

Ни у одного из пациентов за 3 года использования аппарата по программе Р7 не возникло болевых ощущений, из-за которых лечение должно было быть остановлено.

В случаях пожилого возраста, при слабой соединительной ткани, сопутствующих артериальной гипертензии, стенокардии напряжения, варикозной болезни лечение проводилось по программам Р2 и Р5. Наблюдалось уменьшение болевого синдрома в ногах, уменьшение отечности у 85% пациентов.

Лечение на аппарате «Вакумед» также было назначено лицам со «стажем» диабета более 15 лет, имеющим сочетание микро- и макроангиопатии нижних конечностей. Всего 71 пациент за период с 01.01.2013 по 01.10.2015. Клиническими проявлениями у них являлись нарушение цвета кожи голеней до бурого оттенка (90%), имелись трофические язвы голеней в анамнезе (48%), отсутствовала пульсация артерий тыла стопы (95%), ногтевые фаланги были деформированы (100%). Лечение назначалось по программам Р8 и Р2. Количество процедур от 5 до 10. Примерно 80% пациентов через год повторили курс процедур на аппарате «Вакумед». В данной группе в течение года не было рецидива трофических язв. Отмечалось уменьшение отечности (у 90%), отсутствие прогрессирования изменения цвета кожи голеней (у 70%), лучше заживали трещины кожи на пятках (у 98%), уменьшилась слабость в ногах при ходьбе (у 68%).

Таким образом, лечение на аппарате «Вакумед» может применяться в комплексной терапии пациентов с сахарным диабетом с целью замедления развития таких осложнений, как микро- и макроангиопатия нижних конечностей.

Литература

1. Заборовская З.В. Диагностика сахарно диабета и других нарушений углеводного обмена.//Семейный доктор. Минск, 2012.С.37-42.
2. Малков А.Б. Современные подходы к профилактике диабетической полинейропатии.//Лечебное дело. Минск, 2013.С.37-41.

ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ВЛИЯНИЕ МОНОГИПОКСИТЕРАПИИ

*А. А.Валуй¹, Т.Л. Оленская¹, Ю.А. Коваленко¹, А.А. Марченко³,
С.П. Уселёнок², В.Е. Руммо², С.П. Воскобойникова³*

¹УО «Витебский государственный медицинский университет»

²ДУП «Санаторий «Лётцы»

³Санаторий «Железнодорожник»

Актуальность. Основными механизмами соматоформных расстройств являются нервно-вегетативные нарушения. Данные расстройства желудочно-кишечного тракта являются состоянием дезрегуляции желудочно-кишечного тракта. Представляет клинический интерес использование адаптации к периодической гипоксии в лечении соматоформных расстройств, как мощного фактора расширяющего и совершенствующего физиологический диапазон регуляции нарушенных функций.

Пациенты с соматоформными расстройствами составляют от 30 до 45 % всего контингента, посещающих поликлиники и стационары общего типа, из них удельная доля соматоформных расстройств желудочно-кишечного тракта составляет не менее 40% от общего количества расстройств.

Цель. Изучить влияние моногипокситерапии на психо-эмоциональный статус пациентов ссоматоформными расстройствами желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены у 37 пациентов (12 мужчин и 25 женщин, средний возраст в группе составлял $26,5 \pm 7,6$ лет), прошедших курс моногипокситерапии (МГТ). Все пациенты с подозрением на соматоформное расстройство желудочно-кишечного тракта изначально были тщательно обследованы с использованием ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, общеклинических анализов, копрологического исследования для исключения органической патологии. Клинический диагноз выставлялся согласно диагностическим критериям МКБ–10. Давность заболевания составила от 5 до 11 лет (в среднем 5,4 года). Для проведения МГТ использовали газовую гипоксическую смесь с 10% концентрацией кислорода в азоте с относительной влажностью 40-70% при нормальном атмосферном давлении, получение которой осуществлялось на базе мембранной газоразделительной установки <<Био-Нова-204>> (фирма <<Био-Нова>>, г. Москва). Контроль процентного содержания кислорода в газовой гипоксической смеси на выходе производили измерительным комплексом, состоящим из датчика кислорода-СAG-250Е, цифрового измерительного прибора и адаптер-газоанализатора. Сеансы гипокситерапии проводились в циклически фракционном режиме с использованием масочного вида дыхания. Дыхание осуществлялось гипоксической газовой смесью продолжительностью пять минут, после чего следовал интервал длительностью пять минут, в течении которого больные дышали атмосферным воздухом. Продолжительность одного сеанса пятьдесят минут (пять циклов). Курс лечения составлял 16 сеансов. Для определения индивидуальной переносимости нормобарической газовой гипоксической смеси, всем больным основной группы перед началом курса МГТ проводилась десятиминутная гипоксическая проба. Оценку клинического и психоземонального статуса пациентов проводили в начале и конце курса МГТ с использованием опросника, разработанного на кафедре медицинской реабилитации и физического воспитания ВГМУ. Всем пациентам перед курсом МГТ и после окончания выполнялся общий анализ крови.

Данные обработаны с использованием пакета программ Statistika 6,0. Различия считали достоверными при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Ведущим симптомом функционального расстройства являлся болевой синдром, клинически выраженный у всех пациентов. Боли редко имели связь с приёмом пищи. Обычно боли отмечались в эпигастральной области, реже – в области пупка и других отделах живота, в единичных случаях были лишены определенной локализации и носили давящий, колющий и ноющий характер. Продолжительность болевого синдрома составляла от нескольких минут до дней и месяцев. Отмечалась связь болей с психическим состоянием пациента. Различной была и интенсивность болей: от очень слабых – до выраженных. Между продолжительностью и выраженностью болевого синдрома коррелировала следующая зависимость: более продолжительными были слабые боли; кратковременными, приступообразными – сильные. Рвота с предшествующей тошнотой, отмечавшаяся в основном после приема пищи, находилась в прямо пропорциональной зависимости от психотравмирующих ситуаций и эмоционального напряжения больных. Изредка тошнота, аэрофагия, рвота возникали на фоне болей в животе как непосредственное продолжение болевого синдрома с последующим после рвоты ослаблением боли. Также отмечались нарушения пищевого поведения: чаще в виде снижения аппетита, который проявлялся избирательностью в еде, уменьшением потребности в приёме пищи, ограничением её объема, а иногда – активным отказом от еды. Как правило, причины ухудшения аппетита не назывались. Отмечалась склонность к запорам, диарее с предшествующим урчанием кишечника, чувством вздутия живота, связанный с психоземональными нагрузками. У всех пациентов выявлены признаки эмоционального напряжения: эмоциональная лабильность, нарушения сна, раздражительность, чувство страха, беспричинный плач; вегетодистонические расстройства: сердцебиение,

головокружение, тремор, гипергидроз, немотивированная слабость, эпизодический кожный зуд.

Таблица 1 - Общая характеристика субъективной симптоматики у пациентов с соматоформными расстройствами желудочно-кишечного тракта

Субъективная симптоматика	В начале курса лечения n (%)	В конце курса лечения n (%)	p≤0,05
Боли	37 (100%)	8(21,6%)	0,0009
Диспепсический синдром			
Рвота	11 (29,7%)	2(5,4%)	0,04
Отрыжка	17(45,9%)	4(10,8%)	0,02
Тошнота	16(43,2%)	5(13,5%)	0,059
Аэрофагия	23(62,1%)	6(16,2%)	0,01
Диарея	11 (29,7%)	4(10,8%)	0,17
Запоры	13(35,1%)	6(16,2%)	0,23
Чувство вздутия живота	17(45,9%)	6(16,2%)	0,07
Астено-невротический синдром			
нарушения сна	26(70,2%)	4(10,8%)	0,0012
раздражительность	37(100%)	7(18,9%)	0,0005
чувство страха	14(37,8%)	4(10,8%)	0,06
эмоциональная лабильность	37(100%)	8(21,6%)	0,0009
беспричинный плач	8(21,6%)	2(5,4%)	0,1
сердцебиение	16(43,2%)	4(10,8%)	0,03
головокружение	26(70,2%)	5(13,5%)	0,0026
тремор	9(24,3%)	2(5,4%)	0,09
гипергидроз	15(40,5%)	3(8,1%)	0,02
немотивированная слабость	29(78,3%)	6(16,2%)	0,0022
эпизодический кожный зуд	3(8,1%)	-	0,29

Результаты и обсуждение. После проведения курса МГТ боли сохранялись только у 6 из 37 больных, причем продолжительность и интенсивность болей значительно снизилась, также отмечалось уменьшение и снижение активности диспепсических расстройств. Явления астено-невротического синдрома сохранялись у 8 из 37 пациентов.

Вследствие адаптации к периодической гипоксии отмечалось увеличение содержания эритроцитов и гемоглобина. Количество эритроцитов составляло в начале курса лечения $4,3 \pm 0,42 \times 10^{12}/л$ ($P < 0,001$), после курса лечения - $4,9 \pm 0,45 \times 10^{12}/л$, т.е. повышалась на 9,3%. Количество гемоглобина - $144 \pm 4,65 г/л$, после курса лечения - $155,6 \pm 3,62 г/л$ ($P < 0,001$). В конце курса лечения отмечалось повышение насыщения капиллярной крови кислородом во время острой гипоксической пробы (дыхание газовой гипоксической смесью в течение 10 минут), по отношению к данным в начале курса лечения HvO_2 возрос с $79,2 \pm 2,44\%$ до $82,1 \pm 2,87\%$ ($P = 0,001$) – на 3,7%.

Выводы.

1. Адаптация к периодической гипоксии является эффективным методом в лечении пациентов с соматоформными расстройствами желудочно-кишечного тракта,

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.