

очередь статистически значимо снижает риски возникновения контраст индуцированной нефропатии (КИН) у пациентов с хронической болезнью почек.

ТЕХНОЛОГИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Никифорова Т.И.

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

Цель - краткий обзор научно обоснованных инновационных технологий реабилитационной и физической терапии у пациентов с ПФС нижних конечностей, способных профилактировать развитие ВТЭО.

Материалы и методы: краткий обзор научно обоснованных инновационных технологий реабилитационной и физической терапии у пациентов с ПФС нижних конечностей, способных профилактировать развитие ВТЭО.

Результаты: При воздействии магнитными полями на конечности, осуществляемым серийными физиотерапевтическими аппаратами с индукторами-соленоидами, в тканях улучшается кровообращение, метаболические процессы, отмечается гипокоагулирующий и противоотечный эффекты, а также наименее выраженная по сравнению с большинством методов нагрузка на сердечно-сосудистую систему больного, включая лиц пожилого возраста. Применяется пульсирующее магнитное поле частотой 10-25 Гц, в непрерывном режиме, 1-2 степени переключения интенсивности аппарата «Полюс-2», продолжительность воздействия от 10 до 15 минут на одно поле, ежедневно, на курс от 10-12 до 20 процедур. Механизм физиологического и лечебного действия лазерного излучения обусловлен первичными процессами на молекулярно-клеточном уровне. В ядрах клеток различных тканей человека увеличивается синтез ряда нуклеиновых кислот (ДНК, РНК), повышается активность важнейших биоэнергетических ферментов, усиливается кислородный обмен и напряжение кислорода в тканях. Следствием этого является усиление пролиферации клеток, активирование окислительно-восстановительных процессов в организме, выраженное трофическое и стимулирующее влияние. Действие лазерного излучения красного и, особенно, инфракрасного диапазона волн характеризуется достаточным противовоспалительным эффектом, основой его является улучшение регионарного кровообращения за счет расширения сосудов, увеличения скорости кровотока, раскрытия коллатералей, оживления микроциркуляции. Противовоспалительное действие осуществляется также за счет улучшения трофики, уменьшения гипоксии и отека в очаге воспаления, усиления процессов регенерации, повышения процессов

клеточного и гуморального иммунитета за счет выработки иммунных тел и фагоцитарной активности лейкоцитов, стимуляции функции надпочечников и общего десенсибилизирующего действия. Лазерное излучение обладает и обезболивающим эффектом, за счет снижения повышенной возбудимости рецепторного аппарата, улучшения перинеурального кровообращения. Указанное (противовоспалительное, анальгезирующее, стимулирующее репаративные процессы) действие лазерного излучения обосновывает его использование в лечении больных с ПФС нижних конечностей. Используются непрерывные инфракрасные лазерные терапевтические аппараты типа «Млада» с магнитной насадкой, длиной волны 0,85 мкм; выходная мощность каждого излучателя 15 мВт, магнитная индукция 40 мТ, воздействием по полям, контактно, стабильно (снизу вверх, на область проекции сосудисто-нервных пучков стоп (внутренняя лодыжка) и голеней (подколенная ямка), время воздействия на одно поле 3-5 минут, на курс лечения 10-12 ежедневных процедур. Хлоридные натриевые ванны широко распространенные в природе, легко приготавливаются искусственно, путем растворения поваренной соли в пресной воде. Минеральные соли, оседая на коже, образуют так называемый «солевой плащ», который раздражая рецепторы кожи, оказывает рефлекторное влияние на функциональные системы. Под влиянием ванн повышается тонус вен и венозный отток, улучшаются обменные процессы в коже и подлежащих тканях, увеличивается объем капиллярного кровотока, снижается агрегационная способность тромбоциты. Клинически эффект проявляется уменьшением ощущения тяжести в ногах, снижением интенсивности или прекращением болей, уменьшением отеков голеней, трофических нарушений кожи, в ряде случаев эпителизацией язв. Улучшается сон, что немаловажно для больных с ночным зудом. Первые две ванны назначаются минерализацией 20 г/л, последующие две – 25 г/л, в дальнейшем 30 г/л. Температура воды в ванне 36-37°C, продолжительность процедур 15 минут, на курс лечения 12 ванн. Суховоздушные углекислые ванны улучшают венозный отток у больных с ПФС нижних конечностей, увеличивают число функционирующих капилляров за счет дренирования экстравазальных пространств, обладают трофотропным и регенеративным эффектом. Под влиянием углекислых ванн улучшается кислородное обеспечение тканей, В отличие от водных, в воздушной ванне исключается действие гидростатического фактора и увлажнение кожи, что позволяет применять эту процедуру более тяжелому контингенту больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы. Воздушно-углекислые ванны проводятся в установке «Реабокс» в положении больного сидя. Температура газа 30°C, скорость подачи газа 15 л/мин, продолжительность процедуры 15 минут, на курс лечения 10 процедур.

Обсуждение: Компаратное сочетанное воздействие лечебных

физических факторов, воздействующих на различные патогенетические звенья заболевания повышает эффективность реабилитационных и профилактических мероприятий у пациентов с ПФС нижних конечностей. Примером могут служить сочетанное использование магнитолазерной терапии с бальнеотерапией хлоридно-натриевыми, или воздушно-углекислыми ваннами.

Выводы: лечебные физические факторы реабилитационной и физической терапии в виде монотехнологий или сочетанного, компарантного их воздействия способны повысить эффективность лечебных и профилактических мер в отношении снижения риска развития ВТЭО у пациентов с ПФС нижних конечностей.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ В БАССЕЙНЕ ФИСТУЛЬНОЙ ВЕНЫ

Николаев Е.Н., Мазайшвили К.В.

Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Введение: определить изменения гемодинамики в бассейне фистульной вены.

Материалы и методы: методом ультразвукового ангиосканирования у 76 пациентов измерена объемная скорость кровотока и диаметр в области анастомоза и в конfluence фистульной вены, а также в притоках до формирования артериовенозной фистулы и послеоперационном периоде.

Результаты: в ходе исследования были выявлены 3 группы пациентов. 1. Пациенты с фистульной веной без притоков или с перевязанными во время операции по ее формированию притоками. В данной группе было 24 пациента. Средняя объемная скорость кровотока была 673 мл/мин. Средний срок работы такой фистульной вены был 5 лет (от 3 месяцев до 18 лет). 2. Пациенты с h- или Y-образной фистульной веной, у которой отсутствуют или перевязаны притоки, а основной ствол раздваивается на 2 вены. В данной группе 5 пациентов. У всех пациентов произошёл самопроизвольный тромбоз одного из стволов фистульной вены с дальнейшим созреванием второго. На данный момент фистулы у всех 5 пациентов функционируют. У трех отмечалась задержка в созревании фистулы до полугода. 3. Пациенты с притоками в бассейне фистульной вены, 47 человек в группе. Сумма объемной скорости кровотока у анастомоза фистульной вены и устья ее притоков до впадения в систему вен локтевой ямки была равна объемной скорости кровотока в устье кубитальной вены. Кровь из притоков фистульной вены двигалась центростремительно. В среднем на 6 сутки это равенство нарушалось. При проведении ультразвукового ангиосканирования у 5 пациентов визуализировались новые притоки. На УЗАС по притокам регистрировался ретроградный кровоток. Сумма объемной скорости кровотока у устья