



XII КОНГРЕС

**СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ
УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ**

**25-28 вересня 2008 року
місто Івано-Франківськ**

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

за ЛК-1, так і - ЛК-2 у першій групі обстежених. У хворих другої групи рівень Γ знизився в 1,3-1,5 рази і наближався до норми ($P < 0,05$) при ЛК-2.

Вміст NO_2^- в КВП хворих на БА до лікування був високим і залежав від фази захворювання. Різке збільшення рівня видихуваного NO_2^- в 10 - 15 разів спостерігалось у пацієнтів в період безпосередньо перед нападом задухи. Період ремісії та між нападами характеризується більш низьким вмістом NO_2^- в КВП (в 1-3 рази).

Після лікування спостерігалось суттєве зниження у 2-3 рази рівня видихуваного NO_2^- , що свідчить про зниження активності запального процесу дихальних шляхів.

906. ДО МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В УМОВАХ АЕРОЗОЛЬТЕРАПІЇ

Сухан В.С.

м.Ужгород, Україна, Науково-практичне об'єднання "Реабілітація" МОЗ України

Проведені клініко-функціональні дослідження у 48 хворих на бронхіальну астму (БА), які проходили лікування в умовах високодисперсного аерозолі кам'яної солі за ЛК-1 (20 пацієнтів) та доповнене небулайзерними інгаляціями вентоліна перед сеансом аерозольтерапії - ЛК-2 (28 обстежених). Всі хворі поступили на лікування в фазі неповної ремісії. Вік пацієнтів був від 20 до 60 років.

Лікування за ЛК-1 і ЛК-2 супроводжувалось підвищенням приросту показників вентиляції легень, при чому зі значними змінами за ЛК-2, яке забезпечує більш ефективне лікування, що проявлялось з більш швидким зменшенням клінічних ознак хвороби (кашлю, сухих хрипів та нападів ядухи). Клінічний ефект лікування полягав у покращенні вентиляції легень за рахунок дії інгаляцій вентоліна, що забезпечує більш повну доставку аерозолі в термінальні відділи бронхіального дерева.

В групі хворих, які лікувались за ЛК-1 достовірних змін показників не відмічалось: приріст показників функції зовнішнього дихання коливався від 2,2 до 7,0% крупних бронхів, а приріст показників дрібних бронхів (МОШ_{75} , МОШ_{25-75}) всього від 0,1 до 1,0%.

Порівняння груп хворих, які лікувались за ЛК-1 і ЛК-2 показало, що приріст показників вентиляції легень збільшувався після лікування на 14-22% і був достовірним у групі обстежених, які отримували додатково небулайзерні інгаляції з вентоліном, як у пацієнтів з легким перебігом, так і середньої важкості, що пояснюється покращенням проходження потоку сольового аерозолі через легені.

Таким чином, використання ЛК-2 дозволяє значно підвищити ефективність лікування хворих на бронхіальну астму, особливо при перебігу середньої важкості.

907. РОЛЬ БАТЬКІВ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЕНУРЕЗОМ

Чурпій К.Л., Чурпій І.К.

м.Мала Виска, Україна, Маловисківська ЦРЛ Кіровоградської обл.

Нічне нетримання сечі – енурез завжди сприймається дітьми і членами їх сімей з негативними емоціями. Захворювання впливає на відчуття власної гідності і неповноцінності. Діти, які ранком проснулись з мокрим простирадлом відчують себе подавленими, соромляться оточуючих. Навіть малі діти переживають проблему з трагізмом. Вони соромляться своїх ровесників, часто замикаються в собі, бояться насмішок оточуючих. В деяких випадках такі діти схильні до усамітнення. Відчуття невпевненості в собі може поглиблюватися в дитячому садку, в шкільному віці.

У дітей з тривалим перебігом хвороби під впливом постійних переживань змінюється характер. В деяких випадках вони стають агресивними або навпаки нерішучі і замкнуті, відмежовуються від товаришів. Особливо це проявляється в підлітковому віці.

Всі ці проблеми необхідно знати батькам дитини, які мають бути союзниками дитини в подоланні її хвороби. Вони мають запастися терпінням і зберігати абсолютний спокій до того часу, поки не отримають відповідного ефекту. Враховуючи, що однією з причин енурезу є психотравма, потрібно батькам забезпечити для дитини абсолютний спокій, нормалізувати психологічний клімат в домі. Дитині необхідно приділяти більше уваги, читати разом книги, ходити на прогулянки, особливо у вечірній час.

На психіку дитини позитивно впливає малювання. Потрібно максимально розкріпостити мислення дитини, відказатися від стандартів, які можуть бути застосовані у здорових дітей. В сім'ї потрібно створити атмосферу спокою і розслабленості, настроїти дитину на зняття проблеми енурезу. В сім'ї не повинно бути розмов дорослих, які ведуться за спиною дитини і в яких обговорюються її стан. Діти все чують і помічають і реагують на них негативно.

Батьки мають з добротою і з розумінням відноситися до проблем дітей з нічним нетриманням сечі, бути спільниками дітей у поверненні їх до повноцінного життя.

Лише при таких умовах спільних зусиль батьків і дітей можливий успіх реабілітації дітей з енурезом.

Мета нашого дослідження – вивчення ефективності примінення нового методу грязелікування хворим старшої вікової групи на остеоартроз колінних суглобів (ОА).

Матеріали і методи

Спостерігались 70 пацієнтів основної групи в віці 60 – 79 років, які хворіли на ОА колінних суглобів та мали супутню патологію: ГХ – І ст. – 20 чол., ГХ – ІІ ст. – 30 чол., ІХС – 20 чол. (жінок – 50, чоловіків – 20) та 30 чоловік контрольної групи з подібним захворюванням. Цим хворим були протипоказані загальні грязьові аплікації. Для основної групи пацієнтів було застосовано новий метод грязелікування – інфрапелотерапія (ІПТ), який полягає в використанні грязьових аплікацій з наступним тепловим опроміненням інфрачервоного та червоного світла в спеціально обладнаній камері. Пацієнти в камері постійно рухаються. Методика для кожного пацієнта індивідуальна, на курс лікування 10 процедур. Контрольна група хворих грязелікування не приймала. Оцінка результатів лікування проводилась за допомогою таблично-індексної карти в балах, яка відображала динаміку клінічних симптомів, лабораторних і інструментальних даних.

Результати дослідження

Позитивна динаміка результатів лікування відмічалась в обох групах: основній – 89,0% , контрольній – 68,0%. На протязі лікування у пацієнтів основної групи не спостерігались високі цифри артеріального тиску, посилення задишки, не відмічались карді альні болі, покращилась динаміка по основному захворюванню: зменшився больовий синдром, збільшився об'єм рухів в суглобах на 10°.

Таким чином, метод інфрапелотерапії для хворих старшої вікової категорії, які знаходились на лікуванні в нашому санаторії є ефективним поряд з іншими методами.

904. СИСТЕМА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ПРИ СОЛЬОВІЙ АЕРОЗОЛЬТЕРАПІЇ

Сливко Р.Я., Сухан В.С., Тракслер З.А

м.Ужгород, Україна, Науково-практичне об'єднання "Реабілітація" МОЗ України

Обстежено 148 хворих на бронхіальну астму (БА), які проходили курс лікування із застосуванням високодисперсного аерозолі кам'яної солі в НПО "Реабілітація". За методикою лікування хворі розподілені наступним чином: 96 пацієнтів проходили базисне лікування (ЛК-1), а 52 комплексне (ЛК-2), яке включало високодисперсний аерозоль кам'яної солі, доповнений апаратною фізіотерапією.

Антиоксидантна забезпеченість організму оцінювалась за наступними показниками: активності каталази еритроцитів (КТ), визначення перекисного гемолізу еритроцитів (ПГЕ), міжклітинного водорозчинного антиоксиданту церулоплазміну (ЦП) та комплексного показника К, який являється похідною зміни показників - КТ, ПГЕ та ЦП у хворих по відношенню до норми.

У всіх хворих на БА до лікування, виявлено зниження антиоксидантного захисту організму. Причому зниження антиоксидантного захисту було найбільш виражено при середній важкості захворювання. У даних хворих глибина антиоксидантного статусу була найбільш виражена, К дорівнював 0,38 (норма 1,0), що можна розцінювати як виснаження антиоксидантних засобів захисту.

Проведене лікування хворих на БА в умовах високодисперсного аерозолі кам'яної солі за ЛК-1 і ЛК-2 супроводжувалось підвищенням антиоксидантного захисту, що проявлялось у підвищенні активності каталази ($P < 0,05$, $< 0,01$) та рівня перекисного гемолізу еритроцитів ($P < 0,05$). Комплексне лікування за ЛК-2 сприяло більш вираженому приросту показників антиоксидантного захисту організму.

905. ВПЛИВ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ АЕРОЗОЛЬТЕРАПІЇ НА АКТИВНІСТЬ ЗАПАЛЬНОГО ПРОГЦЕСУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Сухан В.С.

м.Ужгород, Україна, Науково-практичне об'єднання "Реабілітація" МОЗ України

Клінічно обстежено і проліковано 49 хворих на персистуючу бронхіальну астму (БА) легкого (І група) та середнього (ІІ група) ступеня важкості у фазі неповної ремісії, які проходили стаціонарне лікування в НПО "Реабілітація" за двома лікувальними комплексами (ЛК-1, сольова аерозольтерапія - 23 пацієнта, та ЛК-2, доповнений інгаляціями салбутамолу - 26 хворих).

Активність запального процесу та алергічного запалення оцінювали за вмістом гістаміну в крові та оксиду азоту (NO_2) в конденсаті видихуваного повітря (КВП). До лікування рівень гістаміну (Г) в крові був підвищеним в усіх хворих від 1,5 рази до 1,9 рази. Виявлено достовірне ($P < 0,05$) збільшення рівня Г в крові у хворих 2-ої групи по відношенню до 1-ої. При цьому, відмічено високий рівень Г у 54 % пацієнтів з легким перебігом захворювання і у 86% хворих середньої важкості. Після лікування в умовах сольової аерозольтерапії спостерігалось достовірне зниження вмісту Г в крові ($P < 0,01$), як у пацієнтів, які лікувались