

но-курортное лечение, включающее методы климатолечения, общие минеральные ванны, ЛФК и массаж на фоне соблюдения режима отдыха и диетпитания.

* * *

МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ

Никитин М.В.² (vulan2010@mail.ru),
Павловский С.А.² (se-pavlov@yandex.ru),
Кончугова Т.В.¹ (umc-unc@mail.ru),
Никитина А.М.¹ (nikitinaam@nmicrk.ru)

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, «Санаторно-курортный комплекс «Вулан» — научно-клинический филиал», с. Архипо-Осиповка, Геленджик, Краснодарский край, Россия

Важным аспектом реабилитации пациентов с посттравматическими артрозами является комплексное физиотерапевтическое лечение с использованием природных и преформированных физических факторов. Возможности бальнеотерапии, грязелечения, аппаратной физиотерапии не исчерпываются получением выраженного обезболивающего эффекта, а основаны на многогранном патогенетически обоснованном действии физических факторов на процессы микроциркуляции, регенерации, основные звенья метаболизма.

Проведено рандомизированное контролируемое исследование у пациентов с посттравматическим артрозом плечевого сустава на базе Санаторно-курортного комплекса «Вулан» — научно-клинический филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России. Курс медицинской реабилитации прошли 178 человек со стойким болевым синдромом в проекции плечевого сустава. Методом ударно-волновой терапии были пролечены 82 пациента в возрасте от 28 до 79 лет и проведен сравнительный анализ с результатами лечения у 94 пациентов с аналогичной патологией, принимавших традиционные процедуры (ультрафонофорез с гидрокортизоном, озокеритотерапия, СМТ-терапия). Пациенты обеих групп получали базовое санаторно-курортное лечение: климатотерапию, общие хлоридные натриевые ванны, ЛФК, массаж шейно-воротниковой зоны с захватом пораженного сустава.

В результате проведенных реабилитационных мероприятий отмечено, что применение ударно-волновой терапии в лечении плечелопаточного болевого синдрома позволяет достичь более выраженного и стойкого снижения интенсивности болевого синдрома, достоверного увеличения объема движений в пораженном сегменте по сравнению с традиционным санаторно-курортным лечением. Безусловно,

что существенный вклад в суммарную высокую результативность лечения пациентов с плечелопаточным болевым синдромом вносит также комплексное санаторно-курортное лечение, включающее методы климатолечения, общие минеральные ванны, ЛФК и массаж на фоне соблюдения режима отдыха и диетпитания.

* * *

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТФЛЕБИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Никифорова Т.И. (nikiforova.tania@yandex.ru)

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

В настоящее время проблема профилактики венозных тромбоэмболических осложнений (тромбоэмболий легочных артерий, инсульта, тромбоза глубоких вен) остается важнейшей проблемой клинической медицины и затрагивает профессиональную сферу врачей всех без исключения специальностей, что обусловлено их чрезвычайно высоким потенциальным риском для здоровья и жизни пациентов.

Представлен обзор литературных данных с использованием российских и зарубежных источников по использованию медикаментозных и немедикаментозных методов медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов, обладающих профилактическим влиянием на возникновение опасных тромбоэмболических осложнений. Общепринятой тенденцией в мире является широкое применение консервативных методов лечения и профилактики тромбоэмболии легочной артерии, инсульта, тромбоза глубоких вен, которые ограничиваются применением компрессионного лечения, курсов флеботропных медикаментозных средств и антикоагулянтов. Однако даже низкие дозы антикоагулянтов, которые назначаются для предотвращения тромбоза глубоких вен, сопровождаются повышенным риском кровотечения, в том числе внутричерепным кровоизлиянием, что перевешивает пользу профилактики тромбоза глубоких вен. В связи с чем активно разрабатываются эффективные и безопасные методы профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов, в частности, с постфлебитическим синдромом нижних конечностей с использованием немедикаментозных технологий, способных предотвратить и/или значительно снизить количество жизне-опасных осложнений и смертности при минимальном риске развития кровотечений. Так, широко применяется магнито- и лазеротерапия, обладающие противовоспалительным, противоотечным, гипокоагулирующим эффектами; хлоридные натриевые, сероводородные, воздушно-углекислые и воздушно-радо-

новые ванны, оказывающие трофотропное и регенеративное действие, противовоспалительный эффект пелоидотерапии, а также комплексное использование указанных немедикаментозных методов. Научно разработан комплексный метод профилактики, включающий в себя лечебную гимнастику в бассейне, воздушную локальную криотерапию и импульсное низкочастотное электростатическое поле, воздействующие на ведущие патогенетические звенья постфлебитического синдрома: венозный отток, вено-венозный сброс, процессы флебо- и лимфодинамики, микроциркуляции и гемореологии, способствующий компенсации сердечно-сосудистой деятельности.

Комплексные немедикаментозные методы вторичной профилактики венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов с постфлебитическим синдромом нижних конечностей позволят на фоне курсового приема медикаментозных средств, улучшить результаты стандартного консервативного лечения и профилактики, предотвратить или значительно уменьшить количество жизне-опасных венозных тромбоэмболических осложнений (тромбоэмболий легочной артерии, инсульта, тромбоза глубоких вен) при минимальном риске развития кровотечений и повысить качество жизни пациентов.

* * *

КОМПЛЕКСНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Никифорова Т.И. (nikiforova.tania@yandex.ru)

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) остается важнейшей составляющей в структуре сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Сочетание АГ с ишемической болезнью сердца (ИБС), в силу взаимного отягощения, является актуальной проблемой с точки зрения лечебных воздействий. В международных исследованиях доказана бимодальная зависимость прогноза заболевания, риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смертности у пациентов с АГ в сочетании с ИБС от уровня АД, нарушений структурно-функционального состояния миокарда и липидного профиля. В связи с чем, комплексный подход к лечению таких пациентов является приоритетным, предполагает наибольшую его эффективность от комплексных воздействий на многофакторный патогенез сердечно-сосудистой патологии. Пациентам с АГ в сочетании с ИБС получающим антигипертензивную терапию, в связи с доказанными преимуществами в снижении риска ССО рекомендуется снижать систолическое АД до целевого уровня ≤ 130 мм рт.ст.

Цель исследования. Научное обоснование применения комплексных технологий лечения пациентов с АГ в сочетании с ИБС, относящихся к утяжеленной категории кардиологических больных, направленных на уменьшение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и улучшение прогноза заболевания на санаторно-курортном этапе.

Материал и методы. В исследование вошли 90 пациентов с АГ III стадии, 1—2-й степени, очень высокого сердечно-сосудистого риска в сочетании с ИБС, стенокардией напряжения I—III ФК, которые методом простой рандомизации 1:1 были распределены на две группы, сопоставимые по возрасту, основным клиническим проявлениям: 1-я группа (40 пациентов) получала общие кремнистые ванны, инфракрасную лазерную терапию; 2-я группа (50 пациентов) — общие кремнисто-углекислые ванны, инфракрасную лазерную терапию и спелео-климатотерапию. Все пациенты находились на постоянной оптимально подобранной медикаментозной терапии, которая не менялась в течение последних 2 мес до начала исследования. Пациентам ежедневно, в утренние часы измеряли АД, дважды (до и после курса лечения) проводили ЭХОКГ с целью оценки динамики структурно-функционального состояния миокарда, оценку липидного спектра крови.

Полученные результаты статистически обработаны с помощью программ Statistica 10. Уровнем статистической значимости было принято значение $p < 0,05$.

Результаты и заключение. Полученные результаты комплексного применения вышеуказанных физиобальнео-климатофакторов в лечении пациентов с АГ в сочетании с ИБС свидетельствуют о коррекции основных факторов риска развития ССО: повышенного уровня АД, структурно-функциональных нарушений миокарда, липидного спектра крови, предупреждение заболевания преимущественно во 2-й группе больных, получавших более полное комплексное лечение с включением общих кремнисто-углекислых ванн, инфракрасной лазерной терапии и спелео-климатотерапии.

* * *

ТЕХНОЛОГИИ КОМПЛЕКСНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Никифорова Т.И. (+7(906)731-8200; nikiforova.tania@yandex.ru)

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) остается важнейшей составляющей в структуре сер-