

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВОЙ РОГОВИЦЫ

Соловьев Я.А.¹, Юрова О.В.², Кончугова Т.В.³

¹Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

²ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия;

³ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Использование преформированных физических факторов положительно зарекомендовало себя в лечении язвы роговицы, однако в литературе практически отсутствуют данные сочетанного применения физиотерапевтических процедур.

Цель исследования. Оценка динамики клинико-функциональных показателей при применении преформированных физических факторов в комплексной реабилитации пациентов с язвой роговицы.

Материал и методы. В рамках нашей работы было проведено обследование и лечение 84 пациентов (средний возраст 44 ± 11 года) с язвой роговицы преимущественно травматической этиологии. В зависимости от метода лечения, все пациенты были разделены на 3 группы. В контрольной группе проводилось стандартное медикаментозное лечение по МЭС. В группе сравнения проводился магнитофорез с препаратом актовегин на фоне стандартной терапии. В основной группе проводилось сочетанное лечение с применением низкочастотного электростатического поля и магнитофореза на фоне стандартной терапии.

Офтальмологическое обследование с оценкой состояния переднего отрезка глаза и зрительных функций проводилось во время стационарного лечения, а также через 1, 3 и 6 мес после лечения.

Результаты. Статистически достоверное различие в темпах заживления язвенного дефекта между основной группой и группой контроля было выявлено с 6-х суток, когда размер язвы составил в среднем $1,3 \pm 0,9$ и $1,8 \pm 0,9$ мм соответственно. Группа сравнения превосходила контрольную группу по данному параметру. В результате, при равном количестве пациентов, к 10-м суткам полная эпителизация язвы у пациентов, проходивших магнитофорез с актовегином, была достигнута в 34,5% случаев, в группе контроля — в 24,1% случаев.

В течение недели рассасывание гипопиона происходило у всех пациентов. Достоверное отличие между основной и контрольной группой зафиксировано на 5-е сутки: у пациентов, основной группы отмечено полное рассасывание экссудата в передней камере. Изолированное применение магнитофореза превосходило данные контрольной группы, величина гипопиона составила в среднем $0,1 \pm 0,4$ и $0,3 \pm 0,4$ мм соответственно.

Через 1 мес после лечения величина помутнения роговицы в основной группе была достоверно меньше, чем в группе контроля, и составила в среднем $1,9 \pm 1,0$ и $2,5 \pm 0,8$ мм соответственно. Результаты группы сравнения были также лучше, чем в контрольной, и составили в среднем $2,3 \pm 1,0$ мм. Через 6 мес наблюдения разница между группами была более выражена и составила в среднем $0,9 \pm 0,5$ мм в основной, $1,4 \pm 0,7$ мм в группе сравнения и $1,9 \pm 0,7$ мм в контрольной группе.

Величина помутнения роговицы коррелировала с остротой зрения. На 10-е сутки в основной группе она составила в среднем $0,14 \pm 0,14$, когда было отмечено достоверное различие с группами сравнения и контроля, в которых она составила в среднем $0,08 \pm 0,11$ и $0,09 \pm 0,16$ соответственно. Результаты группы контроля были лучше, чем в группе сравнения с 1-го месяца наблюдения, но статистически значимого различия зафиксировано не было.

Вывод. Совокупность полученных данных позволяет сделать вывод о доказанной эффективности сочетанного применения преформированных физических факторов, а также выявить ряд преимуществ по сравнению с изолированным использованием методик.

* * *

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВОЙ РОГОВИЦЫ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Соловьев Я.А.¹, Юрова О.В.², Кончугова Т.В.³

¹Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

²ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия;

³ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Качество жизни (КЖ) — это совокупная характеристика состояния пациента, которая в медицине подлежит сложной оценке. Результат исследования КЖ в процессе лечения и после него зависит не только от клинических признаков завершения патологического процесса, но, прежде всего, от субъективного восприятия его человеком. Даже незначительное снижение зрения может приводить к ухудшению психоэмоционального состояния и качества жизни. В связи с этим изучение влияния применения физических факторов на КЖ пациентов с офтальмопатологией, является актуальным вопросом восстановительной медицины.

Цель исследования. Оценка КЖ и психоэмоционального статуса пациентов с язвой роговицы на фоне комплексного лечения с применением преформированных физических факторов.

Материал и методы. В рамках нашей работы было проведено обследование и лечение 84 пациентов с язвой роговицы. В зависимости от метода лечения все пациенты были разделены на 3 группы. В контрольной группе проводилось стандартное медикаментозное лечение по МЭС. В группе сравнения проводился магнитофорез с препаратом актовегин на фоне стандартной терапии. В основной группе проводилось сочетанное лечение с применением низкочастотного электростатического поля и магнитофореза на фоне стандартной терапии.

Комплексная оценка выраженности болевого синдрома, общего самочувствия и функционального состояния проводилась по методикам: САН, визуальной аналоговой шкале боли и SF-36. Тестирование выполнялось непосредственно после лечения, через 1, 3 и 6 мес.

Результаты. В результате проведенного лечения в основной и контрольной группах была отмечена более выраженная положительная динамика показателей САН. По параметру «Настроение» через 1 мес среднее количество баллов в основной группе составило $3,7 \pm 0,5$, в группе сравнения — $3,3 \pm 0,3$, в контрольной — $2,9 \pm 0,4$. По параметру «Самочувствие» среднее количество баллов в основной группе было выше, чем в контрольной, начиная с 10-х суток лечения, и составило $2,7 \pm 0,4$ и $2,4 \pm 0,6$ соответственно. По данному параметру через 3 мес после лечения результаты в группе сравнения были выше, чем в контрольной, и составили в среднем $5,4 \pm 0,4$ и $5,0 \pm 0,7$ балла соответственно.

Достоверное статистически значимое различие зафиксировано по тесту SF-36 между группами, проходившими физиотерапевтическое лечение, и контрольной. В них результаты превосходили по ряду комплексных параметров: интенсивности боли, физического и социального функционирования, жизненной активности и психического здоровья, начиная от 1 месяца после лечения.

Через 1 мес после лечения результаты оценки выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале составили в среднем: в основной группе $3,5 \pm 1,1$ см, в группе сравнения $3,9 \pm 1,1$ см, в контрольной $5,0 \pm 1,2$ см.

Выводы. Совокупность полученных данных свидетельствует о способности улучшить физическую и социальную активность пациентов, снизить выраженность болевого синдрома на ранних сроках при применении преформированных физических факторов в дополнение к стандартному медикаментозному лечению, за счет чего повысить качество жизни пациентов. Положительный эффект можно усилить при использовании сочетания факторов, например, местного и сегментарного действия.

* * *

ФИЗИОТЕРАПИЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ДИПЛЕГИЕЙ

Соломкина Н.Ю., Потапчук А.А., Евдокимова Т.А., Юрков И.В., Головкин Т.А., Сергеева И.О., Черныш Н.В., Шевченко А.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия; Детский психоневрологический санаторий «Комарово», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Спастическая диплегия (СД, или болезнь Литтля) — распространенная клиническая форма детского церебрального паралича (50—75% от всех клинических форм ДЦП) у детей с недоношенностью, внутриутробной гипоксией, асфиксией в родах, родовой травмой в анамнезе. Дети с легкой и среднетяжелой формой СД наиболее перспективны по оптимизации когнитивных, двигательных навыков и социализации. Их плановая лечебно-реабилитационная поддержка проводится на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Цель исследования. Выяснение степени значимости физиотерапии (ФТ) в санаторно-курортном лечении (СКЛ) у детей с СД.

Материал и методы. Обследованы 155 детей 3—17 лет с СД легкой и средней степени тяжести, которые в разные сроки получили СКЛ в детском психоневрологическом санатории «Комарово», включавшее климатотерапию (природа Карельского перешейка, близость Финского залива, смешанный, преимущественно хвойный лес), лечебную физкультуру, занятия на тренажерах, массаж, ортопедическую поддержку, занятия с логопедом, психологом, коррекционными педагогами, ФТ. ФТ-мероприятия назначали дифференцированно, этапно, учитывая форму СД, конституциональные особенности, динамику двигательной активности и речи, общий психоневрологический статус.

Цели ФТ: купирование гипоксии, оптимизация ритмологической активности, состояния центральной и периферической нервной системы, мышечного тонуса, аппетита, седация, улучшение когнитивных возможностей и двигательной активности. Методы ФТ: магнитотерапия («Колибри», лечебное одеяло), магнитолазерная, лазерная, фотохромотерапия (поляризованный свет и светодиоды зеленой и синей областей спектра), электрофорез биоэлементов, витаминов, вазоактивных, нейротропных, антиспастических и трофикостимулирующих средств, электросон, транскраниальная электростимуляция, низкочастотная электроимпульсная терапия, дарсонвализация, ультратонтерапия, ультразвуковая терапия, биоаккустическая коррекция, гидробальнеотерапия, озокерит- и грязелечение (Сестрорецкая и Сакская лечебная грязь), локальная криотерапия с умеренно низкими температурами.