

Вначале больному 1-2 раза в сутки придают полусидячее положение на 3-5 минут, затем начинается обучение сидения со спущенными ногами. Вслед за этим переходят к вертикализации – обучению стоянию около кровати на обеих ногах, попеременно на больной и здоровой. Если больной овладевает стоянием, начинается обучение ходьбе.

У больных с афатическими нарушениями в комплекс ранних реабилитационных мероприятий входит речетерапия. Включаются в лечебную гимнастику упражнения для тренировки моторики мимических мышц и орального тракта, стимулирует периферические рецепторы речедвигательной мускулатуры. Комплекс упражнений включает гимнастику губ, щек и языка. Проводятся 1-2 раза в день, каждое упражнение повторяется до 8 раз.

Через 2-3 недели от начала заболевания еще раз оценивается тяжесть инсульта и реабилитационный потенциал, от которого зависит перевод больного на последующие этапы реабилитации.

Раннее начало реабилитационных мероприятий очень важно для ускорения перестройки сохранившихся элементов пораженной структуры и для проявления реорганизации функций, побуждения анатомических структур к функциональным перестройкам. Чем раньше начинается этот процесс, тем более значителен эффект реабилитации, хотя достичь полного, и даже очень значительного восстановления функции не всегда представляется возможным.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ГИРУДОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Подсадчик Л.В., Сиваков А.П., Манкевич С.М.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск

Артериальная гипертензия (АГ) - широко распространенное заболевание у пациентов пожилого и старческого возраста, часто приводящее к тяжелым осложнениям - инсульту, инфаркту миокарда, инвалидизации и смерти пациентов. Наличие возрастных особенностей осложняет течение заболевания и

снижают эффект от проводимого лечения. Поиск и разработка комплекса специальных методов лечения и профилактики заболевания является необходимым для сохранения физического и психического здоровья пациентов до глубокой старости.

В процессе старения в крупных артериальных стволах наблюдается уплотнение внутренней оболочки, атрофия мышечного слоя, уменьшается количество эластических волокон и увеличивается содержание коллагеновых, это ведет к снижению эластичности сосудистой стенки и развитию ее ригидности. В результате возрастает скорость распространения пульсовой волны, повышается общее периферическое сосудистое сопротивление, что вызывает рост артериального давления (АД). Расширение венозного русла, снижение тонуса венозной стенки, ослабление общего мышечного тонуса, ухудшение присасывающей способности грудной клетки способствуют уменьшению венозного давления. С возрастом уменьшается количество функционирующих капилляров на единицу площади и диаметр капиллярных петель, усиливаются агрегационные свойства форменных элементов крови. В результате обеднения васкуляризации и снижения проницаемости капилляров в старческом возрасте нарушается кислородное снабжение тканей, развивается их гипоксия. При старении снижается сократительная способность миокарда, что обусловлено морфологическими изменениями (кардиосклероз, очаговая атрофия мышечных волокон, увеличение количества малоэластичной соединительной ткани), биохимическими сдвигами (снижение энергетического и минерального обмена), изменениями регуляции (снижение эффективности механизма Франка - Старлинга, ухудшение хроноинотропного механизма, уменьшение положительного инотропного влияния эндогенных катехоламинов). В результате повышения жесткости миокарда нарушается процесс диастолического расслабления в покое и особенно в условиях функционального напряжения сердечно-сосудистой системы. Вследствие снижения систолической и диастолической функций миокарда ограничивается функциональный резерв сердечного выброса при стрессовых воздействиях.

Изменяется характер регуляции кровообращения - с возрастом обнаруживается перераспределение объема циркулирующей крови в пользу кровоснабжения жизненно важных органов, в первую очередь головного мозга и сердца. Рефлекторные реакции сердечно-сосудистой системы становятся более инертными, что связано с ослаблением вегетативной иннервации сердца и сосудов. На фоне общего снижения вегетативного тонуса формируется относительное преобладание симпатической регуляции сердечной деятельности, повышается чувствительность сердечно-сосудистой системы к катехоламинам и другим гуморальным факторам регуляции. Уменьшается чувствительность барорецепторов к изменениям уровня АД. После стрессовых воздействий наблюдается замедленное восстановление параметров сердечно-сосудистой системы до исходного уровня, что указывает на несостоятельность механизмов нейрогуморальной регуляции. Эти изменения снижают адаптационные возможности стареющего организма, способствуют развитию сердечно-сосудистой патологии.

Ввиду наличия возрастных морфологических изменений сердца и сосудов влияние различных методов лечения на эти показатели значительно уменьшается у пациентов пожилого и старческого возраста. Методы гирудорефлексотерапии (ГРТ) оказывают разнонаправленное действие на деятельность сердечно-сосудистой системы. У пациентов пожилого и старческого возраста в большей степени влияние ГРТ проявляется в улучшении нейро-гуморальных механизмов, вегетативной сосудистой регуляции, регуляции центральных механизмов кровообращения, улучшаются агрегационные свойства и липидные показатели крови. Это положительно сказывается на состоянии системы кровообращения и в результате комплексного воздействия ГРТ проявляется улучшением адаптационных механизмов сердечно-сосудистой системы.

Для лечения АГ у пациентов были использованы комбинации методов классического иглоукалывания (использовались корпоральные и аурикулярные точки) и гирудорефлексотерапия - постановка пиявок на точки акупунктуры области печени, сердца, крестцовой и воротниковой

зоны с целью коррекции лабораторных показателей липидного, углеводного обмена и коагуляционных свойств крови.

ГРТ проведена у 23 больных с АГ 2-3 степени, 3-4 степенью риска сердечно-сосудистых осложнений в возрасте от 60 до 72 лет (18 женщин, 5 мужчин).

У всех пациентов ГРТ проводилась на фоне базовой медикаментозной терапии. Курс лечения состоял из 10 процедур. Иглоукалывание проводилось ежедневно, гирудотерапия использовалась через день. Точки акупунктуры подбирались согласно восточным традиционным принципам в соответствии с клинической картиной заболевания.

После курса лечения у всех пациентов наблюдалось улучшение различной степени. Отмечалось снижение АД, уменьшение вегетативных клинических проявлений – головные боли, онемение конечностей, нарушение сна. После использования ГРТ также улучшались коагуляционные свойства крови, показатели липидного спектра. Все пациенты отмечали повышение эффективности приема антигипертензивных препаратов.

Таким образом, ГРТ является эффективным методом терапии у пациентов с АГ, способствует улучшению течения заболевания, снижает вероятность возникновения тяжелых осложнений.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОСТАЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Полынский А.А., Милешко М.И., Троян А.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», Гродно

Лимфостаз нижних конечностей – полиэтиологическое заболевание, вызванное нарушением оттока лимфы. Различают врожденную и приобретенную формы лимфостаза. Врожденная, или первичная, форма чаще всего связана с недоразвитием лимфатической системы. Редко встречаются случаи, связанные со сдавлением лимфатических сосудов амниотическими перетяжками. Встречаются случаи наследственной формы лимфостаза,