

спастичность верхней конечности у постинсультных пациентов достоверно снижается при сочетании БТА с другими лечебными факторами (электростимуляция, шинирование и др.) [Gracies J.-M., Singer B.J, 2007]. В настоящее время выделяют ряд паттернов спастичности руки (приведенное, внутренне ротированное плечо; согнутый локоть; согнутое запястье; пронированное предплечье; сжатый кулак и т.д., возможны комбинации перечисленных выше форм.

На базе РНПЦ неврологии и нейрохирургии начата научно-исследовательская работа по комплексному применению БТА у пациентов с постинсультной спастичностью верхней конечности. В рамках исследования будет разработан комплекс реабилитационных мероприятий по лечению постинсультной спастичности верхней конечности на основании клинико-инструментальных исследований, использования новых методов лечения, что позволит повысить уровень и эффективность оказываемой медицинской помощи за счет рационального назначения лечебно-реабилитационных мероприятий, а также повышения качества жизни и уровня социально-бытовой адаптации пациентов.

Получены первые положительные результаты, которые по мере накопления данных, будут изложены в последующих публикациях.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У РАБОТНИКОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

***Рыбина Т.М., Сиваков А.П., Ляликов С.А.,
Грекова Т.И., Саевич Н.И.***

*Республиканский научно-практический центр гигиены, Минск
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно
УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск*

Цель исследования: оценить влияние различных методов медицинской профилактики на иммунный статус и функцию внешнего дыхания пациентов с профессионально обусловленным

бронхитом.

Материалы и методы: в исследование включены 66 работников машиностроения, подвергающихся воздействию промышленного аэрозоля, страдающих профессионально обусловленным бронхитом. Все исследуемые пациенты разделены на две сопоставимые группы исследования.

Первая группа включала 32 человека. Средний возраст исследованной группы $54,7 \pm 8,7$ года. Пациенты распределились по полу следующим образом: 12,5% составили женщины и 87,5% - мужчины. Распределение по классам пылевой нагрузки: 70,0% составили работники, которых условно можно было отнести ко второму классу пылевой нагрузки. Работники с высоким классом пылевой нагрузки составили 10,0%. Пациенты данной группы получали в качестве методов медицинской профилактики классическое иглоукалывание и надвенное лазерное облучение крови.

Вторую группу составили 34 пациента, средний возраст $51,7 \pm 11,3$ года. При распределении пациентов по полу 21,5% составили женщины и 78,5% - мужчины. Распределение по классам пылевой нагрузки: 70,0% составили работники, которых условно можно было отнести ко второму классу пылевой нагрузки. Работники с высоким классом пылевой нагрузки составили 10,0%. Пациентам этой группы проводили классическое иглоукалывание в сочетании с магнитотерапией.

Проведены спирометрические исследования, монотрия ротовой полости, пульсоксиметрия, газоанализ, ВРС, оценка тестов САТ и САН, определены уровни IL-1 β , IL-6, IL-10, TNF- α , IgG, IgA, IgE, IgM. Исследования проводились двукратно (до и после 10 дней курса реабилитации).

Результаты: прирост объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1 после лечения - ОФВ1 до лечения) достоверно ($\text{Chi-Square}=6,49$, $p=0,04$) зависел от характера проводимой терапии. Наибольший подъем этого показателя отмечался у пациентов 1-й группы. После лечения у пациентов 2-й группы отмечена тенденция к увеличению среднего значения сатурации артериальной крови за 2-й этап и достоверный рост минимального значения сатурации артериальной крови за 1-й этап.

Динамика концентрации ИЛ-1 (ИЛ-1 после лечения - ИЛ-1

до лечения) достоверно ($\text{Chi-Square}=12,74$, $p=0,002$) зависела от характера проводимой терапии. Наибольшее снижение этого показателя отмечалось у пациентов 2-й группы. У представителей 1-й группы на фоне лечения существенно снизилось сывороточное содержание белка системы комплемента С3.

У пациентов опытных групп после проведенной терапии достоверно повысились показатели всех шкал теста САН (самочувствие, активность, настроение) и увеличился результат итоговой оценки в сравнении с контрольной группой.

Содержание ФНО-альфа в крови находится в отрицательной связи с массой тела ($R=-0,39$, $p<0,05$) и возрастом ($R=-0,37$, $p<0,05$). Имеется также достоверная отрицательная зависимость между уровнем этого цитокина и показателями внешнего дыхания больных ДО ($R=-0,44$, $p<0,03$) и МОД в покое ($R=-0,51$, $p<0,01$). На уровне тенденции концентрация ФНО-альфа связана со степенью дыхательной недостаточности у пациента ($R=-0,45$, $p=0,06$). Уровень Ил-10 достоверно отрицательно коррелирует с возрастом больных ($R=-0,45$, $p<0,02$) и положительно – с содержанием общего белка в сыворотке крови ($R=0,50$, $p<0,02$).

Концентрация ИЛ-6 существенно связана с количеством лейкоцитов в крови ($R=-0,67$, $p<0,01$). Такая же отрицательная зависимость установлена между числом лейкоцитов и содержанием в сыворотке крови IgA ($R=0,59$, $p<0,03$) и IgM ($R=0,51$, $p<0,05$).

Уровень иммуноглобулинов классов А, Е и G положительно коррелирует с МОД ($R=0,42$, $p<0,05$; $R=0,46$, $p<0,03$; $R=0,49$, $p<0,02$, соответственно). Концентрация IgM высокодостоверно положительно связана с уровнем сатурации крови кислородом при задержке дыхания ($R=0,55$, $p<0,01$) и гипервентиляции ($R=0,53$, $p<0,02$), и отрицательно – с индексом качества жизни ($R=-0,79$, $p<0,04$).

Содержание компонента комплемента С3 положительно коррелирует с величиной SpO_{min} при гипервентиляции ($R=0,47$, $p=0,05$), а С4 – с уровнем общего холестерина в сыворотке крови ($R=0,53$, $p<0,03$).

Заключение. Проанализированные нами данные свидетельствуют о позитивном влиянии предложенных методик

на показатели иммунологической реактивности организма, адаптационный потенциал, показатели функции внешнего дыхания. Используемые методы могут быть использованы при проведении реабилитации пациентов с профессионально обусловленным бронхитом.

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОТЕРАПИИ И КРИОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сиваков А.П., Горбач О.В., Жукова Т.В.

*Белорусская медицинская академия последипломного
образования МЗ РБ, Минск*

*Республиканский научно-исследовательский институт ортопедии и
травматологии, Минск*

Современный этап развития восстановительной медицины характеризуется всё более усиливающимся вниманием к физическим методам профилактики и лечения наиболее распространённых заболеваний. Среди них особый интерес представляет криотерапевтическое воздействие экстремально низкими температурами.

Криотерапия (КТ) основана на использовании холодового фактора в субдеструктивных экспозициях для отведения тепла от тканей, органов или всего тела человека с помощью криогенных газообразных рабочих тел. В результате воздействия сухим холодным воздухом на организм человека температура тела снижается в пределах криоустойчивости, однако выраженных сдвигов терморегуляции организма не происходит [2].

По данным зарубежных и отечественных клиницистов, основными областями применения КТ и КП в клинической практике являются: ортопедия и травматология, ревматология, спортивная медицина, дерматология и косметология, неврология, гинекология, педиатрия, геронтология.

Противопоказания к проведению процедуры криотерапии следующие:

- Общие противопоказания к физиотерапии и рефлексотерапии.
- Нарушения периферического кровообращения (болезнь