Аромагидротерапия – лечебное воздействие на тело пациента пресной воды с растворенными в ней ароматическими веществами, при этом происходит воздействие механическими, термическими и химическими факторами. При приеме ванны эфирные масла оказывают свое благоприятное воздействие на организм как непосредственно через кожу, так и через дыхательные пути. Во время процедуры снижается уровень стрессовых гормонов (адреналина, норадреналина, кортизола) в крови, активизируется работа почек и дыхательных мышц, понижается сосудистый тонус, расширяется просвет артериол и венул, тем самым увеличивается количество функционирующих капилляров, повышается устойчивость и неспецифическая резистентность организма.

В санатории «Машиностроитель» широко используется аромабальнеотерапия. Более детально была изучена методика совместного использования скипидарных ванн со скипофитами. Скипидар (терпентинное масло) – представляет собой эфирное масло, которое получают из сосновой смолы (живицы). Скипидар – это натуральный продукт растительного происхождения. Механизм лечебного действия скипидарных ванн заключается в том, что они рефлекторно повышают кровоток в скелетных мышцах и внутренних органах, что приводит к понижению общего периферического сопротивления сосудистой стенки, увеличению систолического объема сердца и снижению частоты его сокращений, улучшается оксигенация крови. Повышается интенсивность углеводного, жирового и минерального обмена, приводя к уменьшению содержания холестерина, снижению избыточного веса. Пары растворенных летучих веществ возбуждают носовые рецепторы, приводя к усилению тормозных процессов в коре головного мозга, а приятный хвойный аромат скипофита оказывает выраженный психотерапевтический эффект.

Как самостоятельный метод лечения, разные виды скипидарных ванн (желтые, белые, смешанные) нашли широкое применение в терапии огромного количества заболеваний.

Существуют три вида лечебных ванн – белые, желтые, смешанные. Белые скипидарные ванны способствуют раскрытию капилляров, желтые – очищению организма от шлаков. За счет комбинирования этих процедур, достигается более выраженный лечебно-профилактический эффект.

Белые скипидарные ванны представляют собой эмульсию, которая полностью растворяется в воде. Контактная с кожей, эмульсия способствует расширению капилляров. Белые ванны нормализуют артериальное давление, способствуют насыщению органов и тканей питательными веществами и кислородом. Для приготовления желтых ванн, скипидар смешивают с олеиновой кислотой и касторовым маслом. Полученный раствор расширяет сосуды и нормализует обменные процессы. Желтые скипидарные ванны применяются при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, артериальной гипертензии. Смешанные ванны сочетают себе свойства двух предыдущих, они так же способствуют снижению болевого синдрома, улучшают состояние кожи, повышают повседневную функциональную активность пациентов.

Существуют вспомогательные растворы (мультиактивные экстракты, скипофиты), которые содержат максимальное количество пименов и большую концентрацию экстрактов лекарственных трав. Натуральные экстракты трав усиливают действие пименов и придают продукту специфическую направленность. Несколько видов мультиактивных экстрактов позволяют подобрать оптимальные схемы применения индивидуально для каждого организма. Эти растворы являются катализаторами белого и желтого скипидара.

Цель исследования: изучение эффективности сочетанного применения скипидарных ванн со скипофитами в комплексном санаторно-курортном лечении пациентов.

Методы исследования. В санатории «Машиностроитель» проведено наблюдение за эффективностью скипидарных ванн в сочетании со скипофитами у 68 пациентов. Средний возраст 45-65 лет. Из них 42 пациента (61,7%) получали желтые скипидарные ванны с добавлением скипофита «Движение», остальные – белые скипидарные ванны с добавлением скипофита «Омоложение» (38,3%). Уже через 3-4 сеанса отмечалось

уменьшение болей в суставах и позвоночнике (отмечалось снижение распространенности пальпаторной болезненности на 56% в первой группе и на 50% во второй к концу курса лечения), наблюдалось увеличение двигательной функции более чем в 2 раза в обеих группах наблюдения. У лиц, страдающих артериальной гипертензией, проводилось маниторирование артериального давления на протяжении всего курса лечения (26 человек), результатом явилось нормализация артериального давления у 83%. Успешные результаты лечения получены у 89% пациентов в обеих группах наблюдения. Скипидарные ванны благотворно влияли на эмоциональное состояние пациента, улучшая настроение, снижая нервозность и раздражение. Для подтверждения использовался цветовой тест Люшера, по его результатам у 93% в первой группе и у 95% во второй отмечалось снижение уровня тревожности, повышение толерантности к стрессу.

Таким образом, скипидарные ванны в сочетании со скипофитами, являются эффективным методом, позволяющим нормализовать артериальное давление, купировать болевой синдром, улучшить двигательные качества пациента и стимулировать адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы.

Литература:

1. Олефиренко В.Т., Пушкарева А.А., Савельева Е.В. Клинико-физиологическое обоснование лечебного использования скипидарных ванн/ Вопросы экспериментальной и клинической курортологии и физиотерапии. 1976 г.
2. Рыбалкина Е.П., Хисомутдинов Ф.М., Зуев А.И. Скипидарные ванны в комплексном лечении ревматоидного артрита. Ярославский медицинский институт, 1980 г.
3. Пряницкая Т.А., Марченко Е.Н. Опыт применения скипидарных ванн при некоторых заболеваниях сердечно-сосудистой системы. / Сборник научно-практических работ. Киев, 1970 г.
4. Головач С.Р. Терпентинные ванны в лечении больных сахарным диабетом и ожирением/Москва медицина, 1983г.
5. Царфис П.Г., Стрелкова Н.И., Олиференко В.Т., Белая Н.А. Скипидарные ванны в комплексном лечении больных с неврологическими проявлениями шейного и поясничного остеохондроза./ЦНИИКиФ отчет, 1978 г.

РАЗДЕЛ 3

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

НЕЙРОМЫШЕЧНАЯ АКТИВАЦИЯ ПО МЕТОДИКЕ «ЭКЗАРТА» В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Бондарева Е.А., Мозоль В.В.

Учреждение здравоохранения «Минский областной центр медицинской реабилитации «Загорье», Минск

Актуальность темы. Хроническая боль, травмы, отсутствие физической активности приводят к нарушению нервно-мышечной регуляции и изменению двигательного акта. В итоге мышцы работают неверно, создавая неправильный стереотип движения, который повторяется изо дня в день, порочно поддерживает постоянную боль и двигательную несостоятельность.

Нейромышечная активация (НМА) – это метод кинезотерапии, разработанный в начале XX века норвежскими врачами. Сущность метода заключается в активации системы глубоких (локальных) мышц, обеспечивающих стабилизацию крупных суставов и позвоночника, с последующей коактивацией системы поверхностных мышц, добиваясь формирования кинематически верного движения, благодаря чему восстанавливается оптимальный двигательный стереотип.

В любом суставе можно выделить активную стабилизационную систему, представленную мышцами, и пассивную, включающую в себя суставно-связочный аппарат [2, 3].

К примеру, на уровне поясничного отдела позвоночника глобальные мышцы (поверхностные) соединяют таз с грудной клеткой и отвечают за выполнение движений. Локальные мышцы (глубокие) прикрепляются непосредственно к позвонкам, что определяет возможность контролировать их взаиморасположение, уменьшая компрессию межпозвонкового диска, а также воздействуя через механизм опережающего сопряжения (feedforward).

В методе НМА выделяется два основных способа

воздействия: длительное статическое напряжение мышц (применяемое исключительно в терапии мышц локальной системы) и стимуляция сенсомоторного контроля нервной системы (применяемая в целях интеграции глобальной и локальной систем).

Цель НМА посредством упражнений на подвесных системах также состоит в восстановлении оптимального двигательного стереотипа. Для данного вида терапии характерно выполнение движений без боли, в том объеме и на том уровне, который является свободным для каждого конкретного пациента при условии активации глубоких мышц. Метод дает возможность практически изолированно воздействовать на заинтересованную мышцу (с целью как релаксации, так и активации), постепенно (ступенчато) облегчать или усложнять выполнение движений по лестнице прогрессии (min → max → ∞) [1].

Методы исследования. В УЗ «Минский областной центр медицинской реабилитации «Загорье» метод НМА применялся посредством кинезиотерапевтической подвесной установки «Экзарта». Данная методика, значительно снижая антигравитационную нагрузку, позволила проводить лечебные упражнения практически на любой стадии неврологических осложнений остеохондроза позвоночника, в послеоперационном периоде при травмах опорно-двигательного аппарата, после ОНМК.

Метод НМА с помощью «Экзарта» применялся у 23 пациентов. Из них: 13 пациентов после оперативного лечения межпозвоноковых грыж пояснично-крестцового отдела позвоночника с умеренным и выраженным болевым и рефлекторно-миотоническим синдромом; 7 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения с умеренным и выраженным двигательным дефицитом в раннем восстановительном периоде; 3 пациента с психосоматическими заболеваниями.

При проведении занятий было использовано шесть элементов:

– упражнения в открытой и закрытой кинематической цепи (в статическом режиме),

- вибрация для стимуляции сенсомоторного контроля нервной системы во время выполнения упражнений,
- нестабильная опора,
- трехмерное движение,
- постепенное увеличение нагрузки и разнообразие заданий,
- безболезненный подход.

Первый шаг – тест локальной стабилизирующей системы. Если обнаруживали нарушение в системе глубоких мышц, то начинали тренировку с длительного статического напряжения этой мышечной группы. Если пациент мог удержать это напряжение две минуты без боли, утомления или дискомфорта, то переходили к следующему этапу, в котором активизация локальных стабилизирующих мышц соединяется с активацией глобальных мышц. При этом более важно не время выполнения упражнения, а количество повторений (4-5) со значительной стимуляцией сенсомоторного контроля нервной системы, которая достигается благодаря работе многих мышечных групп. С целью стимуляции сенсомоторного контроля нервной системы посредством вибрации. Следующий этап упражнений – нестабильная основа. Этот фактор влияет на сложность упражнения, а также на образование у пациента рефлекторной нервно-мышечной активности (подсознательная активация мышечной группы).

Продолжительность занятий варьировала от 15 до 60 минут, проводились 3-5 раз в неделю. Использовалось до 6 повторений по 2-4 подхода на каждое упражнение с отдыхом между подходами 30-60 секунд. Каждому пациенту проведено от 5 до 8 занятий.

Как следствие у всех пациентов значительно уменьшился болевой синдром, у 11 пациентов из 13 с пояснично-крестцовым остеохондрозом снизился рефлекторно-миотонический компонент, в 100% случаев увеличился объем движений, у 6 пациентов из 7 с острым нарушением мозгового кровообращения увеличилась сила паретичных конечностей, все пациенты отмечали улучшение психо-эмоционального статуса.

Противопоказания:

- абсолютные: возникновение или усиление боли при

выполнении упражнений;

– относительные: состояния после операций на позвоночнике с формированием анкилозов, острый период после оперативного вмешательства на суставах, острые травмы с разрывом сухожилий и мышц, декомпенсация сердечно-сосудистой, дыхательной систем, печени и почек выше I ст., онкологические заболевания опорно-двигательного аппарата.

Выводы. Метод НМА посредством кинезиотерапевтической подвесной системы «Экзарта» (по методике «Экзарта») системно воздействует на глубокие и поверхностные мышцы, отвечающие за стабильность и движения в суставах и позвоночнике в целом, делает возможным локальную тренировку «дремлющих», деактивированных мышц, способствует снятию спазма перегруженных мышц.

Литература:

1. Солодянкин Е.Е. Нейромышечная активация с применением подвесных систем в реабилитации пациентов / Е.Е. Солодянкин, А. Л. Бурмистров, Е. А. Бондарева и др. // Медицинские новости. – 2014. – № 11. – С 53-55.

2. Kapandji I.A. The Physiology of the Joints. – Spine, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1982.

3. Bergmark A. // Acta Orthopaedica Scandinavica. – 1989. – Vol. 60, N 230, suppl. – P. 5–54.

КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИОПУНКТУРА И ФИЗИОТЕРАПИЯ ОСТЕОАРТРОЗА

*Волотовская А.В., Сущеня Е.А., Войченко Н.В., Яковлева Н.В.,
Хапалюк Н.Г.*

*Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования, Минск*

*ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и
нейрохирургии» МЗ РБ, Минск*

Актуальность. Важная роль в реабилитации пациентов с заболеваниями суставов принадлежит физиотерапевтическим методам, в том числе и физиопунктурным, которые должны использоваться дифференцированно [1]. В основе алгоритма

выбора вида воздействия лежит оценка преобладающего клинического симптома [2]. Так, при остеоартрозе с воспалительным синдромом – наиболее эффективным методом является лазеропунктура периартикулярно, при выраженной скованности – фонопунктура, термопунктура периартикулярно и лазеропунктура на точки широкого спектра действия, при выраженном болевом синдроме выбор остается за электропунктурой. Пунктурная физиотерапия применяется в комплексе с медикаментозным лечением, массажем и кинезотерапией. Хорошо зарекомендовала себя и комбинация акупунктуры с физиотерапией [3-5]. Актуальным является разработка новых комбинированных методов применения физиотерапии и физиопунктуры (электропунктуры, электроакупунктуры, лазеро- и термопунктуры).

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного использования физиотерапии и физиопунктуры у пациентов с остеоартрозом (ОА).

Материалы и методы. Исследования проведены сотрудниками кафедры физиотерапии и курортологии БелМАПО на базе ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеотерапии».

Для оценки влияния комплексного применения физиотерапии и физиопунктуры в исследование были включены пациенты с верифицированным диагнозом ОА. Пациенты были распределены в две сопоставимые по половозрастному составу, длительности и тяжести заболевания группы – основную (n=26) и контрольную (n=20). На фоне приема медикаментозной терапии (хондропротекторы, нестероидные противовоспалительные средства) пациентам контрольной группы проводили магнитотерапию переменным магнитным полем (ПеМП) на область суставов, магнитная индукция 25 мТл, 15-20 мин, курсом 10 процедур ежедневно.

Пациентам основной группы назначали курс комплексной физиотерапии и физиопунктуры, которая включала методики, основанные на дифференцированном выборе метода физиопунктурного воздействия в зависимости от ведущего патологического синдрома.

При ОА с болевым синдромом (10 человек) применяли

пунктурную электротерапию, обладающую обезболивающим действием в комплексе с магнитотерапией, оказывающей противоотечное действие.

Методика пунктурной электротерапии: воздействие осуществляли от физиорефлексотерапевтических аппаратов, генерирующих импульсные токи на акупунктурные точки, расположенные периартикулярно и на конечностях, по ходу иррадиации боли по 8-12 точек на одну процедуру.

При проведении электроакупунктуры, подразумевающей инвазивное воздействие, акупунктурные иглы вводили в точки акупунктуры, добиваясь предусмотренных ощущений, затем, присоединяя к иглам зажимы для игл от электродов физиорефлексотерапевтического аппарата, осуществляли электротерапию в импульсном режиме, частота 50 Гц, сила тока до вибрации (от 0,5 до 1 мА), время воздействия 25 минут. Точки для воздействия электрическим током выбирали таким образом, чтобы расстояние между двумя точками одной электрической цепи было не более 15 см, в одну процедуру до 4-6 электрических цепей.

При проведении электропунктуры, в качестве более щадящей методики для пациентов с коморбидной патологией, электроды малого размера до 4 см² располагали на коже на точки акупунктуры, и осуществляли воздействие в импульсном режиме, сила тока до вибрации (от 1 до 10 мА), время воздействия 25 минут. Точки для воздействия электрическим током выбирали таким образом, чтобы расстояние между двумя электродами одной цепи было не менее 2-4 см и не более 20 см, до 4 электрических цепей в одну процедуру.

Без перерыва между процедурами после проведения пунктурной физиотерапии выполняли магнитотерапию. Магнитотерапию проводили на область суставов: индукция 25 мТл, время воздействия: 1-3 процедура – 15 минут; 4-10 процедура – 20 минут.

При ОА с воспалительным синдромом (10 человек) применяли лазеропунктуру, обладающую направленным этиопатогенетическим противовоспалительным и иммуномодулирующим действием в комплексе с локальной магнитотерапией, оказывающей противоотечное действие.

Для лазеропунктуры использовали физиотерапевтический аппарат, генерирующий низкоинтенсивное лазерное излучение в инфракрасном диапазоне (760-900 нм) для контактного воздействия на акупунктурные точки, наиболее болезненные при пальпации, расположенные периартикулярно (точки А-ШИ) и акупунктурные точки с широким спектром показаний. При непрерывном режиме воздействия мощность 15 мВт, продолжительность воздействия по 30 секунд на акупунктурную точку, на 1-3 процедуре до 4 точек на одну процедуру, на 4-10 процедуре до 6 точек. При импульсном режиме воздействия, щадящей методике пациентам с коморбидной патологией, – частота 10 Гц, мощность 5 Вт в импульсе, по 20 сек на одну точку, на одну процедуру 6 точек. Курс 10 процедур ежедневно или через день.

Без перерыва между процедурами после проведения лазеропунктуры выполняли магнитотерапию на пораженные суставы курсом 10 процедур ежедневно (индукция 25 мТл, время воздействия: 1-3 процедура – 15 мин; 4-10 процедура – 20 мин).

При ОА с синдромом скованности в суставах нижних конечностей (6 человек) применяли термопунктуру в комплексе с ультразвуковой терапией на область суставов с целью улучшения подвижности и увеличения объема движений в суставах. Для термопунктуры использовали физиорефлексотерапевтический аппарат, имеющий термоэлементы для воздействия на акупунктурные зоны контактным методом. Осуществлялось стабильно-лабильное воздействие – локальное прогревание кожи и подлежащих тканей в зоне акупунктурных точек периартикулярно, с получением ощущения равномерного тепла в зоне воздействия, продолжительность процедуры до 20 минут курсом 10 процедур ежедневно.

Далее проводили процедуру ультразвуковой терапии периартикулярно на пораженные суставы. В течение одной процедуры озвучивали не более двух суставов. Использовали лабильную методику, частоту 1 МГц, непрерывный режим, интенсивность воздействия 0,6-0,8 Вт/см² на крупные суставы нижних конечностей. Общее время процедуры не превышало 15 минут. Ультразвуковая терапия проводилась ежедневно курсом 10 процедур.

Все пациенты были обследованы до и после курса реабилитации. Эффективность проведенной терапии оценивали по динамике индекса WOMAC, интенсивности боли в суставе (по 100-бальной визуально-аналоговой шкале ВАШ), переносимость физиотерапевтических процедур оценивали по мнению пациента.

Результаты. На фоне проведенных реабилитационных мероприятий клиническое улучшение выявлено у пациентов обеих групп. При этом в основной группе 63% отметили уменьшение болевого синдрома уже после 3-й процедуры, в контрольной группе существенное уменьшение болевого синдрома пациенты отмечали только на 2 неделе лечения.

Пациенты в процессе лечения отмечали положительную динамику суставного синдрома – уменьшение припухлости сустава, болезненности при пальпации, снижение локальной гипертермии пораженных коленных суставов в обеих группах. К моменту завершения наблюдения в основной группе по окончании курса процедур значительное улучшение и улучшение отметили 96 % пациентов, в контрольной группе значительное улучшение и улучшение отметили только 72% пациентов.

Следует отметить, что снижение боли при движении по ВАШ отмечено на $43 \pm 3,1$ баллов в основной и $27 \pm 2,8$ в контрольной группе, боль в покое уменьшилась на $41 \pm 1,3$ балла в основной и $31 \pm 1,8$ в контрольной группе, болезненность при пальпации снизилась на $39 \pm 1,4$ балла в основной и $19 \pm 1,1$ в контрольной группе.

Отмечена положительная динамика показателей индекса WOMAC – уменьшилась боль, увеличилась подвижность в суставах, улучшилась повседневная активность в основной и контрольной группах, однако положительная динамика показателей в основной группе достигалась быстрее.

Переносимость проведенного комплексного лечения пациенты отмечали как отличную и хорошую (93,3%). Побочных эффектов при проведении комплексного лечения не отмечалось.

Выводы. Комбинированное применение у пациентов с ОА различных вариантов физиопунктурных и физиотерапевтических воздействий способствует более быстрому снижению болевого синдрома в пораженных суставах, расширению объема движения,

что приводит к улучшению функциональной способности. Разработанные методы реабилитации позволяют оптимизировать лечение пациентов с ОА, что имеет медицинское и социально-экономическое значение.

Литература:

1. Улащик, В.С. Пунктурная физиотерапия как предмет научных исследований / В.С. Улащик // Вопр. курор., физиотер. и лечебной физкультуры. - 1989. - № 3. - С.15-19.
2. Самосюк, И.З., Мовродий В.М., Фисенко Л.И. Физиотерапия, физиопунктура и бальнеолечение / И.З. Самосюк, В.М. Мовродий, Л.И. Фисенко // Москва, 1999. - С. 35-42.
3. Электрорефлексотерапия. Показания, противопоказания: учеб.-метод. пособие / А. П. Сиваков [и др.]. - Минск : БелМАПО, 2007. - 20 с.
4. Electroacupuncture versus Diclofenac in symptomatic treatment of osteoarthritis of the knee: a randomized controlled trial / C. Sangdee, S. Teekachunhatean, K. Sananpanich et al. // BMC Complement Altern. Med. – 2002. - Vol. 23.
5. Егорова, Е.А. Магнитотерапия и КВЧ-пунктура в коррекции цереброваскулярных, эндотелиальных и гемостазиологических показателей у больных артериальной гипертензией с рефлекторными синдромами шейных дорсопатий / Е.А.Егорова, В.А.Дробышев, Л.Г.Агасаров // Вестник новых медицинских технологий. - Электронное издание. - 2015. - № 2. Публикация 2-23. URL:<http://www.medtsu.tula.ru>

ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВНИЯМИ

Жарнова В.В., Анищик Л.В., Пирогова Л.А.

*Гродненский государственный университет имени Янки Купалы», Гродно
УЗ поликлиника № 4, Гродно
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно*

В профилактике атеросклероза, ишемической болезни сердца и других заболеваний сердечно-сосудистой системы значимую роль играет рациональное и сбалансированное питание, что предусматривает удовлетворение потребности организма в пищевых и биологически активных веществах. Одними из основных пищевых веществ в концепции сбалансированного питания относятся жиры. Жиры являются

основным источником энергии (при сгорании 1 г жира образуется 9 кКал), растворителями витаминов А, Д, Е, К, способствуют их усвоению, а также являются пластическим материалом, являясь структурной частью клеток и их мембранных систем.

Свойства жиров определяют жирные кислоты, которые подразделяются на насыщенные (в большом количестве встречаются в составе животных жиров) и ненасыщенные (широко представлены во всех пищевых жирах, и особенно в растительных маслах). Так, мононенасыщенная олеиновая кислота находится в животных и растительных жирах. Она играет важную роль в нормализации жирового и холестерина обмена. Полиненасыщенные жирные кислоты способствуют преобразованию холестерина в холиевые кислоты и выведению их из организма, оказывают нормализующее действие на стенки кровеносных сосудов, повышающих эластичность. Недостаточность способствует тромбозу коронарных сосудов.

Полиненасыщенные жирные кислоты относятся к эссенциальным, не синтезируемым в организме компонентам, потребность в которых может быть удовлетворена только за счёт пищевых продуктов. Соотношение 10% полиненасыщенных жирных кислот, 30% насыщенных и 60% мононенасыщенной (олеиновой кислоты). Из натуральных жиров такую структуру имеют свиное сало, арахисовое и оливковые масла.

Суточная потребность взрослого человека равна 1-1,5 г/кг массы тела, из них 1/3 должна быть представлена растительными жирами.

Рафинирование растительных масел снижает их пищевую ценность, разрушаются некоторые незаменимые жирные кислоты и биологически активные вещества.

В животных жирах содержатся зоостерины, наиболее важным представителем которых является холестерин, участвующий в образовании и превращении желчных кислот, гормонов, витамина Д и др. В организме синтез холестерина происходит в печени и зависит от поступающего жира. Насыщенные жирные кислоты повышают его синтез, а полиненасыщенные снижают.

В растениях содержатся фитостерины, которые образуют нерастворимые комплексы с холестерином, последний не

всасывается, предотвращают холестеринемиию.

Основным источником фитостерина является кукурузное масло, арахисовое, оливковое и меньше всего подсолнечное.

Роль растительных и животных жиров в питании неоднозначна, например сливочное масло является недостаточным источником незаменимых жирных кислот, а в растительных маслах практически отсутствуют витамины А и D.

При нагревании до температуры 200 градусов жиры разлагаются с образованием летучих соединений.

При жарке пищевая ценность жира снижается вследствие уменьшения содержания в нём жирорастворимых витаминов, незаменимых жирных кислот, фосфатидов и других биологически активных веществ, а также за счёт образования в них неусвояемых компонентов и токсических веществ.

Холодный отжим растительных масел сохраняют полезные свойства, осадок нерафинированного масла состоит из холинфосфатидов, полезных для здоровья. Рафинирование с последующим дезодорированием снижает пищевую ценность продукта, разрушаются витамины и полиненасыщенные жирные кислоты.

В реабилитации пациентов в условиях санаторно-курортного лечения немаловажную роль наравне с природными факторами, физиотерапевтическими процедурами придаётся рациональному и сбалансированному питанию. Так в санатории «Поречье» организовано пятикратное питание. Отдыхающим в зависимости от заболеваний предлагается диетическое питание. Пациентам, с заболеванием сердечно-сосудистой системы предлагается диетическое питание, суть которого заключается в небольшом снижении энергоценности за счёт жиров и углеводов, ограничением поваренной соли и ограничением веществ возбуждающих сердечно-сосудистую и нервную системы. Энергетическая ценность должна составлять 2500-2600 ккал в сутки.

Однако при выборе меню, оказалось, что суточное потребление жиров и углеводов превышает рекомендуемую норму. Более того, по данным анкетирования 46% респондентов принимали пищу дополнительно.

Реабилитация в условиях санаторно-курортного лечения

имеет ограниченные сроки. Нас интересовало, имеет ли место соблюдение сбалансированного питания в домашних условиях у пациентов с сердечно сосудистой патологией.

Изучение проводилось у пациентов, находящихся на лечении в дневном стационаре поликлиники № 4 г. Гродно.

Обследовано 60 пациентов в возрасте от 55 до 80 лет (14 мужчин и 46 женщин) с диагнозом гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, аритмия. У семи пациентов сопутствующим заболеванием был сахарный диабет II-го типа.

Все пациенты отдают предпочтение рафинированному и дезодорированному подсолнечному маслу. Важную роль играет ценовой фактор. Нерафинированное, иногда употребляют в салаты.

7 пациентов отметили, что употребляют оливковое масло и 1 – льняное.

Только 10 указали, что употребляют жирные сорта мяса, сало и свиной жир.

17 пациентов указали, что употребляют сливочное масло, но предпочтение отдают растительному (подсолнечному). Все пациенты отмечают, что растительное масло подвергают термической обработке, что ещё в большей степени (кроме рафинирования и дезодорирования) снижает его пищевую ценность.

Подавляющее большинство отметили, что часто употребляют выпечку, где используется маргарин.

Выводы: Пациенты с сердечно сосудистыми заболеваниями недополучают в своём рационе жиров животного происхождения.

Отдают предпочтение растительным жирам (подсолнечное масло).

Употребляют растительные жиры с низкой пищевой ценностью, предпочитая рафинированное и дезодорированное масло, которое в последующем подвергают тепловой обработке.

Литература:

1. Василенко, З.В. Технология производства продукции общественного питания. Теоретические основы : учеб. пособие / З.В. Василенко, О.В. Матикова, Т.Н. Болашенко. – Минск : Высшая школа, – 2016. – 299 с.

2. Мархоцкий, Я.Л. Советы терапевта. Гигиена питания

/ Я.Л. Мархоцкий Минск: Выш. Шк. – 2011. – 239 с.

3. Жарнова, В.В. Питание как фактор реабилитации в санаторно-курортном лечении /В.В. Жарнова, Т.В. Ацкевич, Л.А. Пирогова// Новости медико-биологических наук, 2018. – т. 17, № 1. – С. 43-49.

МЕТОД И АППАРАТ АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ «AVS-D»

Зобнина Г.В., Ситник Г.Д.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и
нейрохирургии» МЗ РБ, Минск
Белорусская медицинская академия последипломного образования
МЗ РБ, Минск*

В последнее время все больше возрастает интерес к разработке лечебно-профилактических нефармакологических методов для оптимизации процесса адаптации, повышения эмоциональной устойчивости к стрессу, терапии пограничных нервно-психических расстройств, повышения умственной работоспособности. В этом смысле перспективными представляются мероприятия с применением методов навязывания ритма по биорезонансному принципу, в частности, аудиовизуальной стимуляции. Метод аудиовизуальной стимуляции (АВС) основан на сочетании воздействия многоцветной визуальной стимуляции и звуковых сигналов с частотой в диапазоне биоэлектрической активности головного мозга. АВС оказывает биоритмостимулирующее влияние на биоэлектрическую активность центральной нервной системы и тем самым вызывает седативный, снотворный, миорелаксирующий, психостимулирующий и антидепрессивный эффекты. При лечебной стимуляции слуха и зрения происходит воздействие на лимбико-ретикулярную формацию ствола мозга, которая влияет на функциональную активность всего мозга через активирующие и тормозящие системы. АВС может эффективно применяться для лечения невротических, соматоформных и связанных со стрессом расстройств, комплексном лечении зависимостей, для профилактического воздействия при

эмоциональных и психосоциальных нагрузках, нормализации сна, повышении внимания, работоспособности в условиях лечебно-профилактических учреждений широкого профиля [1, 2, 3, 4].

Нами проведены клинические испытания нового аппарата аудиовизуальной стимуляции «AVS-D» производства НПФ «Диполь» (Республика Беларусь) с целью оценки клинической эффективности и эксплуатационных характеристик при лечении и реабилитации пациентов с неврологической патологией, а также возможности их более широкого клинического применения. От известных аналогов (Biolight, Voyager XL, Dream Voyager, Thought Stream, Ритм-Полет и др.) данные аппараты отличаются наличием цветных минидисплеев для воспроизводства динамической картины, а также возможностью суггестивного воздействия с помощью микрофона в отдельных режимах работы.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

- изучить соответствие декларируемой способности Аппарата аудиовизуальной стимуляции «AVS-D» обеспечивать лечебное воздействие на организм;

- оценить правильность, полноту и доступность изложения информации в инструкции по эксплуатации;

- оценить эксплуатационные свойства Аппарата аудиовизуальной стимуляции «AVS-D» по параметрам: общей функциональности и удобства практического применения.

Нами проведено обследование и лечение «AVS-D» 25 пациентов. Показаниями для применения метода являлось наличие у пациентов неврологического профиля, проходящих курс лечения в РНПЦ неврологии и нейрохирургии, сопутствующих невротических состояний, психоэмоционального напряжения, нарушения сна неорганической природы, астенического синдрома, синдрома хронической усталости и др. Во время проведения процедуры пациент пребывает в собственном психологическом пространстве, которое создается сочетанием мерцающего света и музыки. АВС полностью загружает слуховой и зрительный каналы восприятия, ориентируя пациента на собственные переживания и

впечатления, а не на окружающий мир.

Продолжительность процедур в каждом конкретном случае определялось Инструкцией по медицинскому применению ААС «AVS-D». Курс лечения включал в себя 5-15 сеансов.

До и после проведения курса процедур проводилась оценка объективной (врачом-исследователем) и субъективной клинической симптоматики (оценка пациентом) заболевания. Производилась также оценка безопасности, надежности, прочности, эргономичности и удобства эксплуатации ААС, тест на устойчивость к дезинфекции.

Для количественной оценки состояния пациента использовались: тестирование тревожности по шкале Спилбергера-Ханина, по шкале тревоги Тейлора (по Норакидзе).

Оценка параметров надежности, прочности, эргономичности и удобства эксплуатации, теста на устойчивость к дезинфекции, оценка информативности руководства по эксплуатации и общей безопасности выполняется проводилась методом непараметрической статистики (расчет медианы и 1-го, 3-го квартилей). Испытания проведены по протоколу простого открытого исследования.

Установлено, что у пациентов после курса лечения отмечается снижение психоэмоционального напряжения, улучшается настроение, контроль над эмоциями. Уровень тревожности по шкале Спилбергера-Ханина составил 11 баллов, по шкале тревоги Тейлора (по Норакидзе) -16 баллов. Процедура удовлетворительно переносилась, побочных и отрицательных реакций не выявлено.

Аппараты аудиовизуальной стимуляции «AVS-D» производства НПФ «Диполь» (Республика Беларусь) соответствуют своему функциональному назначению, выполняют заявленные функции в полном объеме, безопасны, портативны, удобны в эксплуатации, информация по применению изложена доступно, ясно, в полном объеме.

Таким образом, Аппараты аудиовизуальной стимуляции ААС «AVS-D» могут применяться для лечения невротических, соматоформных и связанных со стрессом расстройств, комплексном лечении зависимостей, а также для профилактического воздействия при эмоциональных и

психосоциальных нагрузках, нормализации сна, повышения внимания, работоспособности в условиях лечебно-профилактических учреждений широкого профиля.

Литература:

1. Голуб Я.В. Медико-психологические аспекты применения светозвуковой стимуляции и биологически обратной связи / Я.В. Голуб, В.М. Жиров. – СПб., 2007. – 96 с.

2. Лебедев В. П. Влияние неинвазивной транскраниальной электростимуляции на утомление и связанные с ним психофизиологические показатели состояния человека / В.П. Лебедев и др. // Физиол. человека. – 2001. – Т. 27. – № 2. – С. 15-28.

3. Махинов В.А. Эффективность метода транскраниальной электростимуляции головного мозга для коррекции функционального состояния человека / В.А.Махинов и др. // Психофизиология профессионального здоровья человека. Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 15-летию кафедры военной психофизиологии. - СПб, 2012. - С. 270-276.

4. Федотчев А.И. ЭЭГ-реакции человека на прерывистые световые воздействия разной частоты / А.И. Федотчев, А.Г. Бондарь // Успехи физиологических наук. – 1990. – N 1. – С. 97– 98.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНЪЕКЦИЙ ОЗОНОКИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

***Кондратенко Л.В., Волотовская А.В., Миканович А.И., Ершова Л.М.,
Скуратова С.Г.***

*«Санаторий имени В.И. Ленина», Бобруйск
Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования, Минск*

Актуальность. Озонотерапия (ОТ) – активно развивающееся на правление как клинической, так и профилактической медицины. Она относится к группе методов окислительной терапии, в которую входят уже давно и достаточно широко используемые (гипербарическая оксигенация, ультрафиолетовое облучение крови) [2, 4].

Медицинский озон – озono-кислородная смесь (ОКС),

получаемая из медицинского кислорода путем его разложения в электрическом разряде и состоящая из 5% O₃ и 95% O₂. В зависимости от решаемой задачи в ОТ используют ОКС с концентрацией озона в диапазоне 0,1-100 мг/л [1, 4, 5].

Биологическая активность озона – это результат изменения свободно-радикального статуса организма в ответ на поступление активных кислородных и озоновых метаболитов от внешнего источника.

Разработаны методы применения ОКС:

- 1) наружные, обеспечивающие прямое действие озона;
- 2) парентеральные, приводящие к системному действию озона.

К наружным методам введения ОКС относятся озоновое орошение в пластиковой камере, бальнеотерапия, различные варианты применения озонированной дистиллированной воды и оливкового масла, внутрисуставные и периартикулярные инъекции озона. К парентеральным методам введения относятся большая аутогемотерапия с ОКС, малая аутогемотерапия с ОКС, внутривенное капельное введение озона насыщенного физиологического раствора, внутримышечные и подкожные инъекции, ректальные инфузии ОКС.

Одним из перспективных направлений озонотерапии является лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата. Нарушения микроциркуляции и региональной гемодинамики с последующей тканевой гипоксией, лежащие в основе этих заболеваний, приводят к износу суставного хряща, образованию новых костных структур и мягких тканей внутри и вокруг пораженного сустава. Нормализация обменных процессов в тканях суставов предотвращает дальнейшее разрушение хряща, а иногда способствует его реструктуризации [3]. Работами ряда авторов доказано, что озон оказывает выраженное бактерицидное, вируцидное, фунгицидное, дезинтоксикационное, иммуномоделирующее, а также стимулирующее репаративные процессы, действия [1, 2, 4, 5]. Отмечен также выраженный противовоспалительный и обезболивающий эффект, обусловленный проникновением озона в область воспаления и окисления медиаторов, которые индуцируют боль.

В условиях санатория мы, как правило, сталкиваемся с пациентами с хроническими формами заболеваний опорно-двигательного аппарата вне выраженного обострения. И применение физических методов лечения, направленных на стимулирование обменных и трофических процессов, восстановление микроциркуляции, активизацию процессов восстановления и уменьшение дистрофических процессов, выходит на первый план лечения.

Для консервативного лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата в Санатории имени В.И. Ленина разработаны комплексы лечебных мероприятий, направленные на наиболее активное восстановление труда и быта пациентов. Вместе с тем, учитывая хроническое течение заболеваний, необходимость проведения частых курсов физиотерапии, возможность адаптации пациентов к стандартным методам лечения, всегда важно внедрять и использовать новые методики физиотерапевтических воздействий. Эффективность ОТ при данном заболевании очевидно обусловлена влиянием на несколько звеньев патогенеза: на микроциркуляторные нарушения, на процессы перекисного окисления липидов в позвоночном двигательном сегменте, на ишемию спазмированных мышц.

Цель нашей работы – оценка эффективности комплексного физиотерапевтического лечения с применением подкожных инъекций ОКС при дегенеративно-дистрофических заболеваниях опорно-двигательного аппарата в условиях санатория.

Материалы и методы. С 2015 г. в кабинете озонотерапии Санатория имени В.И. Ленина (Бобруйск) методом подкожного введения озono-кислородной смеси пролечено 2 989 пациентов с заболеваниями позвоночника и суставов, им отпущено 13 375 процедур.

Пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника наблюдалось 2 171 человек, из них: с радикулопатией – 391 человек; со спондилоартрозами – 478 человек; с дорсопатиями с рефлекторно-тоническим синдромом – 1 302 человека. Пациентам с заболеваниями позвоночника всего отпущено 8 467 процедур инъекционной озонотерапии.

Нами также проведено 4 908 процедур инъекционной

озонотерапии 818 пациентам с заболеваниями суставов: 581 человек страдали деформирующими артрозами с нарушением функции суставов 1-2 ст.; 139 человек – воспалительными заболеваниями суставов; 98 – плече-лопаточным периартритом.

Все пациенты получали базовое лечение, которое включало физиотерапевтические и тепловые методы лечения. Дополнительно всем пациентам с заболеваниями суставов проводилось периартикулярное введение ОКС по 10-20 мл при концентрации 7-10 мг/л. Инъекции производили через день, в среднем 6-8 раз. Пациентам с заболеваниями позвоночника проводили паравerteбральное введение через день в проекции зоны наибольшей болезненности 3-5 мл озона на один укол, внутримышечно, перпендикулярно поверхности спины (на глубину 2-4 см). Концентрация озона в ОКС – 5-10 мг/л. Количество процедур озонотерапии – 6-8 раз.

Эффективность проведенной терапии оценивалась по следующим признакам: купирование болевого синдрома; увеличение объема активных и пассивных движений в пораженном суставе.

Результаты. После первой периартикулярной инъекции ОКС большинство пациентов с заболеваниями суставов отмечали исчезновение или значительное снижение болевого синдрома.

Пациенты с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника через 3-4 процедуры также отмечали уменьшение интенсивности и характера болевого синдрома, снижение степени выраженности мышечно-тонических реакций, сужение зоны иррадиации, увеличение объема активных движений в позвоночнике.

Под влиянием курса озонотерапии происходила максимальная стабилизация клинического состояния пациентов всех групп с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов и позвоночника: достоверное снижение уровня болевого синдрома, уменьшение признаков реактивного синовита и воспалительного отека, снижение выраженности тугоподвижности в пораженном суставе.

Выводы. Таким образом, использование озонотерапии в комплексной терапии дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата позволяет в

условиях санатория существенно повысить эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий и добиться положительного клинического эффекта с развитием периода ремиссии практически у всех пациентов.

Литература:

1. Змызгова А.В., Максимов В.А. Клинические аспекты озонотерапии. М: НПЦ озонотерапии; 2003; 287 с.
2. Куликов А.Г. Озонотерапия: микрогемодинамические аспекты // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2012. - № 3. - С. 3-8.
3. Мазуров В.И., Онущенко И.А. Остеоартроз. // СПб. 2000. - 118 с.
4. Масленников О.В., Конторщикова К.Н. Озонотерапия: внутренние болезни. Н. Новгород: НГМА, 1999; - 56 с.
5. Щербатюк Т.Г. Современное состояние озонотерапии в медицине. Перспективы применения в онкологии/Современные технологии в медицине. - 2010. - № 1. - С. 99-106.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
МАГНИТОФОТОТЕРАПИИ КАК КОМПОНЕНТА
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОКСАРТРОЗА НА ОСНОВАНИИ
ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ ИЗМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Крючок В.Г., Лисковская Ю.О., Малькевич Л.А.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Актуальность. Согласно статистическим данным, в Республике Беларусь на диспансерном учёте состоит около пятидесяти тысяч пациентов, страдающих деформирующим остеоартрозом (ДОА). Этот контингент пациентов нуждается в проведении регулярных многокомпонентных курсов лечения и реабилитации не только на базе амбулаторно-поликлинических учреждений, но и в стационарных и санаторно-курортных условиях, что требует достаточных затрат времени и средств на проведение необходимых терапевтических мероприятий. Более двенадцати тысячам страдающих ДОА пациентов требуется оперативное лечение.

Коксартроз (КА) является наиболее распространенной и

тяжелой формой ДОА. Клинические проявления заболевания и сопутствующее нарушение функционального состояния пациентов, страдающих КА, обусловлены не только выраженностью дегенеративно-дистрофического процесса в тканях тазобедренного сустава, но и наличием взаимосвязанных и взаимозависимых сосудистых нарушений, мышечного спазма и болевого синдрома [3]. Наличие данных изменений обуславливает необходимость лечебных воздействий, направленных на облегчение боли, купирование воспалительных явлений, нормализацию кровообращения и мышечного тонуса.

Для достижения соответствующих терапевтических эффектов мы предлагаем использовать современный отечественный аппарат магнитофототерапии «ФотоСПОК», обладающий требуемым обезболивающим, противовоспалительным, спазмолитическим противоотёчным, трофико-регенераторным и повышающим активность хондроцитов действием, обусловленным улучшением микроциркуляции и стимуляцией транскапиллярного обмена, устранением мышечного напряжения и гипоксии тканей [5]. Также «ФотоСПОК» позволяет реализовать многочисленные преимущества сочетанной физиотерапии, такие как возможность достижения комплексного эффекта, возникновение новых и снижение количества побочных эффектов, влияние на большее число звеньев патологического процесса, увеличение продолжительности последствия, оптимизация воздействия и уменьшение нагрузки на организм [1, 5]. Аппарат портативный, соответствующего класса защиты, лёгкий и удобный в использовании, что делает возможным его широкое применение в лечении и реабилитации пациентов с КА в различных лечебно-профилактических учреждениях и санаториях.

Цель работы: определить эффективность применения магнитофототерапии как компонента комплексного лечения коксартроза II-III степени на основании оценки динамики изменения местного кровообращения.

Материалы и методы. В двух сопоставимых по половозрастному составу и длительности заболевания группах пациентов, страдающих КА II-III степени с односторонней локализацией процесса, в течение соответствующего курса физиотерапевтического лечения (ФТЛ) провели стандартное

термометрическое исследование областей поражённого и условно здорового тазобедренных суставов. С этой целью использовали портативный компьютерный термограф ИРТИС – 2000М, позволяющий качественно и количественно отобразить зависящее от локальных изменений кровообращения распределение температуры на поверхности тела [2].

Всего в обследование включили 49 пациентов реабилитационного травматологического отделения УЗ «11 ГКБ» г. Минска, из них 29 мужчин (0,59) и 20 женщин (0,41) средним возрастом $55,33 \pm 3,94$ лет и со средней продолжительностью заболевания $5,04 \pm 1,41$ года. С целью активизации регионарного кровообращения, дегидратации и миорелаксации, купирования явлений воспалительного и болевого характера 27 пациентам основной группы в комплекс лечения включили метод магнитофототерапии с использованием аппарата «ФотоСПОК», 22-м пациентам контрольной группы назначили ФТЛ по стандартной схеме согласно протоколам [4, 5].

Статистический анализ данных провели с помощью программы STATISTICA 10.0. Для оценки достоверности различий, полученных при проведении термографии в опытной и контрольной группах, использовали критерий Хи-квадрат.

Результаты и обсуждение. До начала соответствующего курса терапии на термограммах всех пациентов наблюдали термоасимметрию различной степени выраженности с гипотермией на стороне КА (до $1,5-2,0^{\circ}\text{C}$ по сравнению со здоровой стороной), свидетельствующей о нарушении микроциркуляции в области патологически изменённого тазобедренного сустава.

При выполнении термографического исследования на 3-5 сутки лечения у 11 из 27 пациентов опытной группы (0,41) и 5 из 22 пациентов контрольной группы (0,23) отметили повышение температуры в областях гипотермии на $0,5-1,0^{\circ}\text{C}$ ($p \leq 0,05$, нулевая гипотеза о том, что различия в группах статистически незначимы, отвергнута, ее вероятность менее 5%).

При проведении термометрии по окончании курса комплексной терапии у 26 из 27 (0,96) пациентов опытной группы и у 15 из 22 (0,68) пациентов группы контроля определили приближение температуры патологических очагов к

температуре на здоровых симметричных участках тела ($p < 0,05$, нулевая гипотеза о том, что различия в группах статистически незначимы, отвергнута, ее вероятность менее либо равна 5%).

Заключение. Таким образом, на основании анализа динамики изменения термографических температурных характеристик патологических очагов, выявили более выраженное и быстрое восстановление нарушенного местного кровообращения в случае использования в комплексном лечении пациентов с коксартрозом метода магнитофототерапии от аппарата «ФотоСПОК». При соответствующей корреляции с клиническими критериями заболевания, результаты исследования могут свидетельствовать о большей терапевтической эффективности применения магнитофототерапии у данного контингента пациентов по сравнению со стандартным физиотерапевтическим подходом.

Литература:

1. Боголюбов, В.М. Общая физиотерапия / В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко. – Москва – Санкт-Петербург, 2007. – 480 с.
2. Иваницкий, Г.Р. Биофизические основы медицинского тепловидения / Г.Р. Иваницкий, Е.П. Хижняк, А.А. Деев // Биофизика. – 2012. – Т. 57. № 1. – С. 130–139.
3. Назаренко, Г.И. Коксартроз / Г.И. Назаренко, В.А.Епифанов, И.Б.Героева. – Москва: «Медицина», 2005. – С. 4-9, 60-104, 118-133.
4. Типовые индивидуальные программы медицинской реабилитации больных коксартрозом и гонартрозом : метод. рекомендации / Сорока Н.Ф., Марущак В.В., Багель Г.Е. – Минск, 2001. – 39 с.
5. Улащик, В.С. Магнитофототерапия: применение аппарата «ФотоСПОК» / В.С. Улащик, С.В. Плетнёв. – Мн., 2009. – С. 4-6, 19-31.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАЛИТИЧЕСКИМ КОСОГЛАЗИЕМ

Логош С.М., Пирогова Л.А.

*УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно
Гродненский государственный медицинский университет», Гродно*

Врожденное паралитическое косоглазие, как правило,

приводит к выраженному недоразвитию монокулярных и бинокулярных зрительных функций, влияющему на психическое и физическое состояние ребенка. В случаях приобретенного происхождения возникает стойкое снижение этих функций, что создает зрительный и физический дискомфорт, снижает качество жизни пациентов.

Паралитическое косоглазие является полиэтиологичным заболеванием. Поэтому лечение пациентов на начальных этапах патологического процесса проводят специалисты разных медицинских профилей.

По мнению представителей различных страбизмологических школ основным методом лечения паралитического косоглазия является хирургическая коррекция, которая проводится не ранее чем через 6 месяцев с момента возникновения проблемы, а в случаях положительной динамики и в более поздние сроки. Объем хирургии и успех последующего достижения содружественности работы глазодвигательной системы зависит от величины остаточного угла косоглазия и восстановленной способности совершать движения глазом в сторону действия пораженной экстраокулярной мышцы.

Для достижения максимального восстановления нарушенных параличом или парезом функций глазодвигательной системы необходимо создать условия для оптимальной работы экстраокулярных мышц, в которых, в результате возникновения паралича или пареза их эфферентного аппарата, возникают не только функциональные нарушения, а также морфологические и анатомические изменения. Эти факторы со временем могут привести к возникновению контрактур в антагонистах пораженных экстраокулярных мышц.

К сожалению, не существует эффективной системы до хирургических лечебных мероприятий, направленных на устранение диплопии и вынужденного компенсаторного поворота головы, в котором двоение компенсируется.

Основной рекомендацией является полная или сегментарная окклюзия здорового глаза для предотвращения развития амблиопии.

Таким образом, очевидно, что перед хирургическим этапом лечения большинство пациентов имеет не реализованный

потенциал восстановления функций пораженных экстраокулярных мышц.

В настоящее время предложен целый ряд эффективных методов хирургического лечения паралитического косоглазия, а также схемы лечения пациентов при различных видах паралитического косоглазия.

Таким образом, несмотря на определенный достигнутый успех в паралитической страбизмологии, остается высоко актуальным создание комплексной системы лечения пациентов на всех этапах развития заболевания для достижения максимальных функциональных и косметических результатов. Это и послужило поводом для проведения нашего исследования.

Целью настоящего исследования явилась разработка и внедрение в клиническую практику системы комплексной немедикаментозной терапии паралитического (паретического) косоглазия, включающей новые функциональные методы медицинской реабилитации.

Обследовано 52 пациента, среди которых были дети: девочки – 29 и мальчики – 23. Средний возраст детей составил $4,5 \pm 0,8$ года.

Нами предложен комплекс реабилитационных мероприятий паралитического (паретического) косоглазия, включающий:

- лечебный массаж шейно-воротниковой области № 10,
- фототерапию полихроматическим светом на область глазниц № 10 по 6–8 минут в зависимости от возраста пациента с помощью аппарата ВЮРТРОН-рго (производство Швейцария),
- электроakupунктуру на рефлексогенные зоны и биологически активные точки по стимулирующей методике (портативным аппаратом производство Швейцария). Детям (3-4-х лет) мы применяли вибро-хромо-магнито-пунктуру портативным аппаратом Ур5 производства Корея, на те же рефлексогенные зоны и биологически активные точки по стимулирующей методике.
- лечебная гимнастика, включающая специальные упражнения для глаз, мимической мускулатуры, шейно-грудного отдела позвоночника и общеразвивающие упражнения.

– позиционные тренировки.

Разработанный комплекс реабилитационных мероприятий позволяет создать оптимальные условия для более полного восстановления утраченных функций глазодвигательных мышц на любом этапе развития заболевания. В 53% случаев достигается состояние выздоровления без хирургической коррекции.

Внедренные методики функционального лечения позволяют повысить качество реабилитации. Позиционные тренировки позволяют достичь функционального восстановления в 87% случаев.

Таким образом, на основе полученных данных впервые предложена комплексная система лечения паралитического (паретического) косоглазия, включающего лечебный массаж шейно-воротниковой области, фототерапию полихроматическим светом на область глазниц, электроakupунктуру на рефлексогенные зоны и биологически активные точки по стимулирующей методике, детям (3-4-х лет) применяли виброхромом-магнито-пунктуру на те же рефлексогенные зоны и биологически активные точки по стимулирующей методике, лечебная гимнастика, включающая специальные упражнения для глаз, мимической мускулатуры, шейно-грудного отдела позвоночника и общеразвивающие упражнения, позиционные тренировки.

Применение разработанных методов медицинской реабилитации позволяет расширить показания для проведения этого неинвазивного вида лечения пациентам с паралитическим (паретическим) косоглазием.

Предложенная система реабилитационных мероприятий пациентам с паралитическим косоглазием может быть применена в офтальмологическом лечебном учреждении, имеющим амбулаторное и стационарное (микрохирургическое) отделения.

К сожалению, не существует эффективной системы дохирургических лечебных мероприятий, направленных на устранение диплопии и вынужденного компенсаторного поворота головы, в котором двоение компенсируется.

Основной рекомендацией является полная или сегментарная окклюзия. Детям назначается окклюзия здорового глаза для

предотвращения развития амблиопии, взрослым пациентам – окклюзия паретичного глаза для устранения диплопии.

Ортоптическое лечение с различной степенью разделения полей зрения, являясь одним из основных предоперационных методов совершенствования функций бинокулярного зрения у пациентов с содружественным косоглазием, к сожалению, не внедрено в систему реабилитации пациентов с паралитическим косоглазием. В литературе имеют место лишь одиночные упоминания об ортоптическом лечении пациентов с этим видом несодружественного косоглазия.

Таким образом, существующая тактика и методы медицинской реабилитации пациентов при паралитическом (паретическом) косоглазии нуждаются в совершенствовании; это касается как функциональных методов лечения, так и хирургических подходов.

ЭЛЕКТРОНЕЙРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА

Манкевич С.М., Сиваков А.П., Подсадчик Л.В., Грекова Т.И.

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Актуальность. В клинической практике невралгия языкоглоточного, язычного и верхнегортанного нервов может проявляться синдромом глоссалгии (глоссодинии).

Языкоглоточный нерв – смешанный, состоит из чувствительных, вкусовых и секреторных волокон, начинающихся в ядрах продолговатого мозга и в области ромбовидной ямки. Невралгия языкоглоточного нерва наблюдается в зоне распределения чувствительных ветвей: задняя треть языка, нёбная миндалина, мягкое нёбо. Язычный нерв состоит из чувствительных и вегетативных волокон, отделяется от ствола нижнечелюстного нерва у овального отверстия основной кости. Многочисленные ветви нерва

диффундируют в слизистой оболочке языка, иннервируя его передние две трети. Верхнегортанный нерв начинается от нижнего узла блуждающего нерва, его внутренняя ветвь иннервирует корень языка, слизистую оболочку гортани, надгортанника.

Этиология глоссалгии включает возрастные изменения в области яремного отверстия, травматизацию ложа миндалина чрезмерно удлиненным шиловидным отростком, окостенение шилоподъязычной связки, травмы челюстно-лицевой области и осложнения протезирования, метаболический синдром при сахарном диабете, шейный остеохондроз с миофасциальными проявлениями.

Характерна мучительная приступообразная жгучая боль в области языка иногда с иррадиацией в ухо, миндалина, заднюю стенку глотки. Приступы усиливаются при разговоре, стрессовых ситуациях, приеме пищи. Длительность приступа – от нескольких секунд до нескольких минут с интервалами между ними от нескольких часов до недель. На высоте приступа иногда наблюдается обмороки с падением АД, брадикардией и судорогами. Это обусловлено вовлечением в патологический процесс депрессорного нерва, идущего в составе языкоглоточного нерва. Страдает чаще нерв на стороне поражения, иногда выявляется «курковая» зона. С языкоглоточным нервом функционально связан ушной узел, от которого к околоушной железевместе с языкоглоточным нервом подходят вегетативные волокна. За счет этих связей часто имеет место обширная иррадиация (ирритация) на окружающие ткани: небо, губы, иногда на всю половину лица. Вместо острых приступов могут наблюдаться хронические парестезии типа жжения, покалывания, саднения, онемения и постоянная боль только в области языка (глоссодиния).

Целью является оптимизация методик рефлексотерапии (РТ) с использованием электронейроаналгезии, фармакоакупунктуры при глоссалгии и разработка практических рекомендаций.

Методы исследования. В комплексной терапии глоссалгии (глоссодинии) применяются различные методы РТ: корпоральное и аурикулярное иглоукалывание, фармакоакупунктура анестетиков, гормонов, электроакупунктура, постизометрическая

релаксация (ПИР).

Программа РТ включает иглокалывание в точки акупунктуры (ТА) различных функциональных характеристик:

1) широкого спектра действия с анальгезирующим, вегетативным, седативным компонентом: Р7, GY4, 11, E36, 40, 44, V60,62, IG3, Tг5, С3.

2) местно-локальные ТА: E5,6,7, Tг17, VC24,23, IG 17, ТА локализующиеся в полости рта в области язычной мышцы латеральнее подъязычных вен – PC20 и болевые точки - «а-ши». При усиленном слюноотделении используют E6, R10. При сухости во рту – VG25, F3.

3) ТА шейно-воротниковой зоны вегетативного спектра действия VB20,21, VG15,16, V10, GY 18.

4) Аурикулярные ТА для потенцирования анальгезии: 2, 3, 4, 5, 6, 11, 51, 55, 26А, 15, 29Б.

5) Миофасциальные триггерные точки в области шейного отдела позвоночника.

Для анальгезирующей акупунктуры использовались комбинированные китайские техники, включающие усиленный седативный компонент (6-кратное пунктирование, вращение, поэтапное поднятие игл с уровня канонической глубины с выраженными предусмотренными ощущениями до исчезновения жжения в проблемной зоне). При торпидном течении заболевания разработаны методики электроакупунктуры импульсным биполярным током с формой импульса «спайк-волна» на аппарате КАДР-16А, «Рефтон 01-РФ-ТЛС», применяемые для электронейроаналгезии.

Методика 1: длинные иглы (12-14 см) – электроды вводят в ТА полости рта PC20 симметрично, рукоятки игл, на которые подается потенциал (20-30 микроампер) находятся вне полости рта (рисунок 1). Частота импульсного тока 77 Гц с экспозицией 3-5 мин., с последующим переходом на частоту 125 Гц 3-5 мин.

Методика 2: одна игла – электрод вводится в ТА PC20 на стороне поражения, вторая игла – электрод в ТА 4 «язык» на мочке уха с одноименной стороны (рисунок 2). Параметры воздействия те же. При хронической глоссалгии рекомендуется фармакоакупунктура 1-2% новокаина в PC 20 (в лингвальную

мышцу), фармакоакупунктура дексаметазона (1 мл) с 1-2% с лидокаином (2 мл) в триггерные точки шейного отдела.



Рисунок 1. – Электронейроанелгезия по методике 1



Рисунок 2. – Электронейроанелгезия по методике 2

Результаты. Применение представленного комплекса электронейрорефлексотерапии в период 2016-2018 гг. проводилось у 14 пациентов с невралгией языкоглоточного нерва, глоссалгией. Эффективность составила 79%. Сравнительные характеристики комбинаций рефлексотерапии позволили поставить электронейроанелгезию по методикам 1,2 на первое место.

Выводы. Представленный комплекс методов электронеурорефлексотерапии может быть рекомендован для дифференцированного использования в программе медицинской реабилитации пациентов данного профиля. Высокая степень эффективности метода электроакупунктурного обезболивания в комплексе с фармакоакупунктурой при торпидном течении глоссалгии достоверно оптимизирует терапевтический результат и может быть рекомендована для клинического внедрения.

Литература:

1. Манкевич С.М., Сиваков А.П., Подсадчик Л.В., Василевский С.С., Картограммы аурикулярных точек и их лечебно-диагностическое применение. – Минск: БелМАПО 2011. – 54 с.

2. Самосюк И.З., Лысенко В.П. Акупунктура. - АСТ-Пресс Книга. - Москва, 2014. - с. 528.

3. Самосюк И.З. Физические методы в лечении и медицинской реабилитации больных и инвалидов. – Киев: Здоров'я, 2014.

НАДВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Никитина Н.И., Баранов Ю.Л., Федоришко Н.Н.

*Детский санаторий «Росинка», Витебская область
Витебский государственный Ордена Дружбы Народов медицинский
университет, Витебск*

Тонзиллит – очаговая инфекция, которая характеризуется воспалением небных миндалин и образованием в них пробок. Различают острую и хроническую форму заболевания. При лечении тонзиллита применяются консервативный и хирургический методы.

Кроме неблагоприятных факторов внешней среды и психоэмоционального состояния, воспаление миндалин может быть спровоцировано различными заболеваниями.

Хронические заболевания носоглотки. К ним относятся синуситы, гаймориты, аденоиды. Постоянно заложенный нос приводит к тому, что ребенок дышит ртом, слизистая ротовой полости пересыхает, нарушается микрофлора, создается благоприятная среда для развития патогенных бактерий (прежде

всего, стафилококков и стрептококков). Затрудняют носовое дыхание полипы в носу, искривленная носовая перегородка.

Стоматологические причины. Кариес, воспалительные процессы в деснах, флюсы, стоматиты также могут привести к хроническому тонзиллиту.

Осложнения после инфекций. Заболевание развивается на фоне вирусных, бактериальных, грибковых инфекций. Нередко тонзиллиты возникают как осложнение после кори, скарлатины, краснухи. Неправильное лечение, частое применение антибактериальных препаратов приводят к рецидивам тонзиллита.

Частые ОРВИ. Они объясняются ослаблением местного и общего иммунитета. Малейшее переохлаждение заканчивается температурой, гиперемией небных миндалин, дужек и постельным режимом.

По остроте протекания различают две формы тонзиллита: острая и хроническая. Обострение хронического тонзиллита у детей по симптомам напоминает ангину.

Для острого периода болезни характерно:

- увеличение шейных лимфоузлов, которые могут быть болезненными;
- выраженная отечность, покраснение миндалин;
- першение, боли в горле, особенно при глотании, ребенок часто отказывается от приема пищи;
- повышение температуры до 39С;
- озноб, слабость, головные боли.

Рецидивирующие острые формы тонзиллита часто возникают на фоне ОРВИ.

Хронический тонзиллит у ребенка – вялотекущий процесс с невыраженными местными признаками. К ним относятся:

- незначительное увеличение зачелюстных лимфоузлов;
- рыхлость, отечность миндалин;
- наличие в них гнойных (лакунарных) пробок;
- неприятный запах изо рта;
- частая сухость во рту.

Бывают периоды ремиссии, когда местные симптомы тонзиллита у ребенка отсутствуют. Как правило, они наступают в

теплое время года. Хронический тонзиллит развивается медленно, но провоцирует его острая форма воспаления миндалин. Лимфоидная ткань в миндалинах постепенно утрачивает свою защитную функцию. Лакуны миндалин заполняются гнойным содержимым, становятся «кладовой» бактерий и микробов. Это влечет за собой общее ослабление иммунитета, частые ОРВИ и осложнения после них.

Тонзиллит у детей нередко называют социальной болезнью. Дети, живущие в больших городах, болеют тонзиллитом чаще. Общее ослабление иммунитета связано не только с экологической обстановкой, загрязненным воздухом, водой, некачественной пищей, но и образом жизни горожан – физической и эмоциональной усталостью, быстрым ритмом, зависанием перед экранами телевизора и компьютера. С приходом осени, наступает время простудных заболеваний. Наша основная задача помочь организму адаптироваться к наступающей непогоде.

Поэтому при лечении хронического тонзиллита большую роль отводят профилактическим мерам и средствам по укреплению иммунитета.

Один из таких методов – лазеротерапия. Новый метод лечебного воздействия, основанный на использовании светового физического фактора – низкоинтенсивного лазерного излучения. Перспективность и актуальность данного направления очевидна и обусловлена, с одной стороны все возрастающей аллергизацией населения и привыканием к медикаментозным препаратам. С другой стороны, широким спектром действия, высокой терапевтической эффективностью, безболезненностью, неинвазивностью – воздействием при котором в организм не вводится чужеродное вещество.

Надвенное лазерное облучение крови – чрезкожное воздействие лазерного излучения на кровь, при этом лазерный излучатель находится над веной, не повреждая кожу. Это новая и эффективная, хорошо себя зарекомендовавшая себя процедура, направленная на стимуляцию собственных компенсаторных механизмов организма, применяемая во всех областях клинической медицины.

Механизм действия надвенозного лазерного облучения крови

сложен и сопровождается активацией неспецифических механизмов противоинфекционного иммунитета. Кроме антибактериального эффекта и нормализации иммунитета улучшается кровоток в мелких сосудах, как в зоне воздействия, так и в зоне патологического очага, даже если он расположен на расстоянии. Повышается содержание кислорода в крови, а также снижается содержание в ней углекислого газа. Снижается агрегация тромбоцитов – механизм тромбообразования и как следствие, улучшается кровоснабжение органов и тканей во всем организме.

Положительными эффектами надвенозного лазерного облучения крови являются:

- анальгезирующий (обезболивающий);
- десенсибилизирующий (противоаллергический);
- иммуностимулирующий;
- детоксикационный (удаляющий вредные организму вещества);
- сосудорасширяющий;
- антибактериальный;
- противовоспалительный;
- антиаритмический.

Какие-либо неприятные ощущения и осложнения при проведении процедуры отсутствуют. Помимо достижения основных лечебных эффектов, у пациента повышается качество сна, падает уровень холестерина, появляется бодрость и выносливость.

Основную эффективность описываемой процедуры можно описать по пунктам:

- ускоряет процесс выведения из организма токсинов, шлаков и других ядов;
- обеспечивает ускоренную и полноценную регенерацию тканей;
- повышает иммунитет и функцию организма к защите вирусов и бактерий;
- снижает и искореняет активность бактерий, которые могут вызывать воспалительные процессы в организме;
- снижает риск возникновения тромбов;
- улучшает микроциркуляцию крови;

- обладает противоотечным эффектом;
- оптимизирует жировой обмен.

Противопоказаний к данному методу терапии не так много, но их надо учитывать и знать:

- нарушенная свертываемость крови;
- кровотечения;
- сепсис;
- терминальные состояния.

Для (НЛОК) использовался аппарат «Рикта 04/4». Пациент располагается в кресле или на кушетке. (НЛОК) осуществляют с помощью излучателя направленного перпендикулярно к облучаемому крупному кровеносному сосуду (наиболее часто – лучевой артерии или каротидному синусу).

Облучение проводили инфракрасным лазером, характеризующимся более глубоким проникновением в биологические ткани. Воздействие проводилось на частотах 5 Гц или 50 Гц не более 5 минут на зону, всего 5-20 минут за сеанс. Полный курс терапии состоит из 10-15 процедур. Процедуры проводились ежедневно, общее затраченное время на терапию составило примерно 2 недели. (НЛОК) хорошо переносился детьми.

(НЛОК) может применяться, как монотерапия. Мы же этот метод использовали в сочетании с ультрафонофорезом лекарственных веществ (гидрокортизон, пелоидин, прополис, интерферон т.д.) на область проекции миндалин. Методика проведения процедуры такая же, как и при УЗ-терапии.

Клинический эффект ультрафонофореза выражается в снижении частоты обострений тонзиллита, уменьшения признаков воспаления миндалин, уменьшения регионарных лимфатических узлов. Необходимым условием применения физических методов при хроническом тонзиллите является предварительная санация очага (промывание лакун миндалин). Эту процедуру проводит отоларинголог. Для промывания использовались антисептические растворы: «Фурацилин», «Хлорофиллипт», «Хлоргексидин», «Ротокан», «Мирамистин» и другие.

При хроническом тонзиллите достаточно полоскать

несколько раз в неделю в профилактических целях. Регулярные полоскания смывают из глотки и миндалин болезнетворные бактерии, грибки, вирусы, создают неблагоприятную среду для их жизни, дезинфицируют всю ротовую полость. Казеозные пробки при полоскании не удаляются, иногда лишь частично могут вымываться. Эта процедура также хорошо увлажняет слизистую глотки и поверхность миндалин, что важно для профилактики рецидивов тонзиллита.

Проводился анализ эффективности применения при хроническом тонзиллите у детей: НЛОК, ультрафонофореза в сочетании с промыванием лакун миндалин антисептическими растворами. Уже через 4-5 процедур исчезли воспалительные явления, уменьшилась величина миндалин, очистились лакуны от патологического содержимого, уменьшился объём регионарных лимфатических узлов, улучшилось общее состояние, нормализовались анализы крови.

Отмечалось повышение эффективности лечения со сроком наблюдения положительных результатов до 1-1,5 лет.

Лечение тонзиллита у детей будет эффективным лишь в том случае, если скорректирован образ жизни. Лучшая профилактика хронического тонзиллита, который легче предупредить, чем вылечить, заключается в закаливании ребенка с самого раннего возраста, в соблюдении правил сбалансированного и правильного питания, богатого витаминами и микроэлементами.

Насморки, даже самые незначительные, нужно лечить быстро и правильно, а кариес, стоматит и любые другие воспалительные процессы во рту следует устранять как можно скорее.

Литература:

1. Овчинников Ю.М., Лопатин А.С., Гамов В.П. Болезни носа, глотки, гортани и уха.
2. Пальчун В.Т. Оториноларингология. Национальное руководство.
3. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия.

ЛОГНЕТЫ ИЗ ТЕРМОФОРМУЕМОГО КОМПОЗИТА ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Пирогова Л.А., Ярош А.С., Бут-Гусаим В.В., Невзень Д.В.,
Пилюк О.В., Карпуть В.Ч., Франтова Н.М.*

*Гродненский государственный медицинский университет», Гродно
ГУЗ «Гродненская областная клиническая больница
медицинской реабилитации», Гродно*

Актуальность проблемы острых нарушений мозгового кровообращения обусловлена ростом показателей заболеваемости и инвалидности, а также омоложением пациентов [2, 3].

Частым последствием инсульта является стойкая утрата трудоспособности. Из всех пациентов, перенесших мозговую инсульт, около 60% становятся инвалидами, способными себя обслуживать, 19-35% полностью зависимы от окружающих и только 15-20% возвращаются к трудовой деятельности.

Исследование проводилось на базе отделения медицинской реабилитации пациентов неврологического профиля ГУЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации». Было обследовано 57 пациентов с церебральным инсультом в раннем восстановительном периоде. Пациенты были разделены на две группы сравнения:

Клиническая группа – 34 пациента, перенесших полушарный инсульт, из них 26 мужчин и 8 женщин, в возрасте $61,1 \pm 5,9$ лет, получавших предложенный нами план реабилитационных мероприятий с использованием лонгет из термоформируемых материалов.

Группа контроль – 23 пациента, перенесших полушарный инсульт, 18 мужчин и 5 женщин, в возрасте $60,0 \pm 8,9$ лет получавших общепринятые реабилитационные мероприятия.

Группы были сопоставимы по полу возрасту и степени тяжести. Исследование мышечного тонуса осуществляли путем пальпации мышцы, оценивая ее механико-эластические свойства, и путем оценки рефлексорной сократимости мышцы при

повторных пассивных движениях в суставе.

Для определения степени зависимости в повседневной жизни нами использовался индекс Бартел. Данный индекс был предложен Dorothea Barthel и начал использоваться с 1955 года. Исследования показали, что индекс Бартел наиболее информативен для пациентов с параличами, также подтверждена высокая предсказательная валидность этого теста в отношении длительности и исходов реабилитации постинсультных пациентов.

Так же анализировались субъективные ощущения пациентов, способность к самостоятельному использованию лонгет, влияние размера и формы на эргономичность.

Статистический анализ, полученный данных, проводился традиционными методами вариационной статистики при помощи лицензионного пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Различия между двумя выборками парных измерений считались достоверными при $p < 0,05$.

Под реабилитацией положением понимают придание паретичным конечностям физиологичного положения во время нахождения пациента в постели. Одной из причин развития гемиплегической контрактуры с формированием позы Вернике-Манна считается пребывание паретичных конечностей в одном и том же не физиологичном положении в раннем периоде заболевания, что связано с постоянной афферентацией мышц, точки прикрепления которых сближены [1].

Это повышает рефлекс растяжения и приводит к образованию в центральной нервной системе застойных очагов возбуждения, что определяет необходимость предотвращения длительной фиксации конечности в одном положении. Нами для реабилитации положением паретичной конечности у пациентов III группы применялся специальный материал – термоформуемый композит, который при температуре 60-65° (под струей горячей воды из крана) приобретает мягкость, легко режется ножницами и формируется лонгета нужной конфигурации для коррекции порочного положения или контрактуры кисти или/и стопы (рисунок 1). Несомненным достоинством применения данного материала является возможность коррекции формы лонгеты в процессе реабилитации

в соответствии с индивидуальными особенностями конечности. Оработана методика по длительности фиксации лонгет: первая процедура – 30 минут, вторая – 60 минут, третья – 90 минут, четвертая – 120 минут, последующие укладки по два часа.



Рисунок 1. – Реабилитация положением с помощью лонгеты из термоформуемого композита

Средняя продолжительность курса МР составила 15,3 дня, по окончании которого были оценены результаты (таблица).

Таблица. – Динамика исследуемых показателей у пациентов перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Показатель	Контрольная группа		Клиническая группа	
	до курса реабилитации	после курса реабилитации	до курса реабилитации	после курса реабилитации
Индекс Бартел (в баллах)	70 [65,5-70,0]	75 [72,5-75,0]*	80,0 [65,0-90,0]	90,0 [75-95,0]*#
Мышечный тонус по шкале Ашфорта (в баллах)	3,0 [3,0-4,0]	3,0 [2,3-3,0]*	3,5 [3,0-4,0]	2,5 [2,0-3,0]*#

Примечания –

* – статистически значимые различия в группе после курса реабилитации по сравнению с исходными показателями по критерию знаков, где, $p < 0,05$;

– статистически значимые различия в группе после курса реабилитации по сравнению с показателями группы контроля по критерию Мана-Уитни, где, $p < 0,05$.

Анализ приведенных данных показывает, что не смотря на то, что показатели большинства критериев до и после курса МР отличаются статистически достоверно у пациентов обеих групп,

у пациентов клинической группы увеличение приведенных показателей более значительное по сравнению с группой пациентов, получавших общепринятые реабилитационные мероприятия.

Все респонденты отмечали преобладающую степень комфорта и преимущество в самостоятельном использовании отрезков отечественного производства из термоформируемых материалов перед лонгетами, изготовленными из подручных материалов, при условии оптимального соответствия размера и формы.

Таким образом, применение лонгет из термоформируемых материалов в соответствии с предложенными проектами более эффективно по сравнению с общепринятыми методиками.

Предварительные испытания прототипов ортезов из термоформируемых материалов отечественного производства показали преимущество перед использованием ортезов, изготовленных из подручного материала, изделие доработано.

Использование ортезов из термоформируемых материалов отечественного производства имеет значительные перспективы применения в системе медицинской реабилитации в Беларуси.

Несомненным достоинством применения данного материала является возможность коррекции формы лонгеты в процессе реабилитации в соответствии с индивидуальными особенностями конечности.

Литература:

1. Столярова, Л. Г. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами / Л. Г. Столярова, Г. Р. Ткачева. – М. : Медицина, 1978. – 216 с.
2. Ярош, А. С. Современное состояние проблемы острых нарушений мозгового кровообращения / А. С. Ярош, Л. А. Пирогова, Н. А. Филина // Журн. ГрГМУ. – 2014. – № 3. – С. 17-20.
3. Very early risk of stroke after a first transient ischemic attack / C. P. Worlow [et al.] // Stroke. – 2003. – Vol.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*Пирогова Л.А., Ярош А.С., Бут-Гусаим В.В., Филилина Н.А.,
Житко Н.Л., Андрасюк И.А., Кветко О.В., Цитко И.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно
УЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской
реабилитации», Гродно*

Введение: Двигательные дисфункции являются наиболее частым последствием нарушений мозгового кровообращения и в значительной мере влияют на способность человека к самообслуживанию что, в свою очередь, снижает качество жизни пациентов. Также, не менее важным и частым последствием у данной категории пациентов является постинсультная депрессия. Данная проблема требует постоянного совершенствования методов медицинской реабилитации [1, 2].

С 1995 года зеркальная визуальная обратная связь (MVF) подтвердила свою высокую эффективность в купировании фантомной боли. Позже возможности MVF были расширены. Успешно себя метод проявил в работе с комплексным регионарным болевым синдромом (рефлекторная симпатическая дистрофия), некоторых патологических состояниях в ортопедии и восстановлении двигательной функции конечностей вследствие инсульта [3].

Психиатрия была первой из медицинских областей впервые успешно применившей арт-терапию. Эффективность данного метода была подтверждена множеством исследований. Перспективность использования арт-терапии в медицинской реабилитации пациентов, перенесших нарушение мозгового кровообращения, обусловлено тем, что одновременно оказывается не только позитивное воздействие на психоэмоциональное состояние пациента, но и восстановление мелкой моторики. Осознанные скоординированные движения отдельных частей кисти взаимодействует с такими формами высшей мозговой деятельности, как внимание, мышление, речь, координация, воображение, зрительная и двигательная память. С

топической точки зрения, около трети всей площади двигательной коры головного мозга занимает проекция кисти руки, расположенной рядом с речевой зоной, в связи, с чем движения пальцев руки влияют на формирование и восстановление речевой функции. Эффективность применения арт-терапии в коррекции психоэмоционального состояния основывается на том, что этот метод позволяет пациенту выражать чувства на символическом уровне, развивают коммуникативные навыки. Ценность арт-терапии заключается еще и в том, что она может быть эффективно применена у пациентов разного социального статуса, интеллектуального уровня и в разных возрастных группах [4].

Также важную роль в повышение качественного результата реабилитационных мероприятий вносят такие давно известные методы, как магнитотерапия и фототерапия. В своем сочетании такое воздействие позволяет усиливать эффекты присущие отдельным методам и улучшить результаты лечения. Повышенная эффективность сочетанной физиотерапии основана на ряде явлений: синергизм, потенционирование, возникновение новых эффектов, устранение побочных нежелательных эффектов одного фактора другим; влияние на большее число систем организма и звеньев патологического процесса, увеличение продолжительности последствия (В.С. Улащик, 1981, 1984; Г.Н. Пономаренко, 2009). При сочетанном воздействии импульсного магнитного поля и оптического излучения развиваются местные, сегментарно-рефлекторные и общие адаптационные реакции на разных уровнях организации организма [5].

Цель. Повышение эффективности медицинской реабилитации пациентов с двигательной дисфункцией конечностей, имеющих высокий уровень тревоги и проявления депрессивной реакции, перенесших нарушения мозгового кровообращения посредством расширения видов реабилитационных методик.

Материалы и методы. Материалом исследования явились 76 пациентов, разделенные на три группы сопоставимые по полу и возрасту.

Группу I составил 21 пациент, перенесших ЦИ и не

имевших в анамнезе тяжелой кардиологической патологии, а также других сопутствующих заболеваний.

Группа II – 22 пациента, перенесших ЦИ, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда, все пациенты имели ИМ в анамнезе со снижением фракции выброса (<55%).

Группа III – 33 пациента, перенесших ЦИ, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда, все пациенты имели ИМ в анамнезе со снижением фракции выброса (<55%).

Группы I и II получали общепринятые реабилитационные мероприятия, пациенты группы 3 получали реабилитационную программу, в состав которой входили MVF-терапия, методы арт-терапии, терапия поляризованным полихроматическим светом, магнитофототерапия.

Для оценки эффективности использовали методы антропометрии и госпитальную шкалу оценки тревоги и депрессии HADS.

Результаты исследования и их обсуждение: Полученные антропометрические данные применялись для расчёта силового индекса (СИ) паретичной конечности. Динамика показателей данных индексов является значимым показателем эффективности МР. Поскольку норма приводимых показателей у мужчин и женщин отличается, мы приводим данные отдельно по обоим полам.

В процессе МР отмечался статистически достоверный прирост ($p < 0,05$) показателя СИ по обоим полам во всех группах. Динамика СИ паретичной конечности представлена рисунке 1.

Дельта прироста СИ составила 8,6 (3,8; 10,5) в подгруппе I, 5,3 (2,4; 5,9) в подгруппе II и 8,4 (5,1; 10,3) у пациентов подгруппы III.

Статистическая однородность показателей индексов пациентов групп II и III позволила нам сравнивать результаты после окончания курса МР. При сравнении результатов, полученных после курса МР двух независимых групп, выявлено статистически достоверное ($p < 0,05$) отличие показателей дельты СИ паретичной конечности у пациентов подгруппы III с подгруппой II.

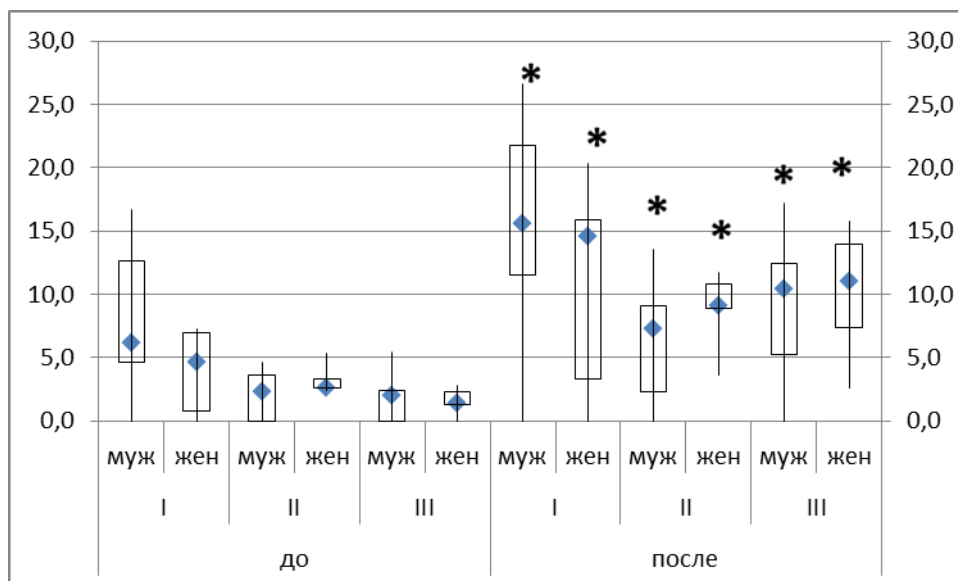


Рисунок 1. – Динамика показателей СИ паретичной конечности в процессе медицинской реабилитации у пациентов, перенесших ЦИ в (ранний восстановительный период)

Прирост СИ паретичной конечности в подгруппе III являлся особенно показательным. Несмотря на то, что этот показатель до начала курса МР являлся самым низким среди всех обследованных пациентов, после окончания курса МР он превышал соответствующие показатели подгруппы II, которые увеличивались так же статистически достоверно.

Так же было отмечено статистически достоверное ($p < 0,05$) улучшение психоэмоционального состояния во всех группах. При этом при сравнении результатов независимых групп II и III выявлено статистически значимое отличие дельты снижения и уровня тревоги и депрессивной реакции в группе III.

Выводы: Комплексное использование методов зеркальной визуальной обратной связи, арт-терапии и фотомагнитотерапии существенно улучшает результаты восстановления двигательной функции верхней конечности, а, также, эмоциональное состояние пациентов перенесших нарушение мозгового кровообращения.

Литература:

1. Ярош А.С., Пирогова Л.А., Филина Н.А. / Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2014. - №3 (47). - С. 17-20.
2. Смычек, В.Б. Медицинская реабилитация и экспертиза в Республике Беларусь / В. Б. Смычек // Здоровоохранение. – 2016. – № 12. –

C.14–26.

3. Ramachandran, V. S. The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function / V. S. Ramachandran, E. L. Altschuler // Brain. – 2009. – Vol. 132. – P. 1693–1710.

4. Арт-терапия – новые горизонты / под ред. А. И. Копытина. – М. : Когито-Центр, 2006. – 336 с.

5. Улащик В. С., Плетнев А. С. Магнитофототерапия: применение аппарата «ФотоСПОК»: метод. пособие //ГНУ «Институт физиологии НАН Беларуси». Минск. – 2009.

ГИРУДОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ У ЖЕНЩИН

Подсадчик Л.В., Сиваков А.П., Манкевич С.М., Грекова Т.И.

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Актуальность. Хроническая тазовая боль составляет около 10% патологии, с которой женщины обращаются к гинекологу. Высокая частота, трудности диагностики, отсутствие оптимальных схем патогенетического лечения, а также большое социальное значение этой патологии обусловили введение понятия синдрома хронических тазовых болей (СХТБ). СХТБ определяется как состояние, характеризующееся наличием неспецифической тазовой боли в течение более 6 месяцев с неопределенным началом и отсутствием морфологических изменений органов и тканей, которые могут обусловить болевой синдром той или иной степени выраженности [4].

Отсутствие выявленных локальных патологических изменений гениталий обусловило появление в мировой медицинской литературе таких витиеватых терминов, как «тазовый невроз» (Mengert W. F., 1974), «психосоматический тазовый застой» (Duncan C. H., 1952), «тазовое варикоцеле» (Frangenheim H., 1974) «надрыв широкой связки» (Hartnett L. J. et al., 1970) и даже «универсальный сустав шейки матки» (Allen W. M., Masters W. H., 1955).

Синдром хронических тазовых болей – это полиэтиологическая патология, в патогенезе развития которой

имеют место как центральные, так и периферические нарушения, составляющие так называемый «порочный круг» [4]. Хронический стресс, при котором происходят процессы дезадаптации прежде всего на центральном уровне, наряду с другими нарушениями приводит к дисфункции гипоталамо-гипофизарной, а также к усилению возбуждения ноцицептивной систем. Следствием этого является снижение порога болевой чувствительности и, соответственно, дальнейшее усиление ощущения боли даже при наличии подпороговых раздражителей [3]. Кроме центральных механизмов в патогенезе СХТБ имеют значение застойные явления в малом тазу вследствие нарушения регионального кровообращения, гипоксия тканей, накопление альгогенных веществ и раздражение ноцицепторов, тромбоз вен таза и яичниковых вен. В генезе возникновения болевого синдрома при СХТБ немаловажное значение имеют нарушения обмена простагландинов, увеличение содержания которых вызывает характерную симптоматику [1].

Наличие разных патогенетических звеньев СХТБ обуславливают назначение лекарственных препаратов противовоспалительного, седативного, ноотропного, вазоактивного, антидепрессивного действия, а также адаптогенов, витаминов, иммуномодуляторов. Для этих пациентов не характерно быстрое и радикальное излечение.

В комплексном лечении пациентов значимое место может занимать гирудорефлексотерапия (ГРТ). ГРТ оказывает влияние на разные звенья патогенеза СХТБ. Фармакологический, рефлексогенный, деконгестивный механизм действия ГРТ обеспечивают обезболивающий, седативный, спазмолитический, трофический эффекты, нормализуют микроциркуляцию, снижается коагуляционный потенциал крови, влияют на ноцицептивную систему, оказывают нормализующее действие на гормональное звено. ГРТ может использоваться на фоне базовой медикаментозной терапии [2].

Целью исследования явилось изучение влияния метода ГРТ на течение заболевания.

Методы исследования. У 24 пациентов с СХТБ в возрасте от 23 до 37 лет, с давностью заболевания от 6 месяцев до 3-х лет, была использована ГРТ. Пациенты предъявляли жалобы на

постоянные боли внизу живота и в пояснице, чаще всего тупые, тянущего характера, без четкой локализации, иногда со «жгучим» компонентом, сиррадиацией в прямую кишку, верхнюю половину влагалища, внутреннюю поверхность бедер, брюшную полость, грудную клетку. Диспареуния наблюдалась у всех пациентов. У всех женщин отмечались нервно-психические нарушения, проявляющиеся тревожно-депрессивным, ипохондрическим синдромами, выраженной астенизацией. Для контроля за состоянием выраженности болевого синдрома использовалась вербальная описательная шкала оценки боли (Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990) от нуля до десяти.

Для проведения процедур использовались пиявки *Hirudo medicinalis*, произведенные на биофабрике. Процедуры проводились один раз в 2-3 дня. Количество приставок на одну процедуру 6-8 штук. Приставка пиявок осуществлялась в области правого подреберья, зонах крестца, копчика, паховых областей, надлобковой зоне, заушной области. С целью влияния на гипоталамо-гипофизарную и ноцицептивную системы использовались приставки в области задней поверхности шеи, области сосцевидных отростков (заушная зона), угла нижней челюсти. Курс лечения 10-12 процедур. В течение года проводилось 3-4 курса лечения.

Результаты и их обсуждение. После проведения ГРТ интенсивность болевого синдрома уменьшилась в разной степени. У 3 пациентов боль исчезла полностью (0 баллов), у 9 пациентов боль уменьшилась до уровня слабой (2 балла), у 8 пациентов изменилась частота и интенсивность (до 4 баллов), у 3 пациентов были незначительные изменения (до 6 баллов), у одной пациентки болевой синдром практически не уменьшился (7 баллов). Все пациенты отмечали улучшение настроения, сна, работоспособности.

Выводы. Гирудорефлексотерапия оказывает положительное влияние на течение заболевания, может включаться в комплекс восстановительного лечения у пациентов с СХТБ.

Литература:

1. Майоров М. В. Применение НПВС в гинекологической практике // Провизор. – 2001. – № 23. – С. 40–41.
2. Гирудотерапия: Руководство под ред. В.А.Савинова. – М.:

ОАО Издательство «Медицина», 2004. – 432с.

3. Савицкий Г. А., Иванова Р. Д., Щеглов И. Ю., Попов П. А. /Хирургическое лечение синдрома хронических тазовых болей в гинекологической клинике. – С.-Петербург, 2000. – 93 с.

4. Татарчук Т. Ф., Сольский Я. П. / Эндокринная гинекология (клинические очерки), часть 1. – Киев, 2003. – 128 с.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ САНАТОРИЯ «ПОРЕЧЬЕ» ОАО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА»

Полуянова И.Е.

*Республиканский центр по оздоровлению и санаторно-курортному
лечению населения, Минск*

В современных условиях чрезвычайно возрос интерес к проблеме метаболического синдрома во всех областях клинической медицины, так как компоненты данного комплекса клинико-биохимических нарушений являются факторами риска развития состояний и заболеваний с высокой частотой летальных исходов. К метаболическому синдрому можно отнести все заболевания, при которых имеет место инсулинорезистентность: ожирение, инсулиннезависимый сахарный диабет, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца.

В настоящее время метаболический синдром определен как пандемия XXI века. Распространенность метаболического синдрома составляет 10-40% и зависит от пола, возраста, этнической принадлежности и используемых критериев диагностики, причем его наибольшая встречаемость отмечается в экономически развитых странах. В странах Западной Европы и США распространенность метаболического синдрома составляет в среднем 25-35% [2].

Согласно современным представлениям, обязательным критерием метаболического синдрома является центральный тип ожирения (окружность талии у мужчин >94 см, у женщин >80 см).

В настоящее время общее число взрослых в мире, страдающих ожирением, по данным различных литературных

источников, составляет от 1,1 до 1,7 миллиардов человек. По последним расчётам, при сохранении существующих темпов роста заболеваемости, к 2025 году в мире будет насчитываться более 300 млн. человек с этим диагнозом [2].

Краеугольным камнем в лечении метаболического синдрома являются немедикаментозные меры, направленные на снижение массы тела, изменение стереотипов питания, отказ от вредных привычек, повышение физической активности, формирование в целом мотивации к здоровому образу жизни. Значительная роль в реализации этих направлений принадлежит санаторному этапу лечения и курортной терапии, при которой используются, прежде всего, природные лечебные факторы.

Экспериментальными и клиническими исследованиями последних лет показана способность питьевых минеральных вод формировать срочные и долговременные адаптационные реакции в системах различного уровня, активировать гормональную систему желудочно-кишечного тракта, улучшать физиологический профиль секреции инсулина, снижать активность перекисного окисления липидов, оптимизировать метаболические процессы [3].

Курортная терапия заболеваний обмена веществ успешно конкурирует с различными медикаментозными методами лечения и, уступая им в силе воздействия, обладает рядом несомненных преимуществ. Во-первых, курортные факторы и, в первую очередь, питьевые минеральные воды оказывают комплексное воздействие на организм человека, активируя пищеварительную систему и индукцию гормонов метаболического цикла. Во-вторых, обладая некоторым стрессиницирующим потенциалом, минеральные воды стимулируют формирование приспособительных реакций, что значительно расширяет границы резервных возможностей человека. В-третьих, курсовой приём минеральных вод оказывает профилактическое воздействие, что позволяет снижать частоту развития обострений заболевания в послекурортном периоде и повышать неспецифическую резистентность организма к действию многих патогенных факторов. В-четвёртых, минеральные воды, в отличие от лекарственных средств, практически не обладают побочными эффектами, их применение не требует существенных

экономических трат [4].

Неоспоримым является факт, что основным звеном патогенеза метаболического синдрома выступает инсулинорезистентность, поэтому поиск терапевтических возможностей восстановления нарушенной чувствительности клеток-мишеней к действию гипогликемического гормона остается наиболее перспективным в предупреждении и лечении осложнений метаболического синдрома.

В этой связи трудно переоценить возможности и эффективность восстановительной медицины, в частности применения немедикаментозных способов коррекции составляющих метаболического синдрома с помощью природных факторов. Они лишены многих негативных последствий фармакотерапии (побочные действия, осложнения, кумуляция и токсические эффекты в отношении других органов и систем) и обладают мощным саногенетическим влиянием. Среди физических факторов, широко используемых в восстановительной медицине, особая роль принадлежит питьевым минеральным водам, которые активизируя деятельность гастро-энтеро-панкреатической эндокринной системы, способны эффективно снижать инсулинорезистентность [5].

Месторождение минеральных вод на территории санатория «Поречье» Гродненского района Гродненской области республики Беларусь находится в 17 км от г. Друскининкай. В санатории пробурена разведочно-эксплуатационная скважина, которой в интервале глубин 337-347,2 м (породы верхней зоны кристаллического фундамента) вскрыты средне-минерализованные (более 5 г/л) хлоридные натриево-кальциевые воды.

Месторождение минеральных вод на территории санатория «Поречье» Гродненского района, Гродненской области Республики Беларусь (скважина № 13), по химическому составу согласно ГОСТ 13273-88 абсолютно идентична минеральным водам Друскининкайских источников минеральных вод.

Минеральная вода «Поречье» хлоридная (95,6-96 мг-экв%) кальциево (34,8-38,1 мг-экв%) – натриевая (55,1-57,9 мг-экв%) с повышенным содержанием брома и магния (9,3-14 мг-экв%), средней минерализации (6,2-6,9 г/дм³), очень слабо-радоновая (10-11 нКи), слабощелочной реакции (рН 7,3-7,8).

Минеральная вода «Поречье» применяется как лечебно-столовая в виде питья и как бальнеологический фактор – для ингаляций, орошений и ванн.

Аналогами минеральной воды «Поречье» являются минеральные воды «Бируте», «Витаутас», «Друскининкайская» (Литва) и «Валмиерская», «Юрмала» (Латвия), показанные при нарушениях обмена веществ и сахарном диабете. Нами назначался пациентам с метаболическим синдромом прием минеральной воды из расчета до 30 мл на кг массы тела.

В последние годы выявлено, что курс приема минеральной воды с повышенным содержанием ионов натрия и хлора способствует повышению в крови серотонина – гормона, имеющего прямое отношение к увеличению продолжительности жизни.

Курсовой прием минеральной воды вызывает длительный гормоностимулирующий эффект, который длится от 2-3 недель до нескольких месяцев, обеспечивая благоприятное влияние питьевого лечения на обмен веществ, состояние трофики и резистентности как органов пищеварения, так и других систем организма [1].

Необходимо раннее выявление метаболического синдрома для принятия профилактических мер по предупреждению его прогрессирования и для предотвращения развития таких заболеваний как сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, ИБС и других патологий.

Природные физические факторы оказывают активирующее влияние на процессы адаптогенеза в различных функциональных системах, повышение резервных возможностей организма, восстановление потенциала саногенетических реакций за счет актуализации гормонального обеспечения метаболических реакций [1].

Выводы. В результате клинического исследования пациентов с метаболическим синдромом, получающих минеральную воду «Поречье» в сочетании с диетой, адекватно подобранной физической нагрузкой, физиотерапевтическим воздействием и психологической коррекцией, наблюдалась тенденция к снижению массы тела, уменьшению окружности талии, снижению уровня холестерина и нормализации артериального давления.

На основании полученных данных, можно утверждать, что будущее за индивидуальными комплексными программами, направленными на профилактику развития резистентности к инсулину, за новыми, патогенетически обоснованными немедикаментозными методами лечения. Решение проблемы метаболического синдрома это – увеличение качества и продолжительности жизни, снижение заболеваемости и смертности, экономия огромных средств, которые сейчас тратит общество на лечение заболеваний обмена веществ и их осложнений.

Литература:

1. Иванчук М.Ю. Метаболические эффекты минеральных вод. / Иванчук М.Ю., Чалая Е.Н., Мухина С.Ю., Елизаров А.Н., А.Л. Леончук А.Л. // Медицинский вестник Юга России, 2012. № 3. – С. 74-76.

2. Тагиева Ф. А. Современные представления о метаболическом синдроме. // Вестник проблем биологии и медицины, 2016. – Вып. 1, Том 1 (126). – С. 53-56.

3. Уварова Н.Г. Санаторно-курортное лечение пациентов с метаболическим синдромом в условиях Железноводского курорта. / Уварова Н.Г., Ботвинева Л.А., Никитин Е.Н., Бариева Ю.Б., Вахмина А.А., Серяков В.В. // Кремлевская медицина. Клинический вестник, 2012. – № 4. – С. 80-82.

4. Чалая Е.Н. Санаторно-курортное лечение больных с метаболическим синдромом с различными сроками лечебного цикла. / Чалая Е.Н., Шатров А.М., Елизаров А.Н., Естенкова М.Г. // Вестник Авиценны, 2015. – № 4 (65). – С. 84-89.

5. Чалая Е.Н. Новые подходы к курортному лечению больных с метаболическим синдромом. / Чалая Е.Н., Шатров А.М., Елизаров А.Н., Естенкова М.Г. // Курортная медицина, 2015. № 3. – С. 91-94.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В САНАТОРИИ «РОСИНКА»

Репина А.А., Баранов Ю.Л., Никитина Н.И.

Санаторий «Росинка» ОАО «Белагроздравница», Витебская область

Синдром вегетативной дистонии (СВД) является одним из самых частых заболеваний детского возраста. Известно, что на приеме у педиатра на долю СВД приходится 50-75% от числа

пациентов с неинфекционной патологией. Эпидемиологические исследования детей школьного возраста показали, что лишь 10% детей и подростков не имеют жалоб на работу вегетативной системы организма.

Причины синдрома вегетативной дисфункции

Синдром вегетативной дисфункции известен многим из нас, как вегетососудистая дистония (ВСД). Точно установить все причины возникновения этого состояния медикам пока не удалось, но уже не вызывает сомнения причастность к появлению ВСД следующих факторов:

- наследственность (вероятность возникновения заболевания у человека, чьи родственники имели или имеют такой диагноз, на 20% выше, чем у остальных людей, в роду у которых такого не наблюдалось);

- родовые травмы и беременность матери, протекающая с осложнениями, могут стать причинами возникновения ВСД у ребенка;

- слабая двигательная активность с детского возраста;

- напряженное психоэмоциональное состояние на работе и в семье в течение продолжительного времени;

- систематическое переутомление, как умственное, так и физическое;

- постоянные стрессы на работе и дома, нервное перенапряжение;

- предменструальный синдром и мочекаменная болезнь тоже могут стать причиной развития ВСД, поскольку происходит систематическое раздражение периферических отделов вегетативной нервной системы (ВНС).

Факторы риска

К факторам риска при ВСД можно также отнести:

- черепно-мозговые травмы и опухоли, затрагивающие подкорковые структуры мозга;

- гормональный дисбаланс при развитии некоторых заболеваний эндокринной системы, а также при беременности, менструациях и климаксе у женщин;

- различные инфекционные болезни с возникновением очаговых поражений;

- не продолжительное перенапряжение сил и ума;
- различные интоксикации (отравления) организма в быту и на производстве;
- различные операции, особенно с применением наркоза;
- слишком большой или недостаточный вес тела;
- нарушение режима дня с недостаточным временем для отдыха организма;
- наличие вредных привычек;
- переезд или временное пребывание на территории с другим климатом (непривычная влажность и температура воздуха, а также смещение времени сна и бодрствования).

Остеохондроз позвоночника в любых его проявлениях.

Клинические проявления:

Чаще всего СВД характеризуется: астеническим телосложением, пониженным питанием. Характерны повышенный аппетит и жажда в сочетании с жалобами на запоры, редкие, но обильные мочеиспускания.

Кожа – бледная, сухая, горячая или теплая на ощупь, потоотделение скудное, сосудистый рисунок не выражен, бывают экзематозные высыпания, зуд. Дермографизм – белое или розовое окрашивание кожи.

Со стороны сосудисто-сердечной системы – склонность к тахикардии, повышение АД. Граница сердечной тупости со склонностью к сужению. Тоны сердца звучные. Кардиалгия.

Эмоционально не стабильны, повышенная отвлекаемость, жалобы на нарушение сна.

Дети с преобладанием ваготонии более склонны к избыточной полноте, хотя аппетит снижен.

Общая склонность к покраснению кожных покровов, кисти рук цианотичны, влажные и холодные на ощупь. На теле мраморность кожи («сосудистое ожерелье»), повышена потливость, склонность к угревой сыпи, задержка жидкости в виде преходящих отеков под глазами, нейродерматит, аллергические реакции. Волосы сальные. Дермографизм – красный, стойкий, разлитой. Увеличение лимфоузлов, миндалин, аденоидов. После заболеваний часто субфебрильная температура. Со стороны сердца: брадикардия, брадиаритмия, снижение АД,

не большое расширение границ сердца, приглушение тонов.

В клинике могут быть обмороки, головокружения, вестибулопатии, чувство нехватки воздуха; жалобы на боли в животе, тошноту, метеоризм, гиперсаливация. Частые, но не обильные мочеиспускания, энурез. Характерны аллергические заболевания, хронические воспалительные заболевания носоглотки. Психоэмоциональный фон спокойный, склонность к депрессиям.

Терапию следует начинать с нормализации режима дня. Очень важно, чтобы ночной сон составлял не менее 8–10 ч, а также чтобы ребенок гулял на свежем воздухе не менее 2–3 ч в день. При построении занятий целесообразно чередовать физические и умственные нагрузки. Необходимо устранить гиподинамию, ограничить просмотр телевизионных передач до 1 ч в день, а также работу за компьютером, которые должны быть дозированы с учетом возраста ребенка.

Занятия физкультурой

Дети с СВД должны заниматься утренней гимнастикой. Благоприятное влияние на пациентов оказывают плавание, катание на лыжах, коньках, дозированная ходьба, игра в настольный теннис, бадминтон. Не рекомендуются занятия групповыми видами спорта (футбол, баскетбол, волейбол), а также боксом, борьбой, кикбоксингом.

Питание

Ребенок с СВД должен получать полноценное питание с достаточным количеством минеральных веществ и витаминов. Детям с повышенной симпатoadренальной активностью и лабильной артериальной гипертензией необходимо ограничить потребление поваренной соли, чая, кофе. Целесообразно исключить из рациона копчености, острые блюда, шоколад.

Детям с повышенной парасимпатической активностью, артериальной гипотонией рекомендуется пища, содержащая достаточное количество жидкости, а также маринады, чай, кофе (лучше с молоком), шоколад и шоколадные конфеты, кефир, гречневая каша, горох. Детям с СВД целесообразно принимать мед на ночь в течение 2–3 месяцев, а так же различные соки, настои, компоты из облепихи, калины, шиповника, рябины, моркови, брусники, черноплодной рябины, изюма, кураги.

Водные процедуры

Обычно у детей с СВД эффективны следующие водные процедуры: плавание, циркулярный душ, сауна, лечебные ванны. Бальнеотерапия должна проводиться в зависимости от особенностей вегетативных нарушений. Для детей с повышенной симпатической активностью показаны ванны с добавлением седативных трав, при ваготонии — солевые хвойные, нарзанные, родоновые ванны, обливания, растирания холодной водой.

Физиотерапевтическое лечение

При СВД широко используются гальванизация по рефлекторно-сегментарной методике, парафин, озокерит на шейно-затылочную область. Выбор методики должен проводиться с учетом направленности исходного вегетативного тонуса. При ваготонии показаны электрофорез на воротниковую зону с 5% раствором хлористого кальция, 1% раствором кофеина или 1% раствором мезатона. При симпатикотонии используется электрофорез с 2% раствором эуфиллина, 2% раствором папаверина, 4% раствором сульфата магния.

Массаж

При ваготонии, особенно сочетающейся со снижением артериального давления, назначается общий массаж, а также массаж икроножных мышц, кистей рук и шейно-воротниковой зоны; при преобладании симпатического тонуса — массаж по зонам позвоночника и шейно-воротниковой области.

Медикаментозная терапия

При недостаточной эффективности описанных выше лечебно-оздоровительных мероприятий назначается медикаментозная терапия. Желательно начинать медикаментозное лечение с фитотерапии. Детям с повышенной возбудимостью, тревожностью рекомендуется назначать фитосборы, обладающие седативным действием: шалфей, боярышник, валериана, пустырник, зверобой. Курсы лечения обычно длительные — в течение 3-12 мес. Препараты необходимо чередовать через 2-4 недели (с двухнедельным перерывом между курсами).

Кроме настоек и экстрактов, из фитопрепаратов могут использоваться также различные виды чая. Из препаратов валерианы лучше всего зарекомендовал себя «валериановый чай»

1 ст. ложку измельченного корня валерианы заварить с вечера одним стаканом крутого кипятка, накрыть блюдцем и на следующий день принять настой в 3-4 приема. Таким же образом готовится чай из пустырника, который обладает даже большими, чем валериана, успокаивающими свойствами.

При острых невротических реакциях в качестве быстродействующего «огнетушителя» может использоваться «валериановый коктейль» 5-15 мл настойки валерианы, т.е. 1 чайная, десертная или столовая ложка, пополам с водой. Менее убедителен седативный эффект таблетированного экстракта валерианы.

Детям с ваготонической направленностью СВД назначают растительные психостимуляторы, повышающие активность симпатической нервной системы. С этой целью можно воспользоваться кофеином, настойкой женьшеня, лимонника китайского, элеутерококка, родиолы розовой, заманихи, пантокрина. Все эти препараты назначают из расчета по 1-2 капли на 1 год жизни в первой половине дня 2 раза в день за 30 мин до еды в течение 1-2 мес., чередуя их между собой (с перерывами по 2-3 нед.).

Проанализировано 437 историй пролеченных детей в возрасте от 10 до 16 лет.

После лечения улучшение состояния отмечалось у 78% детей. Из них уменьшение головных болей у 63%, улучшение сна у 59%, улучшение общего состояния и самочувствия, психоэмоциональной стабильности у 52% детей, стабилизация АД наблюдалась у 53% пациентов.

В заключение следует сказать, что лечение СВД, требует индивидуального подхода с подбором соответствующих методов и препаратов. Даже при адекватной терапии СВД необходим контроль эффективности терапии, так как могут наблюдаться парадоксальные реакции, поскольку ваготонии или симпатикотонии в чистом виде у детей практически не бывает. Подбирая лечение индивидуально для каждого пациента, можно добиться положительного терапевтического эффекта в большинстве случаев.

Литература:

1. Белоконь Н. А., Кубергер М. Б. Болезни сердца и сосудов у детей.

В 2 т. М. Медицина, 1985.

2. Вегетативная дисфункция у детей и подростков (клиника, диагностика, лечение). Козлова Л. В., Самсыгина Г. А., Царегородцева Л. В. и др. Учебно-методическое пособие. Смоленск, 2003. 80 с.

3. Вегетативно-сосудистая дистония у детей (клиника, диагностика, лечение). Белоконь Н. А., Осокина Г. Г., Леонтьева И. В. и др. Метод. реком. М., 1987. – 24 с.

4. Беляева Л. М., Хрусталева Е. К. Функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы у детей. Минск Амалфея, 2000. – 208 с.

5. Кардиология детского возраста. Учебное пособие под ред. Ю. М. Белозерова, А. Ф. Виноградова, Н. С. Кисляк и др. Тверь, 1995. – 266 с.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ РАННЕЙ СТАЦИОНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Рысевец Е.В., Каленчиц Т.И., Антонович Ж.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Патология сердечно-сосудистой системы остается актуальной медико-социальной и экономической проблемой, что связано с ее доминирующим положением и частотой встречаемости в структуре заболеваемости различных возрастных групп населения, в том числе у лиц молодого возраста. Физическая тренировка этой категории пациентов, базирующаяся на принципе возрастающих нагрузок, способствует многостороннему воздействию на организм, улучшает их функциональное и психо-эмоциональное состояние. Однако программы физической реабилитации, построенные на основе функциональных классов, не являются достаточно индивидуализированными, что препятствует адекватному дозированию физической нагрузки у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ).

Цель исследования: выявление взаимосвязи эффективности ранней стационарной реабилитации пациентов с инфарктом миокарда с клинико-функциональными особенностями

заболевания.

Материалы и методы. В исследование включено 57 пациентов с ИМ. Медиана возраста пациентов составила 61 год (от 56 до 68 лет). По половому признаку пациенты распределились следующим образом: 67% (38) мужчин и 33% (19) женщин. Пациенты трудоспособного возраста в нашем исследовании составили 40% (23). Субэндокардиальный ИМ был диагностирован у 65% (37) пациентов, крупноочаговый – у 35% (20) пациентов. Повторный ИМ имел место у 26% (15) пациентов; аортокоронарное шунтирование в анамнезе – у 5% (3) пациентов. По классу тяжести (КТ) ИМ пациенты распределились следующим образом: КТ 1-2% (1) пациент, КТ 2–74% (42), КТ 3-19% (11), КТ 4-5% (3) пациентов. Чрескожное коронарное вмешательство (стентирование, ангиопластика) было выполнено у 39% (22) пациентов, тромболитическая терапия – у 7% (4) пациентов.

Недостаточность кровообращения по Василенко-Стражеско была определена как Н1 у 56% (32) пациентов, Н2А – у 44% (25) пациентов; по NYHA ФК 1 имели 4% (2) пациента, ФК 2-61% (35) пациентов, ФК 3-33% (19) пациентов, ФК 4-2% (1) пациент.

Всем пациентам были проведены клинические и лабораторные исследования, электрокардиография и ультразвуковое исследование сердца, назначена стандартная медикаментозная терапия.

В стационарном отделении реабилитации проводилось клиническое обследование, в том числе измерение частоты сердечных сокращений и артериального давления (АД) до физической нагрузки, на ее высоте и после физической нагрузки. Функциональное обследование включало тредмил- или велоэргометрический нагрузочный тест, тест 6-минутной ходьбы до и после курса реабилитации.

Оценка функционального состояния и степени выраженности ограничений жизнедеятельности (самообслуживание, передвижение, трудоспособность) с определением функционального класса (ФК), реабилитационного потенциала осуществлялась по общепринятым критериям [1].

Пациенты переводились из стационаров на 3б или 4а ступенях двигательной активности. Пациентам назначался

комплекс лечебной гимнастики №3, тренировки на велоэргометре и/или тредмиле в зависимости от индивидуальной толерантности к физической нагрузке по общепринятой методике [2].

Статистическую обработку данных выполняли с использованием пакета прикладных программ Statistica 8,0

Результаты и обсуждение. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий у пациентов с ИМ выполнялась по результатам теста 6-минутной ходьбы, а также по динамике функционального состояния до и после курса реабилитации.

Согласно результатам теста 6-минутной ходьбы у пациентов с ИМ после реабилитации увеличилась толерантность к физической нагрузке по сравнению с показателем до реабилитации ($386,1 \pm 87,5$ м и $320,9 \pm 76,4$ м, соответственно, $p < 0,001$).

Меньший прирост дистанции 6-минутной ходьбы после курса реабилитации был сопряжен с повторным ИМ ($r = -0,30$; $p = 0,023$) и более выраженным падением САД во время велотренировок ($r = -0,40$; $p = 0,049$).

Установлены средней силы обратные корреляционные связи между приростом дистанции 6-минутной ходьбы и показателем самообслуживания до курса реабилитации ($r = -0,34$; $p = 0,010$). Чем хуже был показатель самообслуживания до курса реабилитации, тем меньше был прирост дистанции 6-минутной ходьбы и эффективность реабилитации.

Дистанция 6-минутной ходьбы до проведения реабилитационных мероприятий соответствовала ФК 1 – у 5% (3) пациентов, ФК 2 – у 54% (31), ФК 3 – у 41% (23) пациентов, тогда как после реабилитации ФК 0 имели 2% (1) пациентов, ФК 1 – 26% (15) пациентов, ФК 2 – 54% (31), ФК 3 – 18% (10) пациентов. Таким образом, по данным теста 6-минутной ходьбы после курса реабилитационных мероприятий увеличилась доля пациентов с ФК 1 ($p = 0,01$) и уменьшилась доля пациентов с ФК 3 ($p = 0,037$).

У всех пациентов отмечалась положительная динамика: у 58% (33) пациентов в пределах одного и того же ФК, у 37% (21) пациентов было улучшение на 1 ФК, у 5% (3) пациентов – на 2 ФК.

Более выраженное улучшение ФК было сопряжено с более высоким реабилитационным потенциалом пациентов ($r = 0,31$;

$p=0,020$), тогда как низкая эффективность реабилитационных мероприятий ассоциировалась с большим падением САД на тренировочную нагрузку ($r=-0,44$; $p=0,025$).

Так, в группе пациентов с улучшением в пределах одного и того же ФК уровень падения САД при физических тренировках составил 15 (13-20) мм рт. ст., тогда как в группе пациентов с улучшением на 1 ФК и более – 12 (11-13) мм рт. ст. ($p=0,026$) (рисунок 1).

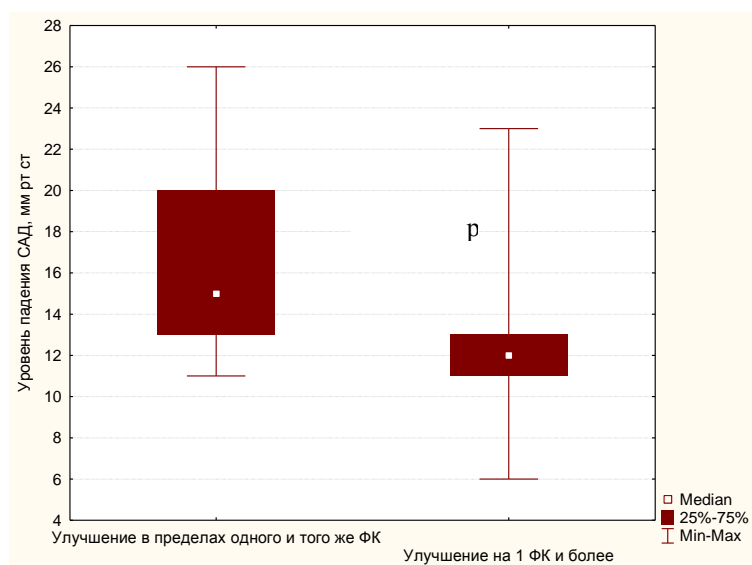


Рисунок 1. – Улучшение после курса реабилитации в зависимости от уровня падения САД при физических тренировках (согласно тесту 6-минутной ходьбы)

Более выраженное падение САД во время лечебной гимнастики ($r=-0,59$; $p=0,044$) и велотренировок ($r=-0,83$; $p=0,042$) соответствовало более низкой эффективности реабилитационных мероприятий согласно тесту 6-минутной ходьбы.

После проведения курса реабилитационных мероприятий улучшение функционального состояния наблюдалось у 95% (54) пациентов. В группе пациентов с ИМ до начала реабилитации доля пациентов с ФК 1 составила 4% (2), с ФК 2 – 61% (35), с ФК 3 – 33% (19), с ФК 4 – 2% (1), тогда как после реабилитации доля пациентов с ФК 1 была 28% (16), с ФК 2 – 58% (33), с ФК 3 – 14% (8), с ФК 4 – 0%. Улучшение функционального состояния после реабилитации отмечалось преимущественно за счет увеличения доли пациентов с ФК 2 ($p<0,01$). У 47% (27)

пациентов эффективность реабилитации составила 1 балл, у 2% (1) пациентов – 2 балла, у 46% (26) пациентов отмечалась положительная динамика в пределах одного и того же ФК; у 5% (3) пациентов улучшения ФК не было.

Менее выраженное улучшение функционального состояния после курса реабилитации ($r=-0,62$; $p<0,001$) было сопряжено с более высоким ФК хронической сердечной недостаточности по NYHA. Низкая эффективность реабилитационных мероприятий также ассоциировалась с большим падением САД при выполнении лечебной гимнастики ($r=-0,62$; $p=0,032$).

Так, в группе пациентов с улучшением функционального состояния в пределах одного и того же ФК уровень падения систолического АД при выполнении лечебной гимнастики составил 20 (16-20) мм рт ст, тогда как в группе пациентов с улучшением функционального состояния на 1 ФК и более – 12 (12-13) мм рт ст. ($p=0,042$) (рисунок 2).

Снижение систолического АД во время физических тренировок является неблагоприятной реакцией на нагрузку у пациентов с ИМ, что отмечается рядом авторов [2]. Падение АД на тренировочные нагрузки может наблюдаться при несоответствии физической подготовленности пациентов на предшествующем этапе реабилитации требованиям двигательного режима, ухудшении их состояния на момент занятий, а также при нарушении методик тренировки [2].

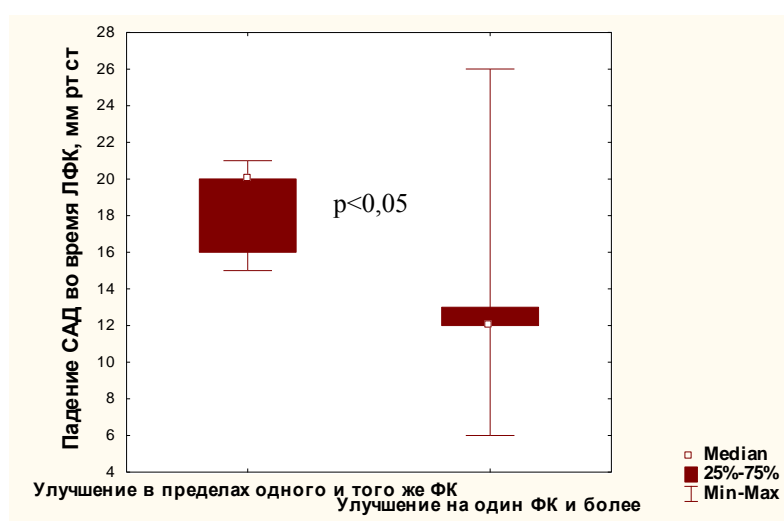


Рисунок 2. – Улучшения функционального состояния после курса реабилитации в зависимости от уровня падения САД во время лечебной гимнастики

Заключение. Установлена меньшая эффективность реабилитационных мероприятий у пациентов с повторным ИМ, большей выраженностью хронической сердечной недостаточности по NYHA после курса реабилитации и более значимым падением САД на тренировочную нагрузку (лечебная гимнастика, велотренировки), что необходимо учитывать при проведении физических тренировок у пациентов с ИМ на этапе ранней стационарной реабилитации.

Литература:

1. Заболотных, И.И. Клинико-экспертная диагностика патологии внутренних органов: руководство для врачей / И.И. Заболотных, Р.К. Кантемирова. – СПб : СпецЛит, 2007. – 190 с.
2. Реабилитация при заболеваниях сердца и суставов / С.М. Носков [и др.]. – М : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 640 с.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ПРАКТИКЕ

Сиваков А.П., Подсадчик Л.В., Манкевич С.М., Грекова Т.И.

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Миофасциальные синдромы лица (МСЛ) в последнее время все чаще встречаются в клинической практике [1, 2]. Данная группа заболеваний характеризуется достаточно разнообразной и сложной клинической картиной, поэтому пациенты обращаются за помощью к врачам различных специальностей: психотерапевтам, рефлексотерапевтам, неврологам, физиотерапевтам, реабилитологам. Достаточно часто данная дисфункция встречается у пациентов после различных, в том числе качественно выполненных стоматологических вмешательств. Анатомические аспекты данной патологии достаточно хорошо представлены в специальной литературе, в тоже время вопросы функциональной анатомии по-прежнему вызывают интерес у исследователей. Это обусловлено анатомическими особенностями прикрепления мышц лица, нарушениями нормальной функции височно-нижнечелюстного

сустава (ВНЧС), что также является одной из наиболее частых причин формирования миофасциальных дисфункций лица. ВНЧС имеет ряд особенностей и специфических функций, которые отличают его от других суставов. Данный сустав состоит из суставной ямки располагающейся на височной кости, головки суставного отростка нижней челюсти, суставного бугорка и диска внутри, а также капсулы и связок снаружи. Между суставными поверхностями располагается суставной диск, который амортизирует жевательные движения головки на сустав и участвует в формировании полости сустава. Взаимоотношения в движениях ВНЧС в норме корректируются напряжением верхних и нижних частей наружных крыловидных мышц, окклюзией зубных рядов. При нарушении функциональной анатомии этих взаимоотношений возникает микротравматизация тканей сустава, его дисфункция, боль, воспалительные процессы. Нарушения в зубочелюстной системе, чрезмерные протрузионные движения нижней челюсти и смещения челюсти приводит к патологическому изменению координации суставной головки и диска. Анатомо-функциональной особенностью ВНЧС является его связь и расположение наружной крылонебной мышцы, верхняя часть которой прикрепляется к диску, а нижняя – к головке суставного отростка. Поэтому рефлекторно-тоническое состояние этой мышцы в значительной степени определяет нормальное функционирование сустава. Важным элементом нормального взаимодействия структур зубочелюстной системы и центральной нервной системы (ЦНС) является состояние тонуса указанных мышц, так как проприорецепторы пародонта, жевательных мышц передают информацию о положении нижней челюсти в ЦНС для управления жевательными движениями, а контакты зубных рядов, формируя ответ с рецепторов пародонта, вызывают сокращение жевательных мышц и чем большая поверхность зубов воспринимает жевательную нагрузку, тем сильнее сокращение жевательных мышц. Причиной формирования МСЛ могут быть и повышенные нагрузки при потере боковых зубов, одностороннем жевании или изменения в тканях лица, возникающие при нарушениях обмена веществ, эндокринных дисфункциях, ревматизме и др. Патогенез МСЛ связанный с психосоматическими нарушениями следует

рассматривать отдельно, так как нарушение тонуса жевательных мышц, в отличие от скелетных мышц, в большей степени связано с психоэмоциональным состоянием пациента, что проявляется нарушением координации и расположения составных элементов сустава, болевым синдромом [3, 5]. Важную роль при МСЛ играет нарушение координации функции мышц, принимающих участие в акте жевания (наружная крыловидная мышца, жевательная, внутренняя крыловидная, челюстно-подъязычная, двубрюшная, височная, подбородочно-подъязычная). С учетом изложенного выше очевидно, что в этиопатогенезе МСЛ важную роль играют нарушения в зубочелюстной системе и жевательных мышцах, окклюзионные нарушения, травмы, эндокринные и психоэмоциональные расстройства, инфекционные заболевания.

Выбор тактики лечения определяет участие мышечной системы в формировании патологии ВНЧС, что указывает на целесообразность пальпации и тестирования, указанных выше жевательных мышц для определения их роли в патологическом процессе и определении тактики лечения. Комплексное лечение предусматривает применение методов восстановительной медицины, рефлексотерапии, ортопедическое и медикаментозное лечение [4]. На начальном этапе следует провести консультацию у стоматолога с целью уточнения необходимости всанации полости рта, включающую лечение зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта. Методы восстановительной медицины предусматривают применение классического иглоукалывания, физиопунктуры (применение физических факторов в и на точки акупунктуры), фармакорексфлексотерапию, элементы мануальной терапии, восточный массаж и др. Применение методов рефлексотерапии позволяет уменьшить болевой синдром, устранить мышечную дисфункцию и суставной шум, устранить воспалительные реакции и восстановить функцию ВНЧС. Проведение классического иглоукалывания позволяет достаточно успешно решать поставленные задачи, однако применение современных технологий физиопунктуры значительно повышает эффективность лечения. При преобладании в клинической картине болевого синдрома наиболее эффективно применение классического иглоукалывания и электрорефлексотерапии, ультразвуковой пунктуры (после уменьшения явлений острого

артрита). Для улучшения трофики тканей, микроциркуляции целесообразно назначать светопунктуру (ИК-пунктуру), озокеритопунктуру. При явлениях отека, припухлости в области сустава следует применять магнитопунктуру, УФО-пунктуру.

Проведение исследований по совершенствованию методов рефлексотерапии, восстановительной медицины будет способствовать более эффективному лечению миофасциальных синдромов лица. Лечение данных патологических синдромов должно проводиться комплексно с учетом патогенеза и особенностей течения клинической картины заболевания.

Литература:

1. Гречко В. Е. Изменения нервной системы и гормонально-метаболические нарушения при парестезии и болевых синдромах полости рта // Неврологический вестник. – 1997. – № 3-4. – С. 12-15.

2. Григорьева В. Н. Психосоматические аспекты нейро-реабилитации. Хронические боли / Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, – 2004. – 420 с.

3. Гандылян К. С. Дифференциальная диагностика хронических непароксизмальных прозопалгий // Российский стоматологический журнал. – 2010. – № 2. – С. 20-21.

4. Кукушкин М. Л. Нейрогенные болевые синдромы и их патогенетическая терапия / М. Л. Кукушкин, В. К. Решетняк, Я. М. Воробейчик // Анестезиол. и реаниматол. – 1994. – № 4. – С. 36-41.

5. Карпов С. М., Саркисов А. Я., Ивенский В. Н., Гандылян К. С. Вегетативная дисфункция и психосоматическое состояние у пациентов с невралгией тройничного нерва // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 3-2. С. 298-302.

РАЗДЕЛ 4

ОПЫТ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗА РУБЕЖОМ

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ПАРЕЗ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Бердыева Э.Б., Какаева А.Б.

Государственный медицинский университет Туркменистана

Моллакара одна из драгоценностей природы нашей страны. С давних времен люди пользуются этим уникальным источником здоровья. Чаще всего грязелечение используется при хронических воспалительных заболеваниях суставов и позвоночника, печени, почек, органов репродукции. Как правило, подход к назначению грязелечения был и остается эмпирическим. Литературные данные о лечении больных, перенесших периферический парез лицевого нерва, на различных курортах не многочисленны. Ранее научные сотрудники Туркменистана (в том числе неврологи и физиотерапевты) в ряде своих работ показали, что наружное применение моллакаринской грязи оказывает благоприятный эффект при лечении больных с некоторыми заболеваниями нервной системы и суставов.

Актуальность: За последние годы увеличилось количество больных, перенесших периферический парез лицевого нерва. Большое число работ посвящено лечению этих больных в остром периоде, а ликвидации остаточных явлений не уделяют должного внимания. Установлено, что парезу лицевого нерва подвергаются люди молодого и наиболее трудоспособного возраста, поэтому лечение этих больных имеет не только медицинское, но и социальное значение. Научные основы грязей – и водолечения были заложены туркменскими учеными еще в 60-е годы.

Цель работы: изучение резистентности применения моллакаринской грязи в сочетании с другими физическими методами лечения, больным с двигательными нарушениями в результате периферического пареза лицевого нерва.

Методы исследования: Изучение резистентности

применения моллакаринской грязи в сочетании с другими физическими методами лечения, больным с двигательными нарушениями в результате периферического пареза лицевого нерва. Все больные перенесли периферический парез лицевого нерва в виде неврита или невропатии, с последующим развитием двигательных нарушений мимической мускулатуры. По этиологическому фактору больные распределялись следующим образом: переохлаждение – 15, отит – 9, тонзиллит – 12. По давности перенесенного пареза лицевого нерва больные подразделялись: до 3-х месяцев – 20 человек, до 6ти месяцев – 26 и до 1го года 15 человек. Большинство больных в острый период находилось на лечении в терапевтического (15 человек) и остальные (46 человек) неврологического профиля стационарах. В острый период эти 15 больных, не смотря на то, что находились в других лечебных заведениях были консультированы невропатологом. Это обеспечило правильную постановку диагноза и необходимый объем специализированной помощи. Больные при поступлении жаловались: на асимметрию лица, ограничение выполнения мимических движений, в покое или при выполнении движений в мышцах лица наблюдались насильственные подергивание (синкинезия или контрактура), отмечались слезотечение или сухость глаза, головные боли различной длительности и интенсивности, которые нередко беспокоили во второй половине дня, изменение вкуса и звука. В неврологической картине: Периферический парез лицевого нерва на стороне очага, расстройство вкуса на передней 2/3 языка, уменьшение слюноотделения, объем движений в конечностях полный, сухожильные рефлексy вызывались D=S. По степени выраженности двигательных нарушений: легкий парез наблюдался у 39-и больных и грубый парез у 22-х. Из них у 17-и была патологическая синкинезия мышц лица (зажмуривание глаза сопровождается оскаливанием зубов, а попытка оскалить зубы вызывает зажимивание глаза на стороне поражения) и у 5-х контрактура пораженных мышц (сужение глазной щели и усиление носогубной складки на стороне поражения). Всем больным при проведении параклинических обследований кроме лабораторного исследования, делалась краниограмма, проводился осмотр окулиста и консультация психиатра. На

краниограмме у 27 больных наблюдалось усиление сосудистого рисунка и нерезкие признаки пальцевых вдавлений, а у остальных больных изменения не отмечались. При офтальмологическом исследовании у 21 больного выявлялись изменения сосудов глазного дна ангиодистонического характера, у 5-и побледнение сосков зрительного нерва, у 7-и – диабетическая ретинопатия. В психическом статусе у большинства больных наблюдались: ослабление внимания, неустойчивость активного внимания, снижение памяти и астенодепрессивная реакция. Психологическое наблюдение проводилось для подтверждения мнения Л.Г.Столяровой и Г.Р.Ткачевой, что для проведения реабилитационных мероприятий необходима сохранность психи. Невозможно проводить восстановительное лечение без настойчивого стремления больного преодолеть свой дефект. Мы придерживались того же мнения. Проводимое нами комплексное лечение включало: грязелечение, массаж, лечебная физкультура и сосудистая терапия (Кавинтон и Веносмил). Курс грязелечения состоял из 7-10 процедур моллакаринской грязью, которая использовалась с предварительным подогревом. Её постоянная температура 34 градуса, длительность процедуры вначале составляла 20 минут, далее увеличивали до 30-40 минут. Грязевые аппликации накладывались на пораженную сторону лица.

Результаты и их обсуждение. У большинства больных с легким парезом исчезла асимметрия лица за счет восстановления лицевой мускулатуры, у некоторых мышечная слабость сохранялась или асимметрия лица слегка выявлялась, только при мимических движениях. Одновременно у больных уменьшилась или исчезла головная боль, нормализовался сон и улучшилось настроение. Объективные (пульс, артериальное давление, температура тела) и субъективные (ЭКГ, РЭГ) данные не выявили каких-либо существенных изменений до и после лечения. Результаты оценивались по шкале «Критерия эффективности санаторно-курортного лечения». Со значительным улучшением выписано 23 человека, с улучшением – 35, без перемен – 3. Исследование нейромоторного аппарата методом электромиографии (ЭМГ) проведено было всем

наблюдаемым больным. До и после лечения регистрация биоэлектрической активности проводилась с симметричных мышц лица с помощью наложения накожных электродов. До начала лечения при различных функциональных состояниях найдено нарушение электрогенеза у всех больных. Так, повышение биоэлектрической активности исходного фона отмечалось у 32 из 61 обследуемого в мышцах больной стороны (у 12 – II а тип биоэлектрической активности в 40-80 мкв, у 19 – II б в 70-150 мкв, у 1 – III тип в виде групп залпов осцилляций). Повышение содружественной биоэлектрической активности наблюдалось у 41 больного (у 8 – I тип биоэлектрической активности в 50-110 мкв, у 21 – II б в 30-130 мкв и у 12 – II а в 40-80 мкв). Во время максимального сокращения у 18 человек вместо нормального I типа биоэлектрической активности зафиксированно изменение качественного характера в обследуемых мышцах (у 4 больных-биоэлектрическое молчание – I у тип, у 4 редкие потенциалы – II а в 10-60 мкв, у 6 урежение биопотенциалов до активности по типу – II б в 40-200 мкв и у 4 – III тип). У остальных 43 обследуемых зафиксирован I тип биоэлектрической активности, но со снижением высоты биопотенциалов в приводящих мышцах от 100-2000 мкв и в отводящих- 100-1500 мкв по сравнению со здоровой стороной. Эти изменения на ЭМГ указывали на нарушение в иннервационных процессах на всех уровнях лицевого нерва. Качественные изменения при максимальной активности указывали на грубые нарушения мотонейронов и на преобладание явлений торможения тех нейронов, которые расположены вокруг очага поражения. У всех больных после лечения на ЭМГ отмечалось улучшение. Исходная биоэлектрическая активность нормализовалась у 25 человек. У 7 осталась повышенной у 2 больных II б 30-40 мкв, у 5 – II а 40-70 мкв. Повышение содружественной биоэлектрической активности снизилось у 19 больных, у 22 она осталась повышенной. У 1 определялся I тип биоэлектрической активности в 8 мкв, у 12 II б в 10-60 мкв, у 9 II а в 30-40 мкв. При исследовании биоэлектрической активности при максимальном сокращении ни у одного больного не зафиксированно биоэлектрическое молчание и активность с редкими осцилляциями

по типу II а. У 5 больных определялось урежение биопотенциалов до биоэлектрической активности по типу II б и 30-100 мкв. У остальных 55 человек отмечается I нормальный тип биоэлектрической активности с разницей по сравнению со здоровой стороной 50-600 мкв. Данное исследование ЭМГ после проведенного лечения констатировало улучшение активности мотонейронов, по-видимому, вследствие снятия явлений торможения и других функциональных нарушений во временно нефункционирующих клетках, что подтверждалось отсутствием качественных нарушений, увеличением высоты биопотенциалов при максимальной биоэлектрической активности. Под влиянием комбинированного лечения происходила нормализация надсегментарной иннервации процессов торможения и возбуждения в тех образованиях, которые участвуют в управлении двигательных аксон, следствием чего являлось снижение возбудимости во время тонических напряжений и в состоянии покоя.

Выводы:

1. Данные электромиографии подтверждают благоприятное действие комплексного лечения и указывают на положительные сдвиги нейрофизиологических процессов разного уровня, участвующих в восстановлении нарушенных двигательных функций.

2. А так же, восстановительное лечение остаточных явлений пареза лицевого нерва примененным нами комплексом с включением моллакаринской грязи оказывает положительный эффект и может быть рекомендован для практического использования.

Литература:

1. Василенко А.М. 2013 г. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. Рефлексотерапия в формате восстановительной медицины.

2. Коган О.Г., Найдин В.Л., 1988 г. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии.

3. Иваничев Г.А. Казань 1992 г. Контрактура мимической мускулатуры.

ПРИРОДНЫЕ ФАКТОРЫ КУРОРТА АРЧМАН В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Муравенко А. А.

*Центр инфекционных болезней, кожно-венерологический госпиталь
Туркменистана, Ашхабад*

Сегодня в Туркменистане созданы все условия для поддержания здоровья и лечения больных в современных клиниках – это является частью государственной политики в области здравоохранения.

Благодаря заботе Уважаемого Президента Гурбангулы Бердымухаммедова в нашей стране построены новые суперсовременные клиники и оздоровительные центры, оснащенные самой передовой диагностической и лечебной аппаратурой. Это позволяет в кратчайшие сроки провести обследование больного на высоком уровне и провести эффективное лечение с последующей реабилитацией на известных курортах (Арчман, Ыылы сув, Березенги, Фараб и др.) нашей страны.

Знаменитый бальнеологический курорт «Арчман» расположен в предгорьях Копетдага, в 130 км от Ашхабада. Он специализируется на лечении заболеваний органов пищеварения, опорно-двигательной системы и заболеваний кожи. Основным лечебным фактором санатория является минеральная вода [5]. Именно эти лечебные особенности курорта привлекают сюда не только туркменских пациентов, но и граждан других стран. А в последнее время дополнительным аргументом для отдыха в «Арчмане» стали комфортабельные условия и техническая оснащенность курорта. Арчманская вода – щедрый подарок природы. Она относится к классу сероводородных, слабоминерализованных и субтермальных. В ее составе – 24 элемента, входящих в периодическую таблицу системы Менделеева. Среди них кислород, сера, водород, натрий, калий, кальций, фтор, магний, хлор, гидрокарбонат, радон и многие другие, необходимые для жизнедеятельности организма. Причем уровень содержания сероводорода в воде 14-22 мл/л. Это именно

та норма, которая позволяет называть арчманскую воду лечебной питьевой. Она нормализует нарушенные функции организма на клеточном уровне. Целебная вода в санатории используется не только как питьевая, пациентам здесь предлагают и другие бальнеологические процедуры. Спектр болезней, которые лечит вода «Арчмана», очень широк. Прежде всего, это заболевания желудочно-кишечного тракта. К их числу относятся различные гастриты, воспаление пищевода, язва желудка и 12-перстной кишки, колиты, неспецифический язвенный колит, заболевания печени и желчевыводящих путей. Необходимо подчеркнуть, что курортное лечение показано только в период ремиссии заболевания. Кроме того, здесь можно лечить и болезни опорно-двигательной системы – артрит, артроз, полиартрит. Хороший лечебный эффект достигается при лечении кожных заболеваний, таких, как псориаз, экзема, дерматит, крапивница, кожный зуд. Псориаз характеризуется длительным рецидивирующим течением и, несмотря на большой арсенал лекарственных препаратов лечение часто не дает ожидаемого результата [1].

Актуальность работы состоит в поиске комбинаций физиотерапевтических процедур, способствующих улучшению состояния больных и реабилитации на курорте Арчман.

Цель работы: Разработать технологию поэтапного лечения больных псориазом с применением физиотерапевтических процедур курорта Арчман.

Методы исследования: лабораторный, клинко-инструментальный, дерматоскопический, фотохимиотерапия.

Результаты и их обсуждение. Под нашим наблюдением находились 123 больных псориазом. Из них 74 мужчины, 49 женщин, в возрасте от 16 до 57 лет, с длительностью заболевания от 1 месяца до 20 лет. Мною собранный анамнез больных был подвергнут обязательному клинко-лабораторному обследованию с привлечением узких специалистов. При обследовании всех больных только у 37 (30,09%) были зарегистрированы заболевания желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, хронический холецистит, желчно-каменная болезнь. Из 100% больных: 44,0% (54) наблюдаемых больных были распространенные формы псориаза, у 23,5% (29) отмечалась псориазическая эритродермия,

у 10,0% (12) ограниченные формы псориаза, у 17,0% (21) – артропатический псориаз, у 5,5% (7) – экссудативные формы псориаза. В анамнезе у больных отмечалось наличие вредных привычек, нарушение режима питания и отдыха. Всем больным были назначены сеансы ПУВА терапии в кабине Waldmann 1000 L с учетом фототипа кожи. Определение фототипа кожи, то есть реагирование кожи на солнечное (ультрафиолетовое) облучение по эритеме и гиперпигментации с выделением 3 фототипов с уточняющими характеристиками по цвету глаз, волос и других параметров:

1) фототип кожи – возникновение эритемы без пигментации (наблюдается у людей со светлыми и рыжими волосами, белой кожей с веснушками, голубыми глазами);

2) фототип кожи – возникновение эритемы с последующей пигментацией (наблюдается у людей с русыми или каштановыми волосами, смуглой кожей, карими глазами);

3) фототип кожи – возникновение пигментации без эритемы (наблюдается у людей с каштановыми или черными волосами, смуглой кожей, карими или черными глазами).

Применение фототехнологий обосновано возможностью влиять на функциональные резервы организма и безопасностью этих методов при лечении кожных заболеваний, в том числе, псориаза. Фототерапия обладает достаточно высокой эффективностью при минимальных побочных эффектах или даже при их отсутствии. При таком облучении улучшается трофико-регенеративная функция кожи, усиливаются обменные процессы. Данный вид фототерапии оказывает стимулирующее влияние на нейроэндокринную систему, повышая адаптивные возможности организма и предупреждая дальнейшее развитие воспаления. При опросе и обследовании у 52 (57,8%) больных регистрировались заболевания желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, хронический холецистит, желчно-каменная болезнь. Эти заболевания не являются противопоказанием для назначения ПУВА-терапии [3, 4]. Кроме того, выявлены были очаги хронических инфекций: у 71 (42,2%) больного хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит. Сеансы фотохимиотерапии наблюдаемым больным проводились методом селективной фотохимиотерапии (ПУВА) в кабине

WALDMANN 1000L (Германия) в количестве 10-15 сеансов. Всем больным было проведено клиническое обследование с привлечением узких специалистов, общий и биохимический анализы крови до назначения процедур и после курса лечения. Учитывая заболевания желудочно-кишечного тракта был проведен курс гидроколонотерапии 18 больным (10 женщин и 8 мужчин) по клиническим показаниям. Гидроколонотерапия – естественная процедура, не нарушающая природный механизм функционирования кишечника. Преимущество гидроколонотерапии заключается в том, что происходит очищение не только просвета, но и стенок кишечника [2]. На сегодняшний день возрождаются более естественные способы оздоровления, не дающие осложнений. Кроме того, это возрождение обусловлено появлением нового поколения аппаратов для орошения кишечника, которые сделали гидроколонотерапию совершенно безопасным и высокоэффективным. Гидроколонотерапия проводилась с помощью специального аппарата (ColonHydromat) производства Германии, с помощью которого очищенная вода порционно вливается в кишечник. Используя специально разработанную систему шлангов, вода и содержимое кишечника (слизь, токсические вещества, твердые каловые массы) герметично выводятся наружу. Больные псориазом принимали минеральную воду в виде питья и общих ванн курорта Арчман. Ванны назначались ежедневно в количестве 10 сеансов с температурой воды 37 градусов в течение 10-15 минут. Общее воздействие 4-5 сеансов минеральных ванн приводит к улучшению самочувствия, кожа становится мягкой, увлажненной, пропадает зуд, ощущение сухости и стянутости кожи. Помимо лечебного действия купания в арчманской воде и приема ее внутрь следует учитывать влияние на организм больного своеобразного климата курорта. После курса лечения у больных были повторно взяты анализы. Результаты общего и биохимического анализа крови подтвердили достоверное улучшение картины крови ($p < 0,05$), функций печени, кишечника, а также общего самочувствия. Дерматоскопическая картина показала положительную динамику. У большинства больных заметное улучшение в виде рассасывания папул, бляшек, прекращения появления новых

элементов отмечалось на 5-6 сеанс ПУВА-терапии. В результате лечения у 21 (17,2%) больных отмечался выраженный клинический эффект, у 102 (82,8%) регресс кожных высыпаний и дежурные элементы. Выводы: Предложенная технология ведения больных псориазом с привлечением узких специалистов, диета, здоровый образ жизни и применение фотохимиотерапии, гидроколонтотерапии позволяют добиться хорошего лечебного эффекта и длительной реабилитации. Таким образом, предлагаемая технология способствует повышению эффективности лечения больных псориазом.

Литература:

1. Бердыклычев М. Г. Курорт Арчман и его целебное значение. Ашхабад, 1956 г.
2. Владимиров В. В., Диагностика и лечение кожных болезней. Москва. 2006. – С. 25.
3. Волнухин В.А., Самсонов В.А., Кравцова И.В., Царегородцева Е.Е., Лукашина Т.В., Валь Е.В. Эффективность лечения больных псориазом ПУВА-ваннами // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. - № 5.
4. Пугач Л. И. Клиническая и медико-экономическая эффективность мониторинга очистки кишечника у больных вульгарным псориазом, 2010. – С. 12-13.
5. Химкина Л.Н. Совершенствование методов патогенетической терапии псориаза. Материалы 1-го Российского конгресса дерматовенерологов. Санкт-Петербург. – 2003. – Т.1. – С. 136.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Оразалиева А.М., Плескановская С.А.

Государственный медицинский университет Туркменистана, Ашхабад

Грязи Молла-Кара относятся к сульфидно-иловым. Сульфидно-иловые грязи бедны органическими веществами, но богаты сульфидами железа и водорастворимыми солями. Этот тип грязей иногда называют «основным», или «собственно грязями». Важнейшей особенностью иловых грязей является высокое содержание в них различных летучих соединений –

сероводорода, метана, углекислоты, аммиака, которые усиливают проницаемость растворенных в них минералов через кожные покровы и слизистые оболочки.

Эта чрезвычайно важная характеристика относится и к моллакаринским грязи и рапе, имеющим богатейший макро- и микроэлементный состав, сопоставимый с рапой Мертвого моря (Израиль, Иордания), лиманов – Анапы (Краснодарский край), грязями курортов Саки (Крым), Албена, Бургас, Варна, Поморие (Болгария) [4, 5].

Научные основы грязи – и водолечения были заложены туркменскими учеными в 60-е годы [5]. Они успешно развиваются в настоящее время. В частности было установлено, что пелоидотерапия (ПТ) на курорте Молла – стимулирует иммунную систему, улучшает обмен кальция, обладает высоким терапевтическим эффектом у больных остеоартритом и остеопорозом [1, 6].

Целью настоящей работы являлось определение характера влияния аппликаций лечебной грязи курорта Молла-Кара на клеточный состав периферической крови и функциональную активность лейкоцитов крови экспериментальных животных.

Материалы и методы исследования. В экспериментах использовано 30 беспородных мышей самцов массой не менее 20 гр. 15 мышей ежедневно получали 5-ти минутные аппликации подогретой до 37°C моллакаринской грязи (МКГ) на область крестца. 15 мышей не получали аппликаций и служили контрольной группой. До сеансов ПТ и на 3, 7 и 14 сутки у мышей обеих групп из хвостовой вены забирали кровь в гепаринизированный капилляр и использовали в реакции торможения миграции лейкоцитов в нашей модификации (7). Одновременно по лейкоформуле периферической крови вычисляли величину гранулоцитарного индекса (ГИ), представляющего собой отношение суммы всех полинуклеаров к сумме мононуклеаров (7). Методом водно-солевой экстракции готовили растворимый тканевой антиген хрящевой ткани с конечной концентрацией белка не менее 20 мкг/мл (2). Водную вытяжку из МКГ готовили с учетом рекомендаций (3) – 50 г МКГ размешивали в 100 мл дистиллированной воды и раскачивали в течение 2-х часов на магнитной мешалке. Затем отстаивали при

комнатной температуре, сливали прозрачную часть, фильтровали через бумажный фильтр, центрифугировали при 3000 об/мин в течение 45 минут, снимали надосадочную жидкость и хранили по 5,0 мл в одноразовых пробирках в морозильной камере. Перед постановкой реакции торможения миграции лейкоцитов вытяжку МКГ размораживали. В лунки камер культивирования лейкоцитов вносили по 0,01 мл вытяжки. и использовали в Результаты реакции выражали в виде индекса миграции лейкоцитов (ИМЛ). Курс ПТ составил 7 дней. Полученные данные математически обработаны при помощи программы SPSS.

Результаты исследования. Было установлено, что ПТ у мышей вызывает реакцию со стороны гранулоцитов. На 3 сутки от начала процедур ГИ резко увеличивается ($p < 0,01$) (рис. 1). На 7 сутки обозначается четкая тенденция к его снижению и к 14 суткам наблюдения, то есть через 7 сток после завершения курса аппликаций, величина ГИ нормализуется.

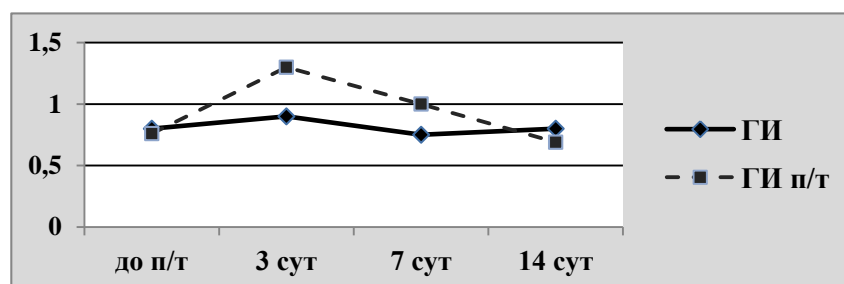


Рисунок 1. – Величина ГИ в динамике ПТ у мышей

Кроме того, было установлено, что водная вытяжка из моллакаринской грязи значительно модулирует функциональную активность лейкоцитов крови мышей, в частности их миграцию из стеклянного капилляра *in vitro*.

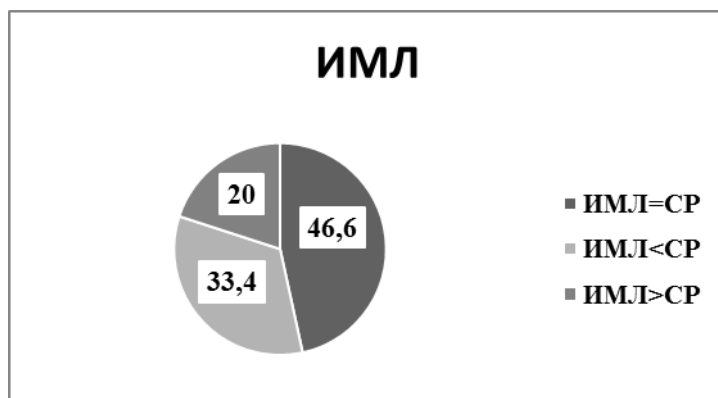


Рисунок 2. – Структура величины ИМЛ в присутствии ВМГ

В среднем по группе животных до начала ППТ величина ИМЛ составила $78,5 \pm 6,3$. Однако у некоторых животных он существенно превышал средние значения по группе или был достоверно ниже их (рис. 2).

В группе мышей, получавших аппликации МКГ, величина ИМЛ в присутствии вытяжки из МКГ постепенно увеличивается и к 7 суткам достигает максимальных значений ($107,3 \pm 5,9$), но к 14 суткам (через 7 дней после завершения курса ПТ), нормализуется (рис.3). Другими словами, в течение курса ПТ наблюдается транзиторное повышение миграционной активности лейкоцитов экспериментальных животных.

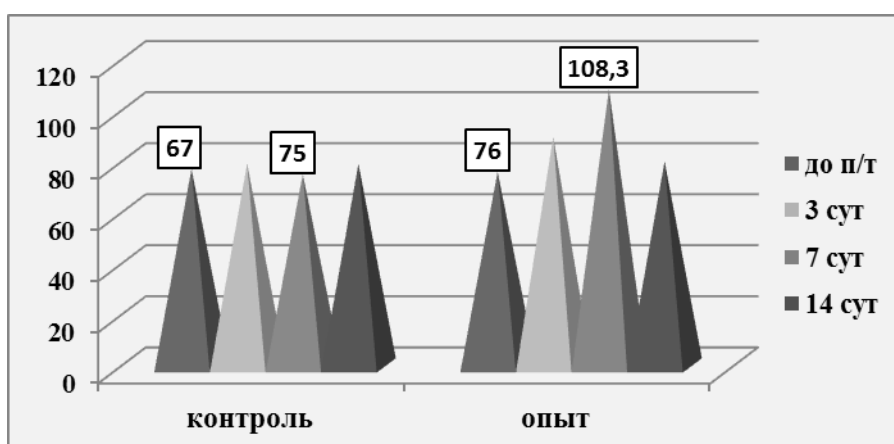


Рисунок 3. – Значения ИМЛ в присутствии водной вытяжки из лечебной грязи в динамике ПТ

Исследования показали, что в динамике курса ПТ модулируют значения ИМЛ в присутствии растворимого

тканевого антигена хряща (РТАГХ). Если до курса ПТ ИМЛ в присутствии антигена составляет в среднем $69,7 \pm 2,6$, то на 3 сутки от начала проведения процедур ИМЛ достоверно увеличивается и достигает максимальных значений на 7 сутки (рис. 4).

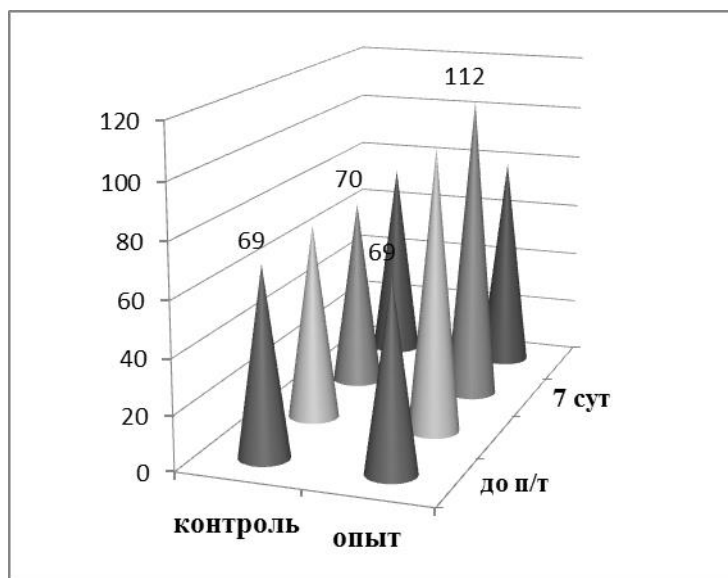


Рисунок 4. – Величина ИМЛ в присутствии тканевого антигена хряща

Однако к 14 суткам величина ИМЛ практически достигает исходного уровня ($p > 0,05$).

Таким образом, исследование в целом показало, что грязевые аппликации на область крестца вызывают у экспериментальных животных транзиторную реакцию со стороны гранулоцитов крови, формирование транзиторной сенсibilизации к водной вытяжке из МКГ и существенно модулируют функциональную активность лейкоцитов крови *in vitro*. Степень изменений изученных показателей в динамике ПТ носит индивидуальный характер. Вполне возможно, что повышение чувствительности лейкоцитов к антигену хрящевой ткани *in vitro* может свидетельствовать об активации процессов хондрообразования *in vivo*.

На наш взгляд совокупность полученных данных позволяет говорить о возможности использования иммуногематологических показателей в качестве критериев оценки эффективности пелоидотерапии.

Выводы:

1. Аппликации моллакаринской грязи (МКГ) вызывают у экспериментальных животных активацию гранулоцитарного ростка кроветворения.

2. В динамике ПТ формируется транзиторная сенсбилизация лейкоцитов крови экспериментальных животных к компонентам водной вытяжки из МКГ.

3. ПТ значительно модулирует чувствительность лейкоцитов крови к антигену хрящевой ткани *in vitro*.

Литература:

1. Pleskanovskaya S.A., Orazalyeva A.M. Some indicators of blood at deforming osteoarthritis patients, received treatment by a medical dirt on a resort of Molla-Kara (Turkmenistan) Опубликовано// в Трудах XIX World Congress On Rehabilitation In Medicine And Immunorehabilitation, Dubai, UAE October 12–15, 2013//International Journal On Immunorehabilitation, 2013 Volume 15 № 2, p. 104-105, ISSN 1562-3629.

2. Иммунологические методы (под ред. Фримель Г.). Мир: М. – 1987. – 472 с.

3. Лурье, Ю. Ю. Унифицированные методы анализа вод / Ю. Ю. Лурье. М. : Химия, Издание 2-е исправленное, 1973. – 376 с.

4. Маньшина Н.В. Курортология для всех. За здоровьем на курорт. – М. : Вече, 2007. – 592 с. (83-94)

5. Моллаев Н.М., Оджаров М.О., Ильмурадов К.И. и др. Использование вулканической грязи в здравоохранении // Наука и техника Туркменистана, 2012, № 3, стр. 108-112.

6. Плескановская С. А., Оразалиева А.М., Нурахмедов К. О перспективах использования грязи и рапы Молла-Кара в лечении остеопороза // Журнал «Молодой ученый», 2014, № 21 (80), стр. 183-191.

7. Плескановская С.А. Клеточный и гуморальный иммунный ответ при кожном лейшманиозе (экспериментальные исследования и наблюдения на больных). Автореф. дисс... к.м.н. – Москва. – 1982. – 20 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ГРЯЗИ САНАТОРИЯ МОЛЛАКАРА

*Оразалыева А., Аннабердыева М., Оракаева Н., Сарыева Г.,
Ёллыева Ш.*

Государственный медицинский университет Туркменистана

Актуальность. «В эпоху могущества и счастья» всестороннее изучение бесчисленных богатств нашей страны является одним из важных аспектов сегодняшнего дня. Под руководством Уважаемого Президента Туркменистана Гурбангулы Бердымухамедова проводятся широкомасштабные научные поиски с целью дальнейшего развития науки в различных сферах деятельности государства. Уважаемый Президент в своей книге «Туркменистан – край исцеления» уделяет огромное внимание основным природным особенностям санатория Моллакара – минеральной воде и грязи, обогащённой лечебной солью. «Содержание соли в большом количестве свидетельствует о высокой бактерицидной и бактериостатической активности грязи, поэтому в составе грязи не может быть патогенных микроорганизмов» [1].

Пелоидотерапия («pelos» – от лат. «грязь» – лечение грязью) с древних времен пользуется успехом как в народной, так и в научной медицине [3, 4]. Учитывая ранозаживляющую активность, антимикробные свойства и противовоспалительное действие, с давних времен грязь использовали в лечебных целях в Египте, Индии, России и других странах [5, 6].

Санаторий Моллакара расположен в окрестностях Балканабата на живописном берегу озера Моллакара. В этих местах испокон веков лечились грязями и водой, обладающими редкими целебными свойствами. Случайно открытые в конце XIX века наблюдательным пастухом Кары Молла лечебные свойства грязи местного озера в течение многих десятилетий использовались людьми для лечения многих недугов, твердо веря в их сказочную силу.

Санаторий Моллакара открыт в 1922 году и получил официальный статус здравницы. Санаторий бальнеологический,

специализируется на грязи и водолечении. Грязи Моллакара относятся к высококачественным илистым, содержащим малое количество шлаков – песка и глины; более вредные шлаки – камни, гипс находятся в них совсем в небольшом количестве.

Цель работы. Провести санитарно-микробиологические исследования грязи санатория Моллакара и расширить возможности применения её в медицинской практике.

Методы исследования. Для определения общего микробного числа исследуемой грязи (количество микроорганизмов, содержащихся в 1 гр. грязи) были приготовлены её разведения на стерильной водопроводной воде в соотношении от 1: 10 до 1: 10.000. Затем 1 мл каждого разведения смешивали с расплавленным и остуженным до 45°С мясо-пептонным агаром. После чего посеvy помещали в термостат при разных температурных режимах (29°С, 37°С). На следующий день подсчитывали общее микробное число грязи с помощью компьютерного счетчика колоний.

Второй этап нашей работы заключался в выявлении антимикробной активности грязи санатория Моллакара. Использовались 1%, 2%, 3%, 4% и 5%-ные водные суспензии грязи, автоклавированные в течение 20 мин. при 0,5 атм. Антибактериальное действие препарата определялось в отношении штаммов золотистого стафилококка (*Staphylococcus aureus* 209) и кишечной палочки (*Escherichia coli* M-17) в посевных дозах с 10² по 10⁸ (количество бактерий, содержащихся в 1 мл. микробной суспензии) по общепринятой методике.

Результаты и их обсуждение. В результате санитарно-микробиологических исследований в посевах грязи, выдержанных при 29°С и 37°С, было определено общее микробное число, равное 517 и 456 (соответственно).

Для оценки общего микробного числа исследованной грязи с санитарно-гигиенической точки зрения возникла необходимость сравнения полученных результатов с общим микробным числом почвы. Так, было выявлено, что общее микробное число почвы превосходит данный показатель Моллакаринской грязи в 4-4,5 раза. Полученные данные согласуются с литературными сведениями [2].

Все суспензии грязи курорта Моллакара, даже после автоклавирования, оказали выраженную антибактериальную активность в отношении золотистого стафилококка. Антистафилококковое свойство препарата безусловно выражалось в зависимости от степени разведения и посевных доз микроба.

Низкая концентрация суспензии (1%-я) на посевные дозы микроба от 102 до 105 оказали бактерицидное действие, а губительное свойство 2% суспензии было выше еще на одну степень разведения (106). 1% раствор суспензии на 106 посевную дозу стафилококка оказывало сильно выраженное бактериостатическое действие. При сравнении антистафилококковой активности 3%, 4%, 5%-х суспензий и низких концентраций суспензии (1%, 2%-е) заметных различий не выявлено. Например, 5%-я суспензия грязи оказала губительное действие на 102-105 дозы микроба, на 106 дозу проявила бактериостатическое действие, на 107 – слабое бактериостатическое, на 108 активности не было.

В отношении кишечной палочки 1%, 2%-е суспензии грязи оказали лишь на 102, 103 её посевные дозы в различной степени выраженности бактериостатическую активность, а 3%-й раствор проявил такое свойство только на 102 дозу. Так как 4%, 5%-е суспензии препарата в отношении этого микроба оказали довольно слабое бактериостатическое действие, эти данные в анализе работы не учтены.

Выводы. Таким образом, основываясь на полученных результатах, можно отметить, что антибактериальная активность грязи санатория Моллакара проявляется лишь в отношении золотистого стафилококка. На кишечную палочку препарат действует в малой степени. В связи с этим, несмотря на принадлежность кишечной палочки к условно-патогенным видам, при инфекциях, вызванных этим микроорганизмом, применение Моллакаринской грязи считаем невозможным. Штамм кишечной палочки, использованный в работе, является пробиотиком и применяется как лечебный препарат при дисбактериозе толстого кишечника, по нашему мнению, возможно по этой причине он устойчив не только к внешним факторам, но и к использованной грязи. Учитывая полученные

данные, с целью расширения возможности применения грязи в медицинской практике необходимо воспроизвести экспериментальную стафилококковую инфекцию кожных покровов и для её лечения использовать салфетки, пропитанные 1% или 2%-ми растворами суспензий грязи санатория Моллакара.

Литература:

1. Бердымухамедов Г.М. Туркменистан – край исцеления. Ашгабат, 2011. - С. 85-98.
2. Биргер М.О.//Справочник по микробиологическим и вирусологическим методам исследований. - М., 1982. - С. 407-410.
3. Курорты. Энциклопедический словарь. - М., 1983. - С. 112-113.
4. Маньшина Н.В. // Курортология для всех. За здоровьем на курорт. - М., Вече, 2007. - С. 592 (83-94)
5. Gedikoglu Y. et al. // Toxicol Ind Health. - 2012. - Vol. 28. - № 8. - P. 708-719
6. Williams L.B. et al. // Environ Sci Technol. - 2011. - Vol. 15. - № 45(8). - P. 3768-3773

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «ЙЫЛЫ СУВ» В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ходжиев Р., Чарыев М., Чарыев Б., Хандыев Б., Шакулиев С.

*Государственный медицинский университет Туркменистана
Лечебно-консультативный центр имени С.А. Ниязова*

Актуальность проблемы: Мочекаменная болезнь (МКБ) является одним из самых распространенных урологических заболеваний, которое склонно к рецидивам и нередко к упорному злокачественному течению [2]. Ежегодный прирост данного заболевания составляет 1,1-3%.

С введением в практику малоинвазивных методов лечения мочекаменной болезни, таких, как дистанционная ударно-волновая литотрипсия, эндоскопическая контактная уретеролитотрипсия, перкутанная нефролитотрипсия и др., отчетливо снижаются послеоперационные осложнения, уменьшаются сроки клинической и трудовой реабилитации этой категории пациентов [1]. Но удаление камня или его самостоятельное отхождение из мочевыводящих путей не

избавляет больных от возможности рецидива этой болезни, так как основные процессы, приводящие к образованию камней, как правило, не устраняются и сохраняются в организме больного [4]. Поэтому поиски альтернативных методов профилактики, лечения и реабилитации урологических больных является актуальной задачей восстановительной медицины. Природные лечебные факторы влияют на основные звенья патогенеза целого ряда заболеваний. Одной из основных процедур, направленных на предотвращение повторного камнеобразования, является применение лечебных минеральных вод. Они проявляют в определенной степени специфическое действие, способное оказывать влияние на ряд факторов, способствующих возникновению у больных, как нефролитиаза, так и хронического пиелонефрита [3, 5].

Весьма важную роль в реабилитационных мероприятиях по профилактике рецидивов нефролитиаза может сыграть санаторно-курортное лечение с применением бальнеологических лечебных факторов [2].

Цель исследования: клинико-лабораторный анализ эффективности применения минеральной воды «Йылы сув» в реабилитации больных мочекаменной болезнью.

Материалы и методы: Для изучения влияния минеральной воды санатория «Йылы сув» мы наблюдали 123 больных с уратным нефролитиазом, осложненным хроническим пиелонефритом (59 мужчины, 64 женщин), в возрасте 16-71 лет. Контрольную группу составило 40 больных, получавших только традиционное комплексное лечение (без минеральной воды данного источника). Больным проводилось клиническое, лабораторное, рентгеновское исследования. Контролируемым больным было рекомендовано пить воду из источника № 17 санатория «Йылы сув» ежедневно за 2 часа до еды 3 раза в объеме 200 мл. Влияния минеральной воды «Йылы сув» оценивались изменением суточного диуреза, определением показателей общего и биохимических анализов крови, мочи а так же рН мочи.

Результаты. В ходе исследования получены следующие результаты. При сравнении клинических проявлений заболевания отмечено, что больным контрольной группы требовалось более

длительное лечение, так как улучшение общего состояния больных наступало на 14-16-е сутки и практически нормализовалось лишь на 18-21-е сутки. Боли в поясничной области, положительный симптом поколачивания по 12 ребру сохранились при выписке из стационара у 7 (17,5%) больных.

У больных основной группы улучшение общего состояния наступало на 5-6-е сутки и практически нормализовалось на 10-12-е сутки. К 8-10-м суткам у 100 (81,3%) больных купировались боли в поясничной области, а у 113 (91,9%) больных симптом поколачивания по 12 ребру стал отрицательным.

Для оценки влияния минеральной воды на показатели общего и биохимических анализов крови, мочи, изучены данные у больных до и после лечения, в основной и контрольной группах (таблица 1).

Таблица. – Показатели общего и биохимических анализов крови, мочи у больных, до и после лечения, в основной и контрольной группах

Параметры исследования	Контрольная группа			Основная группа (минеральная вода "Йылы сув" n=27)		
	До лечения	После лечения	p	До лечения	После лечения	p
Гемоглобин, г/л	123,5±3,17	122,2±3,25	> 0,05	122,32±2,66	122,03±2,41	> 0,05
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,3±0,07	4,3±0,12	> 0,05	4,2±0,07	4,2±0,10	> 0,05
Цветной показатель	0,91±0,008	0,93±0,009	> 0,05	0,9±0,007	0,9±0,006	> 0,05
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	6,74±0,27	6,85±0,27	> 0,05	7,63±2,87	7,24±0,11	> 0,05
СОЭ, мм/час	38,5±1,23	28,1±0,79	> 0,05	49,14±1,02	13,44±0,32	< 0,01
Мочевина в крови, ммоль/л	7,40±0,27	7,38±0,24	> 0,05	7,21±0,15	5,59±0,17	< 0,05
Креатинин в крови, мкмоль/л	78,84±2,03	78,35±1,77	> 0,05	88,79±0,67	70,42±0,59	< 0,001
Мочевая кислота в крови, мкмоль/л	344,5±13,6	344,92±12,89	> 0,05	350,73±2,16	329,41±2,49	< 0,01
Бактерии в моче	5134,07±34,1	4321,42±32,34	> 0,05	4876,08±32,1	2354,56±23,34	< 0,05
pH мочи	5,14±0,04	5,22±0,04	> 0,05	5,31±0,03	6,71±0,05	< 0,05
Суточный диурез, мл	850,2±26,7	1075,0±24,80	> 0,05	888,23±23,74	1749,41±28,24	< 0,05

При сопоставлении показателей крови у больных контрольной группы до и после лечения, ни в одном исследовании, достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$). При использовании традиционного метода лечения в результатах исследования мочи отмечена тенденция к увеличению диуреза, а в других показателях достоверных изменений не наблюдалось

($p > 0,05$). Следовательно, традиционный объем лечения не оказывает существенного влияния на метаболические нарушения. При использовании минеральной воды «Йылы сув» диурез достоверно ($p < 0,05$) увеличился до $1749,41 \pm 28,24$ мл/сут, за счет увеличения клубочковой фильтрации и снижения канальцевой реабсорбции. При оценке показателей крови у больных под влиянием минеральной воды отмечено достоверное снижение СОЭ, уровня показателей функционального состояния почек, при этом достоверно снизился уровень мочевины, остаточного азота и креатинина. В сыворотке крови отмечено снижение уровня мочевой кислоты. До лечения кристаллурия была выявлена у 89 (72,4%) пациентов, после лечение кристаллурия определялась у значительно меньшего числа пациентов 18 (14,7%), что объясняется литокинетическими свойствами минеральной воды.

В ходе данного исследования зафиксировано значимое влияние приема воды на показатели кислотности мочи то есть повышения уровня рН мочи, что имеет значение для профилактики рецидива уратного литиаза. Достоверно отмечен сдвиг рН (до лечения $5,31 \pm 0,03$ и после лечения – $6,71 \pm 0,05$).

Одним из важных звеньев литокинетической терапии считается повышение диуреза. Отмечалось достоверное повышение диуреза у всех больных, принимавших минеральную воду. В результатеводной нагрузки у наблюдаемых больных с мочекаменной болезнью снижался удельный вес мочи, что также является благоприятным фактором профилактики рецидива камнеобразования.

Для оценки влияния минеральной воды «Йылы сув» на течение хронического пиелонефрита исследовали степень лейкоцитурии и бактериурии. До приема минеральной воды количество лейкоцитов в 1 мл мочи было $4876,08 \pm 32,1$, а после лечения снизилось до $2354,56 \pm 23,34$ ($p < 0,05$). Анализ структуры микробного состава у больных до лечения показал преобладание монокультуры, которая высевалась в 90,3% случаев. Микробные ассоциации были выделены в 9,7% случаев и представлены сочетанием возбудителей кишечной палочки, протей и энтеробактером. По удельному весу в порядке убывания возбудители пиелонефрита расположились следующим образом: *E.coli* – 58,1%, *Proteus* – 14,4%, *Pseudomonas aeruginosae* – 11,3%,

Enterobacter – 6,5%, Staphylococcus – 6,5%, Klebsiella – 3,2%. Степень бактериурии находилась в пределах 104-105 КОЕ/мл у 67,7% больных и 106-107 КОЕ/мл у 32,3% больных. После приема минеральной воды «Йылы сув» доля стерильных посевов мочи составила 88,7%.

Таким образом, прием минеральной воды «Йылы сув» больными мочекаменной болезнью приводил к нормализации показателей азотемии и электролитов, что способствует устранению влияния основных метаболических факторов риска МКБ. Полученные данные позволили сделать заключение о том, что минеральная вода «Йылы сув» оказывает диуретическое, противовоспалительное воздействие, приводящее к нормализации почечной функции и минерального обмена.

Литература:

1. Аляев Ю.Г // Мочекаменная болезнь. – Москва. – 2010.
2. Вошула В.И., Ниткин Д.М, Лелюк В.Ю., Гапоненко А.Д., Щавелева М.В., Юрага Т.М., Владимирская Т.Э. – Статистика и факторы риска мочекаменной болезни в Беларуси. Экспериментальная и клиническая урология. – 2013. – № 2. – С. 18-25.
3. Гильмутдинов Б.Р., Гильмутдинов А.Р. Роль минеральных вод в реабилитации больных с мочекаменной болезнью // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Том 6. – № 2. – С. 34-36.
4. Попов С.В., Новиков А.И. и др. Место трансуретральной контактной нефролитотрипсии в лечении больных с камнями почек. – Урология. – 2012. – № 5. – с. 81.
5. Хорошко Е.В., Третьяков А.А. Реабилитация больных мочекаменной болезнью на курортах Кавказских минеральных вод. Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – том 7, № 2. – С. 95-98.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ОАО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА» В СИСТЕМЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ».....	9
<i>Аверченко И.Ф., Судас В.Н., Пономарев В.А.....</i>	<i>9</i>
ФИЛИАЛ «САНАТОРИЙ «РАДОН» ОАО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА» – 25 ЛЕТ	24
<i>Карпишевич Л.Г., Минько Н.П., Мармыш В.В., Пономарев В.А.....</i>	<i>24</i>
Р А З Д Е Л 1 ПРИРОДНЫЕ ФАКТОРЫ САНАТОРИЯ-ФИЛИАЛА «РАДОН» И ДРУГИХ ФИЛИАЛОВ САНАТОРИЕВ ОАО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА».....	36
ОРГАНИЗАЦИЯ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КОМПЛЕКСА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ НА БАЗЕ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	36
<i>Снежицкий В.А., Пирогова Л.А., Мазур Н.В., Хованская Г.Н.</i>	<i>36</i>
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ	41
<i>Мельникова Е.А., Разумов А.Н.</i>	<i>41</i>
САНАТОРИЙ «СОЛНЫШКО»	51
<i>Аверченко И.Ф., Пономарёв В.А., Кобель В.П., Стажинский А.В.</i>	<i>51</i>
САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ КОМПЛЕКСУ «РАДОН» 25 ЛЕТ	54
<i>Аверченко И.Ф., Карпишевич Л.Г., Минько Н.П., Мазур Н.В., Пирогова Л.А.</i>	<i>54</i>
К ВОПРОСУ О «ГИДРОГЕОЛОГИЧЕСКОМ РАЗУБОЖИВАНИИ» МЕСТОРОЖДЕНИЯ РАДОНОВЫХ ВОД	62
<i>Богдасаров А.А.....</i>	<i>62</i>
ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ.....	67
<i>Васкель М.В., Емельянчик Г.В.....</i>	<i>67</i>
БИОКЛИМАТ САНАТОРИЯ «РАДОН».....	70
<i>Грядунова О.И., Карпишевич Л.Г.....</i>	<i>70</i>

КАРБОКСИТЕРАПИЯ. ИСТОРИЯ ПРИМЕНЕНИЯ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА В МЕДИЦИНЕ	75
<i>Ерчик Н.Н.</i>	<i>75</i>
СПА КАК ОДИН ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ УСПЕШНОГО САНАТОРНО- КУРОРТНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ В ФИЛИАЛЕ «САНАТОРИЙ «РАДОН» ОАО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА»	78
<i>Карпишевич Л.Г, Юркевич О.А.</i>	<i>78</i>
МАКСИМАЛЬНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ КИСЛОРОДА – НЕОБХОДИМЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГРЯЗЕРАЗВОДНЫХ ВАНН ...	83
<i>Пирогова Л.А., Болбатовский Г.Н., Ацкевич Т.В., Тюненкова Е.В.....</i>	<i>83</i>
ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ И ПОСТАКНЕ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ.....	87
<i>Панкратов О.В., Раковец В.И., Пусенкова Е.С.....</i>	<i>87</i>
ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САНАТОРИЯ	92
<i>Панкратов О.В., Раковец В.И., Жигунова И.Г.</i>	<i>92</i>
ИСТОКИ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ДЕТСКОГО САНАТОРИЯ «НАЛИБОКСКАЯ ПУЩА»	97
<i>Раковец В.И., Нестерович И.Э.</i>	<i>97</i>
ПРИМЕНЕНИЕ МОНИТОРИНГОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	101
<i>Ревтович О.П., Бируля А.А.</i>	<i>101</i>
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	103
<i>Рогалевич Е.А., Стажинский А.В.....</i>	<i>103</i>
ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ.....	108
<i>Сиротюк А.И., Стажинский А.В.....</i>	<i>108</i>
УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ. КОНФЛИКТЫ.....	112
<i>Стажинский А.В., Протасеня Е.В.</i>	<i>112</i>

РАЗДЕЛ II САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ОЗДОРОВЛЕНИЕ.....	117
ДЛИТЕЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ БЕЛАРУСИ	117
<i>Аверченко И.Ф., Василевский И.В., Пономарев В.А., Кобель В.П.</i>	<i>117</i>
ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «ДУБАЙСКАЯ», КАК МЕСТНОГО ПРИРОДНОГО ФАКТОРА, ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ.....	122
<i>Барановский Д.В., Белко Н.Б., Пасовец С.С.....</i>	<i>122</i>
ПРОФИЛАКТИКА, КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ	127
<i>Баркун Г.К., Лысенко И.М., Журавлева Л.Н., Потапова О.В., Никитина Н.И.....</i>	<i>127</i>
САПРОПЕЛИ ОЗЕРА ТАЙНОЕ – ВЕЩЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ, СВОЙСТВА, ПРИМЕНЕНИЕ	133
<i>Богдасаров А.А., Житинец С.С., Строганова Н.Л.</i>	<i>133</i>
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИРОДНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА БАЗЕ «САНАТОРИЯ «РУЖАНСКИЙ»	137
<i>Герасимович С.Б., Товстик А.Н.....</i>	<i>137</i>
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В ФИЛИАЛЕ «САНАТОРИЙ «РАДОН» ОАО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА»	142
<i>Карпишевич Л.Ф.....</i>	<i>142</i>
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СУЛЬФАТНО-ХЛОРИДНЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В КУРОРТНОЙ ПРАКТИКЕ	148
<i>Кондратенко Л.В., Волотовская А.В., Миканович А.И., Ершова Л.М.....</i>	<i>148</i>
РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	152
<i>Лысенко И.М., Баркун Г.К., Журавлева Л.Н., Федоришко Н.Н.</i>	<i>152</i>
ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ИРС-19 И КИПФЕРОНОМ ВОСПОЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	159

<i>Лысенко И.М., Баркун Г.К., Журавлева Л.Н., Матющенко О.В., Никитина Н.И.</i>	159
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИНИТА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ	164
<i>Орехва И.А., Баранов Ю.Л., Никитина. Н.И.</i>	164
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕВРОПАТИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИХОЛИНЭСТЕРАЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В СОЧЕТАНИИ С ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЕЙ И ЭЛЕКТРОФОРЕЗОМ	168
<i>Табанькова Ю.В., Звенигородская Н.О.</i>	168
ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЛЕЧЕНИЯ В ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ ЦЕНТРЕ «ТАЛЬКА»	173
<i>Цховребов Е.М., Тумилович З.В., Волотовская А.В., Войченко Н.В.</i>	173
КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СКИПИДАРНО-СКИПОФИТОВЫХ ВАНН В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ	177
<i>Шевцова С.А., Звенигородская Н.О., Табанькова Ю.В.</i>	177
Р А З Д Е Л 3 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	181
НЕЙРОМЫШЕЧНАЯ АКТИВАЦИЯ ПО МЕТОДИКЕ «ЭКЗАРТА» В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ	181
<i>Бондарева Е.А., Мозоль В.В.</i>	181
КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИОПУНКТУРА И ФИЗИОТЕРАПИЯ ОСТЕОАРТРОЗА	184
<i>Волотовская А.В., Сущеня Е.А., Войченко Н.В., Яковлева Н.В., Хапалюк Н.Г.</i>	184
ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВНИЯМИ	189
<i>Жарнова В.В., Анищик Л.В., Пирогова Л.А.</i>	189
МЕТОД И АППАРАТ АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ «AVS-D»	193
<i>Зобнина Г.В., Ситник Г.Д.</i>	193
ПРИМЕНЕНИЕ ИНЪЕКЦИЙ ОЗОНОКИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ	196
<i>Кондратенко Л.В., Волотовская А.В., Миканович А.И., Ершова Л.М., Скуратова С.Г.</i>	196

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОФОТОТЕРАПИИ КАК КОМПОНЕНТА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОКСАРТРОЗА НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ ИЗМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	200
<i>Крючок В.Г., Лисковская Ю.О., Малькевич Л.А.....</i>	<i>200</i>
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАЛИТИЧЕСКИМ КОСОГЛАЗИЕМ.....	203
<i>Логош С.М., Пирогова Л.А.....</i>	<i>203</i>
ЭЛЕКТРОНЕЙРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА.....	207
<i>Манкевич С.М., Сиваков А.П., Подсадчик Л.В., Грекова Т.И.....</i>	<i>207</i>
НАДВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛИТОМ	211
<i>Никитина Н.И., Баранов Ю.Л., Федоришко Н.Н.....</i>	<i>211</i>
ЛОГНЕТЫ ИЗ ТЕРМОФОРМУЕМОГО КОМПОЗИТА ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	217
<i>Пирогова Л.А., Ярош А.С., Бут-Гусаим В.В., Невзень Д.В., Пилюк О.В., Карпуть В.Ч., Франтова Н.М.</i>	<i>217</i>
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА	221
<i>Пирогова Л.А., Ярош А.С., Бут-Гусаим В.В., Филилина Н.А., Житко Н.Л., Андрасюк И.А., Кветко О.В., Цитко И.В.</i>	<i>221</i>
ГИРУДОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ У ЖЕНЩИН	225
<i>Подсадчик Л.В., Сиваков А.П., Манкевич С.М., Грекова Т.И.....</i>	<i>225</i>
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ САНАТОРИЯ «ПОРЕЧЬЕ» ОАО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА».....	228
<i>Полуянова И.Е.....</i>	<i>228</i>
ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В САНАТОРИИ «РОСИНКА».....	232
<i>Репина А.А., Баранов Ю.Л., Никитина Н.И.</i>	<i>232</i>

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ РАННЕЙ СТАЦИОНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	238
<i>Рысеев Е.В., Каленчиц Т.И., Антонович Ж.В.</i>	<i>238</i>
РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ПРАКТИКЕ	243
<i>Сиваков А.П., Подсадчик Л.В., Манкевич С.М., Грекова Т.И.</i>	<i>243</i>
РАЗДЕЛ 4 ОПЫТ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗА РУБЕЖОМ	247
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ПАРЕЗ ЛИЦЕВОГО НЕРВА	247
<i>Бердыева Э.Б., Какаева А.Б.</i>	<i>247</i>
ПРИРОДНЫЕ ФАКТОРЫ КУРОРТА АРЧМАН В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ	252
<i>Муравенко А. А.</i>	<i>252</i>
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	256
<i>Оразалиева А.М., Плескановская С.А.</i>	<i>256</i>
РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ГРЯЗИ САНАТОРИЯ МОЛЛАКАРА	262
<i>Оразалыева А., Аннабердыева М., Оракаева Н., Сарыева Г., Ёллыева Ш.</i>	<i>262</i>
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «ЙЫЛЫ СУВ» В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ	265
<i>Ходжиев Р., Чарыев М., Чарыев Б., Хандыев Б., Шакулиев С.</i>	<i>265</i>

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Сборник научно-практических работ,
посвящённых 40-летию ОАО «Белагроздравница» и
25-летию филиала «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница»*

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф

Компьютерная верстка И. И. Прецкайло
Корректурa Л. А. Пироговой

Подписано в печать 28.01.2020.
Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Ризография.
Усл. печ. л. **16,00**. Уч.-изд. **12,70** л. Тираж **316** экз. Заказ **25**.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛП № 02330/445 от 18.12.2013. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.