

strengthening of warming up of fabrics. From the given work follows, that the dosed out action of a cold climate can promote reduction of a spasm of arteries by noradrenaline and the cold can help with treatment of hypertensive illness.

Key words: a cold, adaptation, adreno-receptors, heart, arteries, noradrenaline

Anan'ev V.N. – Doct. Med. Sci., professor, leading scientific employee of department barophysiology and diving medicine, e-mail: noradrenalin1952@pochta.ru

Pavlov B.N. – Doct. Med. Sci., professor, head of department barophysiology and diving medicine

Anan'eva O.V. – Doct. Med. Sci., senior lecturer of faculty of postdegree formation of Tyumen state medical academy

Ippolitov I.V. – post-graduate students of department barophysiology and diving medicine

Mirjuk M.N. – post-graduate students of department barophysiology and diving medicine

Anan'ev G.V. – post-graduate students of department barophysiology and diving medicine

Ippolitov E.V. – post-graduate students of department barophysiology and diving medicine

Aminev R.Sh. – post-graduate students of department barophysiology and diving medicine

Furin V.A. – post-graduate students of department barophysiology and diving medicine

УДК 615.844.03:616.61-003.7-08

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ АППАРАТНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ И ПРИРОДНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ФАКТОРЫ КУРОРТА СОЧИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Альсатар Файз АЛЫШРАФИ, Кирилл Владиславович ГОРДОН

Научно-исследовательский центр курортологии и реабилитации Федерального медико-биологического агентства, Сочи

Медицинский комплекс, включающий этапное преемственное применение природных физических факторов курорта Сочи и современных технологий аппаратной физиотерапии у пациентов, которые перенесли хирургическое лечение желчекаменной болезни, позволяет резко снизить частоту развития постхолецистэктомического синдрома, в 1,67 раза уменьшить количество случаев временной нетрудоспособности, понизить длительность средней продолжительности 1 случая нетрудоспособности на 27,3+1,56 %, существенно повысить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, этапная преемственная послеоперационная реабилитация, природные и преформированные физические факторы

Среди болезней органов пищеварения желчекаменная болезнь (ЖКБ) встречается крайне часто: у четверти населения старше 60 лет и трети старше 70 лет определяется холелитиаз. Ежегодно выполняемые холецистэктомии занимают второе место среди всех операций, проводимых населению, и уступают лишь числу аппендэктомий. Наиболее частым осложнением холецистэктомий является постхолецистэктомический синдром, затрагивающий при своем клиническом течении функциональное состояние различных органов гепатодуоденопанкреатической зоны. В связи с этим является актуальной разработка методов послеоперационной реабилитации данных пациентов, особенно на санаторно-

курортном этапе комплексного лечения [1, 2].

Обследованы постоянные жители курорта Сочи (n=280), прооперированные в МУЗ «Городская больница № 2» по поводу ЖКБ. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое, инструментальное и лабораторное обследование. Определяли концентрацию основных билиарных липидов: желчных кислот (ЖК) и холестерина, билирубина по Berg, общих липидов и фракций липопротеидов. Рассчитывались индексы литогенности желчи: холатохолестериновый коэффициент (ХХК), индекс Thomas-Hofmann, индекс Рубенса. Проводили ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей. Оценку состояния ПОЛ и ответных реакций в системе

Алышрафи А.Ф. – врач-хирург, e-mail: sekretar-niz@mail.ru

Гордон К.В. – д.м.н., ст. науч. сотр. клинического отдела

антиоксидантной защиты (АОЗ) проводили, исходя из концентрации уровня малонового диальдегида, показателей диеновых конъюгатов, церулоплазмينا, уровня каталазы. Определение динамики психоэмоционального статуса (до и после восстановительного лечения) проводили по методике САН (самочувствие, активность, настроение), а показатель качества жизни оценивали с помощью опросника Nottingham Health Profile, функциональную активность вегетативной нервной системы оценивали при помощи кардиинтервалографии с использованием компьютеризированного комплекса «Валента». При статистической обработке данных использовался пакет программ STATISTICA for Windows 5.0 StatSoft, включавший расчет средних значений и их ошибок с определением достоверности различий по t-критерию Стьюдента.

Восстановительное лечение больных, перенесших оперативное лечение желчнокаменной болезни проводилось в два этапа: ранний послеоперационный (до 3 месяцев после оперативного вмешательства) и отсроченный (до 1 года после холецистэктомии). Первый этап послеоперационного восстановительного лечения включал: стандартную медикаментозную терапию, рекомендуемую в раннем послеоперационном периоде, комплексную озонотерапию, диетотерапию и ЛФК. Второй этап заключался в проведении на фоне модифицированных вариантов климатотерапии, дифференцированных питьевых режимов приема местной лечебной минеральной воды, фито- и диетотерапии, занятий ЛФК, 5 процедур транскраниальной электронейростимуляции с последующими 10 сеансами лазеро- и пелоидотерапии (на базе здравниц – баз исследования).

Модификация методики климатотерапии заключалась в увеличении продолжительности проведения аэротерапии (в виде сухих, влажных или сырых (теплые, индифферентные с учетом ЭЭТ) воздушных ванн), а также повышении частоты и длительности морских процедур (обливания, обтирания морской водой, окунания, дозированное и свободное плавание), поскольку данные диспансерные больные являлись постоянными жителями и соответственно были адаптированы к конкретным климатическим условиям курорта Сочи как к естественной среде постоянного обитания.

Лечебная физкультура рекомендовалась, начиная с раннего послеоперационного периода (10-14 день после холецистэктомии) в соответствии с методическими рекомендациями М.А. Куршина и соавт. (2000) в щадящем режиме с целью восстановления моторики желчных протоков, достижения тонизирующего эффекта на центральную нервную систему, повышения газообмена в легких, улучшения клеточ-

ного метаболизма, стимуляции перистальтики кишечника. В дальнейшем при позитивной динамике клинических и лабораторных показателей режимы ЛФК индивидуально интенсифицировались [3].

Всем больным на протяжении курса диспансерного наблюдения назначалась диетотерапия (диета № 5 по Певзнеру).

Транскраниальная электронейростимуляция (ТЭС) головного мозга осуществлялась при помощи электростимулятора транскраниального импульсного биполярного «Трансаир-01», силой тока до 2 мА, по 30 мин. на сеанс, на курс 10 процедур [4, 5].

Озонотерапия проводилась на раннем этапе послеоперационной реабилитации в виде внутривенных инфузий, малой аутогемотерапии. Стерильный физиологический раствор в стандартных флаконах объемом 200 или 400 мл предварительно озонировался путем пропускания через него озono-кислородной смеси до достижения концентрации озона в жидкости 2,4 мкг/мл, после чего его медленно вводили внутривенно капельно.

Лазеротерапию назначали дифференцированно по модифицированным методикам Н.М. Бурдули, Л.Г. Ранюк (2007). При продолжительности заболевания менее 7 лет на отсроченном этапе послеоперационной медицинской реабилитации ежедневно проводили лазерорефлексотерапию контактно, курсом 10 процедур. Длина волны 1,3 мкм, мощность излучения 1 мВт, частота модуляции 2,4 Гц. На точки V19, F14, VC12, VB24 воздействовали ежедневно. Воздействие на точки G14, E36, E25 симметрично чередовали через день с воздействием на точки MC6 и RP6 симметрично. При продолжительности заболевания более 7 лет проводили внутривенное лазерное облучение крови длиной волны 0,63 мкм, мощностью излучения на торце световода 1,5-2,0 мВт. Продолжительность процедуры – 20 минут. Курс лечения 7 процедур [6].

У пациентов основной группы в комплексной послеоперационной реабилитации использовалась природная минеральная питьевая вода месторождения Чвижепсе, которая относится к углекислым, мышьяковистым, фтористым слабокислым холодным природным минеральным водам, применение которых разрешено как для ванн, так и лечебного питья (ГОСТ 13273-73).

После проведенного курса восстановительной коррекции средний срок исчезновения локальной болезненности ($16,4 \pm 0,4$ дней) и средний срок купирования диспепсических проявлений – тошноты, отрыжки воздухом или пищей, ощущения горечи во рту ($13,6 \pm 0,3$ дней) среди пациентов основной группы наблюдения были в 2 раза меньше, чем в контрольной группе. Количество позитивных тестов по

методике САН (самочувствие, активность, настроение) было отмечено у 94,5 % пролеченных больных. Количество нормальных показателей уровня трудоспособности у этой же группы больных (определение скорости сенсомоторной реакции на свет различной цветовой гаммы, уровня внимания и пространственной ориентировки, критической частоты слияния тестовых мельканий) возросли после полученной модифицированной схемы восстановительного лечения с $25,9 \pm 1,56$ % до $87,4 \pm 0,67$ %. После проведенного лечения отмечалась нормализация измененных до лечения концентраций диеновых конъюгатов, чей уровень после лечения составил $4,20 \pm 0,22$ отн. ед., среднемолекулярных пептидов, снизившихся до $0,289 \pm 0,02$ усл. ед., уровня МДА эритроцитов, снизившегося до $34,1 \pm 2,0$ нмоль/л. На статистически достоверном уровне наблюдений ($p < 0,01$) отмечалась нормализация уровня лейкоцитов, Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов, снижение изначально повышенных уровней IgA, IgG, IgM происходило на фоне оптимизации показателей Т-хелперов и Т-супрессоров, иммунорегуляторный индекс после лечения составил $1,33 \pm 0,04$.

Более 70 % пролеченных больных в течение следующих 2-3 лет отмечали улучшение показателей здоровья и качества жизни, в контрольной группе наблюдения – 36 % ($p < 0,01$). Применение апробированного комплекса лечения позволило в 1,67 раза сократить количество случаев временной нетрудоспособности, снизить на $27,3 \pm 1,56$ % среднюю продолжительность 1 случая нетрудоспособности (в днях). За период 2003–2008 гг. было снято с диспансерного учета 9 % больных.

THE DIFFERENTIATED METHODS OF PHYSIOTHERAPY OF HARDWARE AND NATURAL MEDICAL FACTORS OF THE RESORT OF SOCHI AT POSTOPERATING REGENERATIVE PROCESSING SICK BILIARSTOUNS ILLNESS

Alsatar Faiz ALSHRAFI, Kirill Vladislavovich GORDON

Research centre of balneology and rehabilitation FMBA, Sochi

The medical complex including stage successive application of natural physical factors of a resort of Sochi and modern technologies of hardware physiotherapy at patients which have transferred surgical treatment of the biliarstouns illnesses, allows to lower sharply frequency of development postcholecystectomy syndrome, in 1,67 times to reduce quantity of cases of time invalidity, to lower duration of average duration of 1 case of invalidity on $27,3 \pm 1,56$ %, it is essential to raise quality of a life of patients.

Key words: biliarstouns illness, successive postoperative rehabilitation, natural and preformed physical factors

Alshrafi A.F. – doctor-surgeon, e-mail: sekretar-niz@mail.ru

Gordon K.V. – Doct. Med. Sci., senior researcher of clinical department

Литература

1. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии. М.: Медицина, 1988. 134 с.
2. Galperin E.I., Volkova N.V. Disease of bilious ways after cholecystectomy. M.: Medicine, 1988. 134 p.
3. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М.: ГЭОТАР Медицина, 2001. 264 с.
4. Leishner U. Diseases of bilious ways. M.: GEOTAR, Medicine, 2001. 264 p.
5. Дмитриев А.И., Маринченко А.Л. Лечебная физкультура при операциях на органах пищеварения. Л.: Медицина, 1990. 198 с.
6. Dmitriev A.I., Marinchenko A.L. Physiotherapy exercises at operations on digestion bodies. L.: Medicine, 1990. 198 p.
7. Александрова В.А., Рычкова С.В., Лебедев В. П. Влияние транскраниальной электростимуляции опиоидных структур головного мозга на процессы регенерации язвенных дефектов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки // Междунар. мед. обзоры. 1994. 2 (1): 41–45.
8. Aleksandrova V.A., Rychkova S.V., Lebedev V.P. Influence of the transcranial electrostimulations on the opioids brain structures on processes of regeneration of ulcer defects of a mucous membrane of a stomach and a duodenal gut // Intern. Med. Review. 1994. 2 (1): 41–45.
9. Лебедев В.П. Транскраниальная электроанальгезия // Болевой синдром / под ред. В.А. Михайловича, Ю.Д. Игнатов. Л., 1990. 162–172.
10. Lebedev V.P. Transcranial electrostimulations // The Painful syndrome / eds. V.A. Mihajlovicha, J.D. Ignatova. L., 1990. 162–172.
11. Выгоднер Е. Б. Физические факторы в гастроэнтерологии. М.: Медицина, 1987. 257 с.
12. Vigodner E.V. The physical factors in gastroenterology. M.: Medicine, 1987. 257 p.