

нагрузочные пробы, холтеровское суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления, определением липидного профиля и уровня физической активности, а также выявление и устранение факторов риска. Существенным моментом является назначение адекватной медикаментозной терапии с немедикаментозными методами.

Следует отметить, что результаты проводимой на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации пациентов с ИБС позволяют выделить следующие направления для ее совершенствования у больных с риском инвалидизации:

- расширение использования нефармакологических методов реабилитации;
- совершенствование системы поддерживающей антигипертензивной и антиангинальной фармакотерапии за счет пролонгированных и других средств с учетом синдрома взаимного отягощения заболеваний с контролем работоспособности;
- повышение подготовки пациентов в объеме «школы для больного» для его участия в физической реабилитации и самоконтроля показателей (артериальное давление, пульс, синдромы заболевания);
- оценка ограничений жизнедеятельности по основному признаку (передвижение, способность к профессиональному и обычному труду, сопоставление с физической работоспособностью).

Заключение

Главная задача органов здравоохранения в республике — сокращение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и увеличение продолжительности жизни населения не может быть решена без эффективного внедрения комплексной программы по кардиологической реабилитации и вторичной профилактике с использованием физических тренировок и немедикаментозных методов МР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вальчук, Э. Э. Организационно-методические аспекты проведения медицинской реабилитации в условиях санаторных отделений реабилитации; инструкция по применению / Э. Э. Вальчук, А. Н. Ильницкий, В. Д. Пилипенко. — Минск, 2002. — 32 с.
2. Карпов, Ю. А. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения / Ю. А. Карпов, Е. В. Сорокин. — М.: Реафарм, 2003. — 244 с.
3. Перспективы развития системы медицинской реабилитации в Республике Беларусь / В. В. Колбанов [и др.] // Здравоохранение. — 2006. — № 12. — С. 21–27.
4. Реабилитационные программы в кардиологии: реабилитация кардиологических больных / Л. Д. Шалыгин [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — С. 230–247.
5. Ades, P. A. Cardiac rehabilitation participation predicts lower hospitalization costs / P. A. Ades, D. Huang, S. O. Weaver // Am. Heart J. — 1992. — Vol. 123. — P. 916–921.

УДК 616.12-005.4+616.12-008.331.1]:[615.834:546.214]

ОЗОНОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ковальчук П. Н., Ковальчук Л. С.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Высокая распространенность ишемической болезни сердца (ИБС), ее рецидивирующее течение, значительные трудопотери, необходимость длительного применения медикаментозных препаратов, особенно при сочетанных заболеваниях сердечно-сосудистой системы, служат основанием к поиску новых эфферентных методов лечения [3]. В настоящее время возрос интерес к немедикаментозным методам лечения, одним из которых является озонотерапия (ОЗТ) [2, 4]. Активно воздействуя на процессы перекисного окисления липидов, ОЗТ активизирует антиоксидантную систему и повы-

шает неспецифическую резистентность организма, а также, оказывая мощное антигипоксическое действие, улучшает реологические свойства крови и снижает общее периферическое сопротивление сосудов [1, 5].

Принимая во внимание вышеизложенное, проблемы восстановительного лечения ИБС в сочетании с артериальной гипертензией (АГ), используя ОЗТ, приобретают особую значимость.

Цель

Оценка эффективности курсового применения ОЗТ в реабилитации пациентов с ИБС и сопутствующей АГ.

Материалы и методы исследования

В качестве озонатора использовалась автоматическая установка УОТА-60-01 «Медозон» (г. Москва).

Под наблюдением находилось 126 пациентов с ИБС, представленная стабильной стенокардией напряжения II и III функционального класса — соответственно 96 (76,2 %) и 30 (23,8 %) в сочетании с АГ II степени. Средние цифры артериального давления (АД) составляли: систолического — 159 и диастолического — 95 мм рт. ст. Все пациенты получали традиционную лекарственную терапию (продолжительные нитраты, бета-блокаторы или антагонисты кальция). По мере необходимости АГ корректировалась ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента.

Первую основную группу составили 46 (36,5 %) человек, из них было мужчин 26 (56,5 %), женщин — 20 (43,5 %). Эти пациенты в комплексном санаторном лечении получали ОЗТ. Во вторую основную группу вошло 50 (39,7 %) человек, из них мужчин было 26 (52,0 %) человек, женщин — 24 (48 %). Они получали ОЗТ как самостоятельный вид лечения из-за отсутствия эффекта от ранее проводимой терапии и выраженной сенсibilизации к лекарственным препаратам. Контрольную группу составили пациенты в количестве 30 (23,8 %) человек, мужчин — 16 (53,3 %), женщин — 14 (46,7 %) сопоставимые с основными группами по тяжести болезни, ее длительности, наличию сопутствующих заболеваний, а также по полу и возрасту и получавших только общепринятое лечение на санаторном этапе реабилитации.

Комплексное санаторное лечение, соответствующее тяжести заболевания, включало диетотерапию, фитотерапию, аэротерапию, щадящую бальнеотерапию, гидропатические процедуры и показанные режимы движения. У 96 пациентов ОЗТ проводилась в виде внутривенного капельного вливания озонированного физиологического раствора в количестве 200 мл 2–3 раза в неделю с концентрацией от 1–2 мг/л (всего 8 процедур).

При анализе результатов ОЗТ за достоверное улучшение состояния (хороший результат) принималось такое, при котором симптомы заболевания улучшались более чем наполовину. Более низкие показатели трактовались как удовлетворительные. Отсутствие улучшения или ухудшение состояния оценивались как неудовлетворительный результат.

Результаты исследования и их обсуждение

Курс ОЗТ у большинства пациентов привел к положительному эффекту. У 88 % пациентов 1-й основной группы, а также у 70 % 2-й, достоверно уменьшились частота и интенсивность приступов стенокардии и количество потребляемых в неделю таблеток нитроглицерина. Уже через 5 суток после начала лечения ОЗТ у 76 % обследованных пациентов отмечалось снижение уровней систолического и диастолического АД и частоты пульса, которые были значимыми у лиц 1-й основной группы. Средние цифры АД к концу лечения составили 135 и 86 мм рт. ст., причем снижение его наблюдалось на 3–7 дней раньше чем в контрольной группе.

Курс ОЗТ у всех пациентов привел к положительным субъективным эффектам: исчезновению головных болей, головокружения, повышению работоспособности, улуч-

шению сна, психоэмоциональной устойчивости, чего не прослеживалось в контрольной группе, где клинический эффект был менее выраженным. В этой группе выявлено больше удовлетворительных результатов (85 %) и отмечен один неудовлетворительный. К концу лечения при использовании ОЗТ у пациентов с ИБС в сочетании с АГ положительные результаты разной степени выраженности были отмечены во всех случаях. Как самостоятельное гипотензивное средство, без использования лекарственных препаратов, ОЗТ оказалась эффективной у 75 % случаев при лабильной мягкой гипертензии. В группе пациентов со стойкой гипертензией II степени применение ОЗТ в комплексе с гипотензивными медикаментами позволило использовать их в меньших дозах. Необходимо отметить, что по данным ЭКГ достоверно у всех пациентов основных групп отмечалось улучшение или исчезновение ишемических изменений.

Стойкий положительный эффект с увеличением толерантности к физическим нагрузкам отмечался у большинства пациентов (65 %) в течение трех месяцев после проведения ОЗТ. Кроме того, к этому сроку у 60 % пациентов отмечалась положительная корреляция липидного спектра крови, чего не наблюдалось в контрольной группе. Таким образом, во всех основных группах пациентов с ИБС в сочетании с АГ выявлена значительная положительная динамика клинических проявлений заболевания, но с большей степенью выраженности в группе комплексного санаторного лечения с включением ОЗТ.

Выводы

1. ОЗТ рекомендуется включать в комплексное санаторное лечение пациентов с ИБС в сочетании с АГ в связи с выраженным клиническим эффектом, что способствует потенцированию медикаментозного лечения, а следовательно, уменьшению фармакологической нагрузки.

2. ОЗТ, как лечебный метод, может быть использован в клинической практике в изолированном виде при лечении ИБС при АГ и особенно у пациентов с нежелательными побочными эффектами медикаментозной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Быков, А. Т.* Озонотерапия в комплексном лечении больных ишемической болезнью сердца / А. Т. Быков, Е. И. Сычева, К. Н. Конторщикова. — СПб., 2000. — 112 с.
2. *Павлов, Д. С.* Озонотерапия в клинической практике / Д. С. Павлов // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2003. — № 5. — С. 49–54.
3. *Шальнова, С. А.* Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца в реальной практике врача-кардиолога / С. А. Шальнова, А. Д. Деев, Ю. А. Карпов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2006. — № 5 (2). — С. 73–80.
4. Evaluation of a cardiac prevention and rehabilitation program for all patients at first presentation with coronary artery disease / K. F. Fox [et al.] // J. Cardiovasc. Risk. — 2002. — Vol. 9, № 6. — P. 355–359.
5. *Cheng, T. Y.* The effectiveness of a cardiac rehabilitation program on self-efficacy and exercise tolerance / T. Y. Cheng, K. W. Boey // Clin. Nurs. Res. — 2002. — Vol. 11, № 1. — P. 10–21.

УДК 616-007.88-053.1:575.224.232.52

ДЕЛЕЦИЯ КОРОТКОГО ПЛЕЧА 5ХРОМОСОМЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА КОШАЧЬЕГО КРИКА

***Козарезова А. М., Старикович Е. П., Валентюкевич И. С.,
Воропай Л. В., Трофимов А. И., Скурко И. А., Артюшевская М. В.***

**Учреждение здравоохранения
«Клинический родильный дом Минской области»
Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Синдром кошачьего крика (Cri-Du-Chat Syndrome (CdCS), 5p deletion syndrome, 5p minus syndrome, Lejeune's syndrome) — хромосомное нарушение, обусловленное порци-