

позволяющим купировать болевой синдром, значительно снизить выраженность диспепсических расстройств, формировать положительную эмоциональную сферу.

2. Адаптация к периодической гипоксии улучшает кислородный метаболизм тканей, что является важнейшим условием оптимизации регуляции функции организма у пациентов с соматоформными расстройствами желудочно-кишечного тракта.

Литература

1. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. – Л.: Медицина 1991. -224с.
2. Нормобарическая гипокситерапия (метод «Горный воздух»)/ Чижов А.Я., Стрелков Р.Б. и др. Под ред. Н.А. Агаджаняна. – М.:Изд-во РУДН,1994 -95с.
3. Меерсон Ф.З. Адаптационная медицина: Механизмы и защитные эффекты адаптации. – М.: НурохиаMedical, 1993. -331с.

ОПЫТ ПРИМИНЕНИЯ СКИПИДАРНЫХ ВАНН В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

***В.Е. Руммо², С.П. Уселёнок², А.А. Марченко³, Т.Л. Оленская¹, А.А.Валуй¹,
С.П. Воскобойникова³, А.Г. Николаева⁴***

¹УО «Витебский государственный медицинский университет»

²ДУП «Санаторий «Лётцы»

³Санаторий «Железнодорожник»

⁴Городской центр ГБТ и БКА, г. Витебск

Актуальность. 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).

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).

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.

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

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.

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 гноистости, 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. 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.

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

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

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

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. - М., 1953.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕНАЖЕРА VACU ELITE В ПРОГРАММЕ СНИЖЕНИЯ ВЕСА

Н.О. Звенигородская¹, Г.Д. Ситник²

¹Унитарное предприятие «Санаторий «Ченки»

²РНПЦ Неврологии и нейрохирургии

Reasonable use of a combination of the simulator in the treatment of complications.

Тренажер VACU ELITE представляет собой беговую дорожку, встроенную в инфракрасную капсулу с коллагеновыми лучами, цветотерапией, ионотерапией, вакуумтерапией, что при занятии с небольшой нагрузкой и интенсивностью приводит к улучшению лимфооттока и кровоснабжения «жировых депо» в области живота, бедер и ягодиц. Как следствие, жировые клетки значительно легче «растают» с жирами, которые затем транспортируются к мышцам и там сжигаются. Происходит уменьшение целлюлита, а также укрепление мышц.

Вакуум в сочетании с физической нагрузкой благотворно воздействует на всю сердечно-сосудистую систему, стабилизирует различные функции организма и способствует выведению токсинов из кожи и всего организма в целом. Кроме того, регулярные занятия служат хорошей профилактикой заболеваний, связанных с нарушением артериального кровообращения (вегето-сосудистая дистония, облитерирующий эндартериит, микроангиопатии, нарушение периферического кровообращения у курильщиков и др.).