

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЁГКИХ

Оразгалиева С.Т.

Поликлиника №1, г.Экибастуз

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) – заболевание, характеризующееся прогрессирующей, частично обратимой бронхиальной обструкцией, которая связана с воспалением дыхательных путей, возникающим под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды (курения, профессиональных вредностей, поллютантов и др.). Установлено, что морфологические изменения при ХОБЛ наблюдаются в центральных и периферических бронхах, лёгочной паренхиме и сосудах (1). Это объясняет использование термина «хроническая обструктивная болезнь лёгких» вместо привычного «хронического обструктивного бронхита», подразумевающего преимущественное поражение у больного бронхов.

В опубликованных недавно рекомендациях ведущих экспертов Американского и Европейского торакальных обществ подчеркивается, что развитие ХОБЛ у больных можно предупредить, а при её лечении вполне реально добиться успехов.

Заболеваемость и смертность пациентов от ХОБЛ продолжают расти во всем мире, что в первую очередь обусловлено широкой распространенностью курения. Показано, что этим заболеванием страдают 4-6% мужчин и 1-3% женщин старше 40 лет (8,10). В европейских странах оно ежегодно является причиной смерти 200-300 тыс.человек. (2).

Задачами терапии ХОБЛ являются предупреждение прогрессирования болезни, уменьшение выраженности клинических симптомов, достижения лучшей переносимости физической нагрузки и повышения качества жизни больных, предупреждение осложнений и обострения, а также снижение смертности.

Основными направлениями лечения ХОБЛ являются уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (в том числе отказ курения), обучение больных,

использование лекарственных средств и немедикаментозная терапия (кислородотерапия, реабилитация и др.). Различные комбинации этих методов используются у пациентов с ХОБЛ в фазе ремиссии и обострения.

По мнению Американского торакального общества, пульмонологическая реабилитация при ХОБЛ имеет три главные цели:

1. Уменьшить ограничение воздушного потока;
2. Предотвратить и лечить осложнения, такие как гипоксемия и инфекция;
3. Уменьшить респираторные симптомы и улучшить качество жизни.

Согласно приказа МЗ РК № 856 от 20.11.2003 г. «Об утверждении видов и объемов восстановительного лечения и медицинской реабилитации», выделяют три этапа реабилитации: стационарный, амбулаторно-поликлинический и санаторный.

Одним из основных этапов медицинской реабилитации является поликлиническая. Врачами терапевтами осуществляется непрерывное динамическое наблюдение за течением болезни, осуществляется режим труда и отдыха, проводится поддерживающее лечение, определяются показания к госпитальному и санаторному лечению.

В пульмонологической практике применяют все основные виды физиотерапевтических процедур, электролечение, светолечение, ультразвуковая терапия, водо-теплелечение, ингаляционное лечение, респираторная физиотерапия, ЛФК и массаж(3).

Цель работы. Изучение влияния мезодиэнцефальной модуляции (МДМ – терапия) в поликлиническом лечении больных ХОБЛ в период обострения заболевания в условиях поликлиники.

Материалы и методы. Обследованы 13 больных в возрасте от 43 до 64 лет в период обострения ХОБЛ.

МДМ терапия является модификацией

методов электросна и транскраниальной электроанальгезии и основана на избирательном воздействии на срединные структуры головного мозга импульсивным током различной частоты по лобно-затылочной методике. Больным подавали ток силой от 0,5 до 1,3 мА, состоящий из переменной и постоянной составляющей с фиксированным отношением по амплитуде и прямоугольной формой импульсов. Экспозиция 30 минут.

До и после лечения всем больным проводилось лабораторное и спирографическое исследование.

Результаты. В первые 2-ое суток отмечено улучшение бронхиальной проходимости, уменьшение явлений интоксикации, уменьшение кашля и одышки. На 3-4 сутки улучшение настроения и сна. В анализах крови отмечено снижения количества нейтрофилов. Показатели спирометрии ОФВ₁

и ФЖЕЛ улучшились к концу лечения. Увеличено ОФВ₁ на 100 мл.

Выводы. Таким образом, включение МДМ-терапии в стандартное лечение при обострении ХОБЛ способствовало улучшению клинического течения заболевания, увеличению ОФВ₁ и снижению воспалительного процесса в бронхах.

Литература:

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни лёгких. Пересмотр 2006г.: Пер. с англ. – М., 2007.

2. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания: Рук-во для практикующих врачей / под ред. А.Г.Чучалина. – М., 2004г. – Т. 5. - С.33-448.

3. Медицинская реабилитация: Рук-во / Под ред. В.М.Боголюбова., М., 2007. – Т. 1 – 3.

ПРИМЕНЕНИЕ ФЕНОТРОПИЛА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Сакенова Г.Ж.

Городская больница №1, г Павлодар

По данным литературы острые ишемические поражения мозгового кровообращения продолжают доминировать в структуре всех цереброваскулярных расстройств.

В остром периоде ишемического инсульта основной целью терапии является восстановление неврологического дефицита. Поэтому одним из ведущих направлений при лечении острого инсульта является применение нейропротективных препаратов, улучшающих мозговой кровоток и метаболизм. Эти средства оказывают прямое активирующее влияние на структуры головного мозга, улучшают память и когнитивные функции, а также повышают устойчивость центральной нервной системы к повреждающим воздействиям.

Цель исследования: Изучение

эффективности препарата фенотропил у больных с ишемическим инсультом.

Методы и материалы. Под наблюдением находились 44 больных в остром периоде ишемического инсульта легкой и средней степени тяжести.

В первые три дня лечение проводилось по стандартной традиционной терапии острейшего периода. С четвертого дня больным основной группы (24 пациента) назначали фенотропил в дозе 100 мг 1 раз в сутки в течение 21 дня, с переходом на амбулаторное продолжение препарата фенотропил в течение 2 месяцев. Во второй группе продолжалась терапия пирацетамом в дозе 1200 мг, разделенная на три приема.

Для оценки эффективности перед началом лечения и при выписке из стационара на 21 день и после окончания лечения через 2