

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета

29-30 января 2014 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук,
профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский,
профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич,
д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,
ст. преп. Л.Н. Каныгина.

ISBN 978-985-466-694-5

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-694-5

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2014

Увеличение толерантности к физической нагрузке в 1 группе было статистически недостоверным. Аналогичным способом изменён и объём выполненной работы.

Двойное произведение (ДП) на высоте нагрузки снижены на 10 условных единиц только во 2-й группе (в основном за счёт снижения систолического артериального давления).

Снижение ДП в 1-й группе не было статистически достоверным. Оно осталось на прежнем уровне.

Таким образом, лучшие гемодинамические и велоэргометрические показатели получены у больных 2-й группы, у которых уровень тренирующей ЧСС составил 75% от пороговой. У этих больных отмечено наибольшее снижение ЧСС в покое.

Систолическое АД в покое и на высоте нагрузки, увеличение толерантности к физической нагрузке, объём выполнения работы, снижения ДП.

Следует отметить также несколько лучшую динамику толерантности к физическим нагрузкам и объём выполненной работы у больных 3-й группы по сравнению с 1-й группой.

Выводы. Уровень двигательной активности, при

котором тренирующий пульс составил 75% от порогового, оказывает оптимальное тренирующее воздействие на пожилых людей, больных ИБС, улучшает ими переносимость физической нагрузки.

Литература:

1. Применение преимущественно немедикаментозных методов лечения больных хронической ишемической болезнью сердца в условиях стационаров, отделений восстановительного лечения поликлиник и санаторно-курортных учреждений: метод. рекомендации / В.М. Альхимович [и др.] – Мн., 1990.

2. Николаев, Л.Ф. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца / Л.Ф. Николаев, Д.Н. Аронов. – М., 1988.

3. Волков, В.С. Лечение и реабилитация больных стенокардией в амбулаторных условиях / В.С. Волков, Ю.М. Поздняков. – М., 1995.

4. Руммо, В.Е. Санаторный этап физической реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда: метод. рекомендации / В.Е. Руммо, В.М. Альхимович, В.И. Козловский. – Минск, 1997.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СКИПИДАРНЫХ ВАНН В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Руммо В.Е., Уселёнок С.П., Марченко А.А., Оленская Т.Л., Валуй А.А.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
ЧДУП «Санаторий «Лётцы»,
Санаторий «Железнодорожник»*

Актуальность. Распространенность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) увеличивается с угрожающей скоростью; в настоящее время она занимает 2-е место среди неинфекционных заболеваний и, согласно прогноза, к 2030 г. в странах Европы ожидается удвоение уровня смертности при данной нозологической форме (Чучалин А.Г., 2004).

Сложность лечения больных ХОБЛ в значительной степени связана с отсутствием в пульмонологической клинике надежных и безопасных препаратов противовоспалительного действия. Поэтому поиск эффективных методов воздействия на воспалительный процесс определен в качестве одного из приоритетных направлений в разработке данной проблемы (Белявский Л.С., 2003, Жданов В.Р., 2002).

По данным литературы, замедление темпов прогрессирования болезни, улучшение прогноза и качества жизни пациентов можно достигнуть при включении в лечебные схемы реабилитационных методов, и прежде всего физических факторов, обладающих противовоспалительной активностью, способствующих активации физиологических регуляторных механизмов (Клячкин Л.М., 1994, Самойлов В.О., 1997).

Наличие теоретических предпосылок к использованию метода и отсутствие научных работ, посвященных изучению лечебного действия скипидарных ванн с белой эмульсией, желтым раствором

и смешанных у больных ХОБЛ, послужили основанием для проведения настоящего исследования.

Материал и методы. Обследовано 92 больных ХОБЛ, основную долю составили мужчины трудоспособного возраста - от 30 до 60 лет.

Легкое течение заболевания установлено у 41,6% обследованных, среднетяжелое - у 58,4%, вялотекущий воспалительный процесс выявлен в 22,7% случаев. Эмфизема легких определялась у 52,3% больных, пневмосклероз очагового характера - у 18,1%, диффузного - у 45,6%. Дыхательная недостаточность I и II степени зарегистрирована у 54,4 и 16,1% пациентов соответственно. Большинство пациентов (67,5%) в течение многих лет курили.

Основными клиническими проявлениями ХОБЛ были кашель (100%), выделение мокроты слизистого (65,8%) или слизисто-гнойного (21,5%) характера, часто вязкой консистенции, одышка разной степени выраженности (70,5%). Симптомы интоксикации наблюдались у 61,7% больных, в том числе субфебрильная температура тела - у 11,4%. При осмотре увеличение объема грудной клетки, более низкое расположение легочных краев и ограничение их подвижности (19,5%) выявлены у больных с эмфиземой легких. Изменение перкуторного звука характеризовалось появлением коробочного оттенка (57%), укорочением (36,2%) или мозаичным (36,2%) его характером. Выслушивалось жесткое (58,4%) или ослабленное (34,9%)

дыхание, в ряде случаев - их комбинация в разных отделах легких. У большинства больных (61,7%) наблюдалось удлинение фазы выдоха, сухие экспираторные хрипы разной тональности (76,5%), разнокалиберные влажные хрипы (23,5%), шум трения плевры (3,3%).

Все больные в зависимости от лечебного метода были разделены на 4 группы, сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам. 21 больному 1-й группы назначали скипидарные ванны с белой эмульсией, 22 больным 2-й группы - с желтым раствором, 20 больным 3-й группы - смешанные скипидарные ванны, 29 больным 4-й группы (контрольная) - только симптоматические лекарственные средства (бронхолитические, мукоактивные препараты), массаж грудной клетки, фитотерапия, ингаляции, спелеолечение.

Скипидарные ванны проводили в ванной установке объемом 200 л с начальным количеством белой эмульсии, желтого раствора или их смеси 20 мл на 200 л пресной воды с постепенным его увеличением на 5 мл в каждой последующей процедуре, доводя количество раствора до 65-70 мл. Для смешанных ванн белую эмульсию и желтый раствор использовали в равных пропорциях. Процедуры назначали 5 раз в неделю при температуре воды 38-39 °С, экспозиции 10-15 мин; на курс 10-12 ванн.

Результаты и обсуждение. Курсовое применение скипидарных ванн с белой эмульсией, желтым раствором и смешанных оказало положительное действие на течение ХОБЛ, при этом клиническая эффективность составила 74,2%, 80,0% и 66,7% соответственно.

Больные ХОБЛ хорошо переносили лечение скипидарными ваннами, отмечали легкий запах хвои, ощущение приятного тепла, иногда легкого покалывания кожных покровов, общего расслабления, субъективного комфорта.

В то же время у 4 пациентов после 3 ванн с белой эмульсией скипидара наблюдались негативные реакции: развитие контактного дерматита (1), рецидив атопического дерматита (1), усиление симптомов аллергической риносинусопатии (1), развитие острого цистита (1), что послужило причиной их отмены и проведения медикаментозной коррекции.

В контрольной группе улучшение состояния наблюдалось у 41,4% больных. Динамика клинического состояния проявлялась улучшением самочувствия у большинства больных, уменьшением или устранением кашля, одышки, снижением объема мокроты и изменением ее характера (уменьшение гнойности, вязкости), нивелированием симптомов хронической интоксикации. Наблюдалось улучшение характера дыхания, устранение или уменьшение сухих и влажных хрипов, шума трения плевры, а также укорочения фазы выдоха.

В результате курсового применения белых

скипидарных ванн отмечено увеличение ОФВ с $69,4 \pm 2,54$ до $76,6 \pm 2,21\%$ ($p < 0,05$), тенденция к повышению индекса Тиффно с $66,9 \pm 2,41$ до $73,1 \pm 2,23\%$ ($p > 0,05$). Подобные изменения свидетельствуют об улучшении бронхиальной проходимости, преимущественно на уровне крупных дыхательных путей.

После лечения желтыми скипидарными ваннами наряду с увеличением интегральных показателей бронхиальной проходимости ОФВ ($p < 0,05$) и индекса Тиффно ($p < 0,05$) выявлена позитивная динамика всех параметров петли поток - объем.

Согласно приведенным данным, скипидарные ванны с белой эмульсией способствовали в основном повышению проходимости крупных бронхов, что можно объяснить значительной экспекторацией бронхиального секрета, отмеченной у больных этой группы. Ванны с желтым раствором вызывали уменьшение констрикции на всех уровнях бронхиального дерева, по-видимому, за счет выраженного уменьшения воспалительного отека слизистой оболочки и венозного застоя в МКК. Следствием улучшения функционального состояния кардиореспираторной системы служило повышение физической работоспособности больных ХОБЛ.

Выводы. 1. Использование белых скипидарных ванн предпочтительно при преобладании проксимальной обструкции дыхательных путей, в том числе при сочетании со снижением сократительной функции миокарда, супрессией клеточного иммунитета.

2. Назначать желтые скипидарные ванны следует пациентам с бронхиальной обструкцией, связанной с вялотекущим воспалительным процессом в респираторной системе на фоне гиперфункции гуморального иммунитета, гемодинамических нарушений в МКК.

3. Смешанные скипидарные ванны можно назначать при легком течении ХОБЛ.

4. Малоэффективным является использование водолечебного метода при формировании выраженных морфологических изменений в бронхолегочной системе.

Литература:

1. Айсанов А. Г., Кокосов А. Л., Овчаренко С. И. и др. // Рус. мед. журн. - 2001. - № 1. - С. 9-34.
2. Белевский А. С. // Лечебное дело. - 2003. - № 1. - С. 76 - 80.
3. Жданов В. Ф. Пульмонология. - 2002. - № 5. - С. 102-107.
4. Залманов А. С. Тайная мудрость человеческого организма. - М., 1966.
5. Клячкин Л. М. Пульмонология. - 1994. - № 1. - С. 6 - 9.
6. Модестова, И. В. Материалы по изучению бактериостатических и бактерицидных свойств хвойных деревьев: автореф. дис. к.м. н. / И. В. Модестова. - М., 1953.