

Лечебные комплексы и реабилитационные программы этой группы больных включали грязелечение, бальнеотерапию с применением продуктов Сакского лечебную физкультуру, массаж, электросветолечение (по показаниям).

Анализируя результаты, следует отметить, что комплексное лечение больных с патологией костно-мышечной системы лечебными факторами Сакского озера не вызывало обострения патологического процесса, способствовало его постепенному разрешению, являлось оптимальным для наших больных на фоне проводимой облегченной медикаментозной терапии либо без таковой вообще. В соответствии с критериями оценки эффективности лечения положительные результаты отмечены у 97,3% больных.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

*Лепешко Е.Ю., Першукевич И.А., Климович И.И.*

УЗ «Больница скорой медицинской помощи г. Гродно»

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

*Актуальность.* В последние 10-15 лет количество случаев черепно-мозговой травмы (ЧМТ) увеличивается в среднем на 2% ежегодно. В структуре смертельных случаев общего травматизма на долю ЧМТ приходится 2/3, то есть более 65%. При этом, как правило, травму получают люди молодого и среднего возраста, что придает проблеме не только медицинское, но и важное социальное значение [1, 2]. При этом зачастую даже успешно проведенная оперативное лечение не предотвращает дальнейшее развитие всевозможных осложнений, что делает проблему вторичной их профилактики еще более актуальной для данной категории больных. Эффективность восстановительного лечения после перенесенной ЧМТ в значительной степени зависит от полноценности комплексов реабилитационных мероприятий с включением лечебной физической культуры [3, 4, 5].

*Цель работы* - определить возможности и оценить результат физической реабилитации пациентов с черепно-мозговой травмой.

*Материалы и методы исследования.* Нами проведён ретроспективный анализ 199 историй болезни больных с закрытой черепно-мозговой травмой субдуральной гематомой, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно в 2011-2012 гг. и проведено анкетирование 15 пациентов находящихся на лечении в сентябре-декабре 2012 года.

*Результаты и их обсуждение.* Среди наших пациентов были преимущественно 137(69%) мужчины с закрытой ЧМТ и субдуральной гематомой. Средний возраст их 43,2 года, причина ЧМТ - это ДТП у 68 (49,63%) пострадавших, падение у 42 (30,65%), удар у 27 (19,72%). При этом 73 (53,28%) пациента находилась в состоянии алкогольного опьянения различной степени тяжести. Общее состояние всех пациентов при поступлении в больницу было средней и тяжелой степени тяжести. Больше половины пациентов поступили в стационар позднее первых суток. Женщин было 62 (31%), средний возраст 46,3 года причина ЧМТ - ДТП у 18 (29,03%) пострадавших, падение у 34 (54,83%), удар у 10 (16,14%). При этом 20 (32,25%) пациенток находилась в состоянии алкогольного опьянения. В стационаре всем больным проводили клиническое обследование и выполняли комплекс диагностических мероприятий, рентгенографию, магнитно-резонансную томографию головного мозга. Прооперированно 180 (90%) пациентов, при этом 159 (88%) операций проведено экстренно, 21 (12%) операций в срочном порядке, умерло 45 (23%). У всех умерших закрытая ЧМТ и субдуральная гематома сочеталась с тяжёлым ушибом головного мозга и тяжелыми осложнениями основного заболевания.

На фоне основного нейрохирургического лечения в стационаре всем пациентам проводилась лечебная физическая культура (ЛФК) в раннем и промежуточном послеоперационном периоде. При проведении физических методов лечения мы учитывали характер и степень тяжести ЧМТ, состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, характер

перенесенной операции, ранее перенесенные и сопутствующие заболевания.

Больным проводилась дыхательная гимнастика, применяли лечение положением, лечебный массаж и пассивные упражнения, активные упражнения на расслабление мышц и улучшение микроциркуляции. Упражнения лёжа в перемене положения тела способствуют стимуляции метаболических процессов и являются подготовкой пациента к более активным физическим упражнениям в положении сидя, а затем и стоя. Проводили лечебный массаж воротниковой зоны и надплечий, который нормализует обменные процессы в головном мозге, активизирует кровообращение в организме. Вначале проводим лёгкое поглаживание этих областей и длительность массажа занимает 7-9 мин, постепенно время увеличиваем до 10-12 мин, увеличивая также силу массажных движений. Критерием при этом служит состояние тонуса массируемых мышц: чем он ниже, тем активнее проводим массаж. Необходимо подчеркнуть, что многие больные с ЧМТ имели невротические расстройства, которые в значительной мере затрудняли проведение реабилитационных мероприятий, поэтому в таких ситуациях, чтобы уменьшить и устранить эти проявления мы консультировались с психотерапевтом и проводили коррекцию имеющихся расстройств.

Реабилитационные мероприятия на промежуточном этапе (перед выпиской из стационара) предусматривают расширение двигательного режима за счет различных форм и методов ЛФК. Мы применяли дозированную ходьбу, подъемы по лестнице с постепенным увеличением дистанции и скорости передвижения при дозированной ходьбе, высоту и скорость подъема по лестнице. Темпы повышения нагрузки устанавливаются для каждого больного индивидуально в зависимости от его реакции на этот вид нагрузки. На этом этапе мы в полной мере использовали лечебный электрофорез с йодистым калием, на воротниковую область. Проведённый ретроспективный анализ историй болезней больных с ЧМТ и анкетирование 15 пациентов находящихся на лечении в сентябре - декабре 2012 года показали, что применение ЛФК в полном объеме способствует нормализации общего состояния пациента и скорейшему

восстановлению лабораторных показателей крови, отражающих объективный критерий выздоровления, а те пациенты, которые не получали по разным причинам ЛФК процесс выздоровления был в среднем на 3,2 дня больше. Лечебная гимнастика проводилась как для восстановительного лечения, так и с целью профилактики развития различных послеоперационных осложнений, главным образом пневмонии и посттравматической энцефалопатии.

Лечебные физические упражнения помогали снизить массу тела у больных с избыточным весом, что способствовало увеличению силы и тонуса мышц, улучшению общего кровообращения и в головном мозге в частности. После лечебной гимнастики, как правило, исчезают головные боли, тревожность и беспокойство. Благодаря адекватным физическим нагрузкам пациенты отмечали улучшение общего самочувствия, что подтверждалось и объективными методами исследований, а именно частотой пульса, нормализацией артериального давления, дыхания, электроэнцефалограммой. Проводимые специальные физические упражнения способствовали улучшению обмена веществ в целом. Кроме того проводили, специальные физкультурные занятия, которые помогают снять эмоциональное напряжение, бессонницу, раздражительность, что очень важно для восстановления деятельности головного мозга и укрепления сердечно-сосудистой системы. При выписке из стационара всем пациентам рекомендовано продолжить лечение в реабилитационных отделениях поликлиники по месту жительства.

#### *Выводы*

1. Лечение пациентов с ЧМТ помимо основного нейрохирургического вмешательства и медикаментозной терапии должно сочетаться с применением методов физической реабилитации, что сокращает сроки лечения и улучшает его результаты.

2. После выписки из стационара лечение всех пациентов перенесших ЧМТ необходимо направлять в отделение реабилитации в поликлинике или реабилитационный центр с целью профилактики развития поздних осложнений.

#### *Литература*

1. Кондаков, Е.Н. Черепно-мозговая травма: Руководство для врачей неспециализированных стационаров / Е.Н.Кондаков, В.В.Кривецкий. – М.:

Медицина, 2002. – С. 17-18, 20-21, 23-25.

2. Коновалов, А.Н. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том 1 / Под ред. А.Н.Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А.Потапова. – М.: Антидор, 1998. – С. 41-42.

3. Спифаков, В. А. Применение ЛФК у больных с тяжёлой черепно-мозговой травмой / В. А. Спифаков, В. В.Зверев. – М., 1985. – 45 с.

4. Современные проблемы реабилитации и спортивной медицины: материалы Респ. науч.-практ. конф., посвящ. 50-летию каф. медицинской реабилитации УО "ГрГМУ", 31 окт. 2012 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО "Гродн. гос. мед. ун-т" ; [отв. ред. Л. А. Пирогова]. - Гродно : ГрГМУ, 2012. - 287 с.

5. Стрелкова, Н.И. Физические методы лечения в неврологии / Н.И. Стрелкова. – М.: Медицина, 1991. – С. 87-94.

## **ИНДУКТОРЫ ИНТЕРФЕРОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ, КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

*Лысенко И.М., Федоришко Н.Н., Поплавский И.В.*

УО «Витебский государственный медицинский  
университет», Витебск

Филиал «Детский санаторий «Росинка»  
ОАО «Белагроздравница»

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 [1, 6, 7, 8, 20, 23].

Возбудителями респираторных заболеваний (вирусы, бактерии) у ребенка с «незрелой» иммунной системой нередко приводят к угнетению защитных иммунных механизмов и к различным осложнениям, которые способствуют формированию