

Наблюдения показали, что у большинства больных в конце лечения произошли положительные сдвиги в состоянии здоровья: головные боли исчезли у 21 больного, головокружение у 7, боли в области в сердце у 6, улучшение сна у 11 человек. АД понижалось лишь на 10-15-й день пребывания в санатории, что сочеталось в большинстве случаев с уменьшением субъективных ощущений. Систолическое давление после лечения в среднем составило 160,7 против 174,6 мм.рт.ст. до лечения, диастолическое давление составило 96,8 против 106,7 мм.рт.ст. Снижение систолического и диастолического давления наблюдалось во всех группах, однако в 3 группе, более существенно.

Итак, немедикаментозные меры направлены на снижение АД, уменьшение потребности в приёме лекарств и усиление их эффекта, на первичную профилактику артериальной гипертензии. Немедикаментозную программу снижения АД необходимо выполнять всем пациентам, независимо от тяжести артериальной гипертензии и медикаментозного лечения.

ПОКАЗАНИЯ К СПЕЛЕОЛЕЧЕНИЮ У ДЕТЕЙ

Ровбуть Т.И., Пономарев В.А., Ацкевич Т.В., Шут Л.А.

Филиал «Санаторий «Поречье» ОАО «Белагроздравница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Спелеоклиматотерапия — медицинская технология лечебного применения сильвинитовых камер искусственного микроклимата, основным средством которой является совокупность лечебных факторов окружающей организм пациента внешней среды, формируемой в сильвинитовой микроклиматической камере, выполненной из природных калийсодержащих соляных горных пород, а именно:

- повышенное, по сравнению с обычными условиями, содержание аэроионов и специфическое распределение их по подвижности и заряду;
- многоэлементный химический состав соляного аэрозоля

(близкий к составу морского аэрозоля), включающий хлориды натрия, калия, магния, кальция, брома, а также еще более 25 микровключений;

- повышенное, по сравнению с обычными условиями, содержание соляного аэрозоля конденсации и специфическое спектральное распределение его по размерам (массе), характеризующееся превалированием субмикронных частиц;

- незначительно повышенное и не выходящее за пределы естественного радиационного фона мягкое бета- и гамма-излучение повсеместно распространенного природного изотопа калий - 40, вызывающее постоянное генерирование легких отрицательных аэроионов, а также эффект радиационной нормализации систем гомеостаза [1].

Общепризнанным фактором риска для хронических обструктивных и аллергических заболеваний органов дыхания является высокая степень загрязнения воздушного бассейна веществами аллергенной природы и техногенными поллютантами.

В связи с этим коррекция окружающей воздушной среды с уменьшением аллергенной нагрузки и количества неспецифических раздражающих факторов является важным звеном в обеспечении дальнейшей эффективности фармакологического и других видов лечения. Среди используемых немедикаментозных методов особое место занимает спелеоклиматотерапия.

Биологическое воздействие спелеоклиматолечения на человеческий организм - явление многостороннее, многофакторное и до конца еще не изученное. Тем не менее, на основании данных опубликованных исследований можно утверждать, что это - комплексный вид лечения, при котором на организм больного оказывается воздействие физическими факторами (температура, влажность, газовый состав), имеет значение и психологическое воздействие (ощущение изоляции от «агрессивной» у внешней среды).

За счёт создания управляемого лечебного микроклимата, гипобактериальной воздушной среды, а также визуального воздействия оказывается секретолитическое, противовоспалительное и бронхолитическое действие.

Показания к спелеолечению в педиатрии [4]:

1. Хронические бронхолегочные заболевания (хронический обструктивный бронхит, рецидивирующий бронхит, муковисцидоз) в стадии ремиссии.
2. Церебральный паралич (легкой степени).
3. Бронхиальная астма.
4. Аллергический вазомоторный ринит.
5. Хронический синусит.
6. Хронический фарингит.
7. Хронический тубоотит.
8. Хронический тонзиллит.
9. Аденоиды.
10. Поллиноз.
11. Атопический дерматит в стадии ремиссии.
12. Угревая сыпь.
13. Вегетососудистая дистония.
14. Период реабилитации после перенесенных простудных заболеваний.
15. Частые ОРВИ, гриппы, пониженная сопротивляемость организма простудным заболеваниям.

Противопоказания к спелеолечению в педиатрии [4]:

1. Хроническое воздействие малых доз облучения.
2. Любые острые заболевания и обострение хронических заболеваний.
3. Наличие кровоточащих ран, гнойников, абсцессов.
4. Психические заболевания.
5. Болезни крови.
6. Злокачественные новообразования.
7. Туберкулез, бруцеллез.
8. Тяжелая сердечная недостаточность.
9. Кахексия, гипотрофия.
10. Болезни почек и мочевыводящих путей.
11. Судорожный синдром.
12. Гипертоническая болезнь II-Б стадии.

Спелеотерапия применяется детям с рождения. Методика лечения, частота курсов в течение года индивидуальны. Так при поллинозе целесообразно однократное проведение курса терапии именно во время обострения (непосредственно в период цветения

причинно-значимых растений). Длительность курса лечения может достигать 20-25 процедур, тогда как при хроническом обструктивном бронхите лучше провести 2-3 курса в год, длительностью по 10-15 сеансов. Возможно ночное пребывание больного в спелеокамере (дети старшего возраста и взрослые в условиях стационара или санатория) [2].

Причем лечение следует проводить вне яркого обострения, а также сочетать его с вибрационным массажем и дыхательной гимнастикой. Дети с аллергодерматозами, обычно получают спелеотерапию в фазу ремиссии заболевания по 10-15 процедур длительностью 1-1,5 часа курсами 2 раза в год.

Продолжительность сеанса лечения может быть от 1 часа до 6-8 часов. Причем, чем младше возраст ребенка, тем должна быть меньшая продолжительность. Кратность процедур может быть ежедневной при аллергических заболеваниях (кроме нестабильной формы бронхиальной астмы), до 2-х раз в неделю при хронических воспалительных заболеваниях дыхательных путей. Причем, чем интенсивнее у больного ребенка выделение мокроты, тем короче сеанс и реже процедуры.

Оптимальным положением пульмонологического больного при непосредственном проведении сеанса лечения является относительно расслабленное состояние покоя («поза астронавта» - полусидячее положение), поскольку диафрагма в этом положении не подвержена нагрузке процесс вдыхания-выдыхания происходит легче.

Для поддержания нормальных микроклиматических гипобактериальных и гипоаллергенных условий лечебной воздушной среды спелеоклиматической камеры в нее не допускается вносить книги, газеты, мягкие игрушки, пищевые продукты. Следует использовать для пациента только хлопчатобумажную одежду и сменную обувь.

Спелеоклиматотерапия - немедикаментозный метод, поэтому ее более всего можно отнести к средствам реабилитации, тем не менее, она может быть использована и в комплексном лечении в сочетании с лекарственными средствами или физиотерапией. В условиях санаторно-курортного лечения не рекомендуется проводить сеанс спелеотерапии непосредственно после гидротерапии (души, ванны, сауны).

Правила приема процедур при лечении в спелеокамере [3]

Процедуру принимают в спокойном состоянии, не отвлекаясь разговорами и чтением. Одежда не должна стеснять тело и затруднять дыхание.

Исходя из гигиенических соображений, перед курсом лечения пациенты обеспечиваются комплектом одежды (бахилы, накидка). Сменная обувь обязательна.

В спелеокамеру не разрешено вносить посторонние предметы (детям разрешены пластмассовые игрушки).

Мобильные телефоны во время сеанса должны быть выключены.

Перед сеансом не рекомендуется пользоваться косметикой и духами.

Сеансы следует проводить не ранее, чем через 1 час после еды или физической нагрузки. При заболеваниях носа, придаточных пазух вдох и выдох следует проводить через нос.

При заболеваниях глотки, гортани, трахеи и бронхов после медленного глубокого вдоха, осуществляемого порциями необходимо задержать дыхание на выдохе (по возможности), а затем произвести выдох, как можно медленнее. Отдельными порциями с временными промежутками между ними, около 1 секунды.

Рекомендуется проводить 10-25 процедур, назначаемых каждый день, либо через день. Повторные курсы рекомендуется проводить через 4-6 месяцев.

Следует понимать, что при действии первых процедур у больных бронхиальной астмой или хроническим бронхитом, могут участиться астматические приступы, усилиться кашель, увеличиться количество сухих хрипов в легких, снизиться проходимость легких. Однако, как правило, через несколько дней эти явления исчезнут и наступит заметное улучшение.

Литература

1. Speleoterapie. Principy a zkusenosti / Z. Jirka [a spolupr.] – Olomouc, 2001. – 69 s.

2. Методические рекомендации по оздоровлению учащихся в учреждениях основного и дополнительного образования / И.П. Корюкина, Л.В. Софронова, Л.Е. Санкина, Г.З. Файнбург, Л.И. Лурье, А.Р. Ковыев // Перм. гос. тех. ун-т. – Пермь, 2000. – 45 с.

3. Верихова, Л.А. Спелеотерапия в России. Теория и практика

лечения хронических заболеваний респираторного тракта в подземной сильвинитовой спелеолечебнице и наземных сильвинитовых спелеоклиматических камерах / Л.А. Верихова // Пермь, 2000. – 168 с.

4. Головин, Б. Показания к спелеолечению у детей / Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Б. Головин // Ивановская государственная медицинская академия. Иваново, 2002, 27 с., ил., Библ. 13. Рус. RU.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У РАБОТНИКОВ С ПРОИЗВОДСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

*Сиваков А.П., Рыбина Т.М., Исачкин В.П., Грекова Т.И.,
Саевич Н.И., Урбанович А.М.*

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск

ГУ «Республиканский научно-практический центр гигиены»,
Минск

УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск

Хронический бронхит (ХБ) является одной из наиболее частых форм хронических неспецифических заболеваний легких. Так при массовых исследованиях ХБ составляет в среднем 90%, в том числе 25% были выявлены признаки обструкции мелких бронхов [1]. При этом хронический бронхит, как причина первичного выхода на инвалидность в структуре инвалидности неспецифических заболеваний легких, составляет 42,4%. У 27,3% инвалидность 2-й группы устанавливалась уже при первом освидетельствовании. Смертность населения от хронического бронхита практически равна смертности от рака легкого.

ХБ часто протекает осложнено, с развитием сердечно-легочной и сердечной недостаточности. Среди пациентов преобладают лица старшего и пожилого возраста с присущими им сердечно-сосудистыми заболеваниями. Такая ситуация вызывает необходимость длительного приема различных медикаментов, что в свою очередь сопряжено с риском развития лекарственных осложнений. В связи с этим изыскание наиболее