

2. Саркулова, М. Н. Характер и этиологическая структура внутрибольничной инфекции у урологических больных / М. Н. Саркулова // Урология. — 2006. — № 1. — С. 19–22.
3. Сидоренко, С. В. Бета-лактамазы расширенного спектра: клиническое значение и методы детекции / С. В. Сидоренко // Инфекции и антимикробная терапия. — 2002. — Т. 4, № 6. — С. 1–12.
4. Страчунский, Л. С. β -лактамазы расширенного спектра — быстро растущая и плохо осознаваемая угроза / Л. С. Страчунский // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2005. — Т. 7, № 1. — С. 92–96.
5. Чиж, А. С. Практическое руководство по нефрологии / А. С. Чиж. — Мн.: Выш. шк., 2001. — 639 с.
6. A UK Multicentre Study of the Antimicrobial Susceptibility of Bacterial Pathogens Causing Urinary Tract Infection / D. J. Farrell [et al.] // Journal of Infection. — 2003. — Vol. 46. — P. 94–100.

УДК 616.714/.716-001+616.831-001]:616-036.82

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Латышева В. Я., Журавлева К. И., Ковальчук П. Н., Барбарович А. С.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее распространенным видам повреждений и составляет до 50 % всех видов травм и в последние десятилетия характеризуются как тенденцией роста удельного веса травм мозга, так и их утяжеления. Таким образом, ЧМТ все больше становится мультидисциплинарной проблемой, актуальность которой возрастает для нейрохирургов, неврологов, психиатров, травматологов, реабилитологов и др.

Сотрясение и ушиб мозга встречается у 80 % лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста. Основными причинами ЧМТ является транспортный, бытовой, производственный и спортивный травматизм, который ежегодно повышается на 2 %. В течение года от ЧМТ погибает от 2-х до 6 человек на тысячу, при этом смертность составляет 0,3 на тысячу населения. Она вызывает длительную потерю трудоспособности и часто приводит к инвалидности [4].

По Гомелю и Гомельской области с диагнозом черепно-мозговая травма за 2009 год пролечено 6044 человек. Из них оперировано 952. Умерло 128 человек. Это подтверждает необходимость проведения реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление трудоспособности и жизнедеятельности в оптимальные сроки ВН, предотвращение или снижение инвалидности.

Реабилитация больных ЧМТ должна представлять собой непрерывный процесс, интегрированный в систему нейротравматологической помощи и состоящий из ряда этапов. С учетом организации нейротравматологической помощи и периодизации ЧМТ можно выделить 5 этапов реабилитации и медико-социальной экспертизы при ЧМТ.

Первый этап — лечебный, он осуществляется в стационаре (при тяжелых травмах — в отделении или блоке интенсивной терапии), охватывает острый период травмы. Важнейшим реабилитационным элементом этого этапа является создание и соблюдение лечебно-охранительного режима, в том числе, при легких ЧМТ: ранняя госпитализация (в хирургические и травматические стационары), строгий постельный режим, постепенная активизация с учетом вида, тяжести и течения ЧМТ.

Базовой терапией при легких травмах являются седативные средства, ноотропные препараты, при показаниях — вегетотропные средства с учетом направленности вегетативных реакций. При более тяжелых травмах назначается интенсивная терапия, направленная на коррекцию метаболических и дисциркуляторных нарушений, нормализацию внутрече-

репного давления, поддержание деятельности жизненно важных органов, выведение больного из коматозного состояния. По мере ликвидации угрожающих жизни состояний назначаются мероприятия по ранней реабилитации больных, направленные на улучшение функции дыхания (дыхательная гимнастика, при тяжелых травмах — в сочетании с массажем грудной клетки), предупреждение патологической позы конечностей включая лечение пролежнем, пассивную лечебную физкультуру (ЛФК) и личение пролежней (противолежневые матрацы, изменение позы, гигиена кожи и др.), лечебную гимнастику (ЛГ), вначале пассивная, затем активная, но в ограниченном объеме [2].

Второй этап — лечебно-реабилитационный относится к промежуточному (раннему восстановительному) периоду ЧМТ, охватывает всех больных, среди которых формируются 2 подгруппы.

Первая подгруппа — больные с благоприятным течением ЧМТ (КРГ–3). Признаками такого течения служит легкость травмы, отсутствие (или слабая выраженность и обратимость) дезадаптирующих синдромов, отягощенных преморбидными факторами. Реабилитационный потенциал у этих больных высокий, реабилитация направлена на сокращение продолжительности восстановительного периода и сроков ВН. Восстановление трудоспособности таких больных происходит на данном этапе.

МР включает постепенное расширение физической активности, ЛФК и другие методы активной кинезотерапии, групповую психотерапию, терапию занятостью, предпрофессиональную трудотерапию. Параллельно проводится кратковременная медикаментозная активирующая терапия с использованием малых доз ноотропных средств, адаптогенов, комплекса витаминов с аминокислотами, назначаются растительные седативные препараты в постепенно снижающихся дозировках.

Лечебно-реабилитационный этап больных этой подгруппы начинается в стационаре и завершается амбулаторно. В целях предупреждения осложнений промежуточного и отдаленного периода ЧМТ важным является постепенная адаптация больных к нагрузкам вначале в стационаре, затем в домашних условиях и соблюдение оптимальных сроков ВН.

Вторая подгруппа лиц лечебно-реабилитационного этапа включает больных с разной тяжестью травмы и дезадаптирующими синдромами (КРГ–1 и КРГ–2), которые нуждаются в более продолжительной МР. Тактика ведения больных должна быть дифференцированной в зависимости от типа дезадаптирующего синдрома и его выраженности, тяжести травмы, ее течения, эффективности реабилитации.

Базовой медикаментозной реабилитацией при всех дефицитарных синдромах является назначение средств восстановительного лечения: антихолинэстеразных препаратов, ноотропных и других энергизирующих средств (АТФ, милдронат), витаминов группы В, антигипоксантов (витамин Е, эмоксипин), средств, улучшающих кровоснабжение, позднее — рассасывающих препаратов. При наличии парезов конечностей продолжается «лечение положением», противодействующим патологической установке паретичных конечностей. С этой же целью и для предупреждения патологических синкинезий применяется вначале пассивная, а затем и активная ЛФК, избирательный и точечный массаж, ИРТ. Большое значение имеет освоение наиболее важных для повседневной деятельности двигательных актов: повороты в постели, сидение, стояние, ходьба с посторонней помощью или вспомогательными средствами, по возможности рано назначаются разные виды механотерапии [4, 5].

Наиболее важным физическим методом воздействия на паретичные мышцы конечностей является электростимуляция. Если позволяет состояние, она начинается с 10–14 дня от начала травмы. Спустя 3–4 недели назначается электрофорез различных лекарственных средств (рассасывающих — лидаза) по глазозатылочной, трансцеревральной или эндоназальной методике.

При афатических нарушениях необходимо применение логопедических и других речевосстанавливающих методов.

При неврозоподобных синдромах показаны психотерапевтическое и психокорригирующие воздействия в комплексе с ноотропами, седативной и транквилизирующей терапией, витаминотерапией, позднее назначаются адаптогены (элеутерококк, женьшень), психостимуляторы (ацефен, сиднокарб), используются импульсные токи низкой частоты (электросон), ПеМП, рефлексотерапия, водные процедуры, общеукрепляющая ЛФК в тренирующем режиме, элементы трудотерапии.

При вестибулярной дисфункции на фоне базисной терапии назначаются вестибулостатические средства (циннаризин, кавинтон, беллатаминал) в сочетании с седативными и ноотропными препаратами, ЛФК для тренировки вестибулярного аппарата, координаторная гимнастика.

Большим второй подгруппы по окончании лечебно-реабилитационного этапа показано использование третьего этапа реабилитации.

Третий этап реабилитации больных является продолжением второго этапа для лиц, у которых не произошло восстановление трудоспособности и жизнедеятельности в оптимальные сроки ВН (около 50 % больных). На этом этапе используется медицинская, а при показаниях — бытовая и социально-трудовая, а также медико-профессиональная реабилитация.

МР включает тот же арсенал средств, что и на 2 этапе, но с более широким использованием физических методов лечения. Предпочтение отдается активным методам кинезотерапии, выполняемым больными самостоятельно под руководством врача и методиста. При двигательных нарушениях продолжается отработка акта ходьбы, увеличение расстояния и темпа передвижения, широко используется работа на тренажерах, механотерапия, параллельно проводится массаж, рефлексотерапия, используется аппаратная физиотерапия, особенно электростимуляция, медикаментозная коррекция [1, 4].

Важное значение на этом этапе имеет психотерапия, направленная на психокоррекцию невротических нарушений и формирование положительной установки на реабилитацию и трудовую деятельность. Специальное внимание уделяется бытовой реабилитации, включающей (при показаниях) обучение навыкам одевания, использования бытовых приборов, работу с бытовыми средствами (краны, замки, выключатели), обучение приемам приготовления пищи, овладения бытовыми средствами передвижения и др.

Обязательным элементом этапа реабилитации больного является предпрофессиональная трудотерапия, преследующая несколько целей: психотерапевтическое воздействие, механотерапию, активацию режима и др. Программа реабилитации на этом этапе должна обеспечить занятость больного в течение дня, предусматривать проведение культурных мероприятий, игр, направленных на активное участие больного в процессе реабилитации.

Четвертый этап включает проведение МСЭ включая освидетельствование больных во МРЭК. На этот этап попадают только больные с травмами тяжелой (70 % от всех тяжелых травм) и средне-тяжелой степени (8–9 % травм средней тяжести). При адекватном оказании медико-реабилитационной помощи все больные с легкой травмой, большинство — с травмой средней тяжести и часть — с тяжелой ЧМТ восстанавливают свою жизнедеятельность и трудоспособность на 2 или 3 этапах и направлению на МРЭК не подлежат. На МРЭК направляются больные со стойкими дезадаптирующими синдромами значительной выраженности или с умеренной и легкой выраженностью и противопоказанными факторами в работе, а также нуждающиеся в продлении ВН свыше 4-х мес.

МРЭК юридически определяет инвалидность, ее тяжесть, причину и составляет индивидуальную программу реабилитации инвалида. Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) инвалида — юридический документ, согласно «Закону о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» ее выполнение является обязательным для учреждения, которому она адресована.

Пятый этап — этап реабилитации инвалида предназначен для реализации ИПР инвалида, предусматривает использование всех аспектов реабилитации: медицинской,

социальной (бытовой) и профессиональной, гарантированных «Законом о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь».

Медицинская реабилитация инвалидов включает весь арсенал методов и средств, используемых на 2 и 3 этапах реабилитации.

Социально-бытовая реабилитация инвалида дополняется использованием средств бытовой реабилитации, предоставляемых инвалиду средств передвижения (коляска комнатная, ходунки, костыли и др.), спецтранспорт, обустройство жилья, социальные услуги. Профессиональная реабилитация инвалида включает его обучение и переобучение на рабочем месте или в учебном заведении, снабжение техническими средствами для работы, приспособление рабочего места к потребностям инвалида [3, 4].

Реализация программы социальной и профессиональной реабилитации силами только медицинских учреждений и органов здравоохранения не всегда возможна, здесь требуется участие социальных органов, органов труда, просвещения и др. Кроме того, возникает необходимость создания специальных центров реабилитации, в которых будут решаться вопросы профессиональной диагностики, ориентации, обучения и переобучения, трудоустройства и др.

Наши и литературные наблюдения свидетельствуют, что у больных, признанных инвалидами в раннем периоде ЧМТ, выявляется значительный реабилитационный потенциал. С течением времени, спустя 2–3–5 лет после травмы тяжесть инвалидности снижается или происходит полное восстановление трудоспособности и возврат к трудовой деятельности. Это обосновывает актуальность и целесообразность реабилитации инвалидов не только в первый год после получения ЧМТ, но и в последующие годы.

Разработанная система реабилитации больных и инвалидов, получивших ЧМТ, включает все аспекты реабилитации (медицинской, социально-бытовой и профессиональной) и позволяет реализовать основные ее принципы: раннее начало, непрерывность и длительность, этапность, комплексность, активное участие больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бабенко, А. И.* Социологическая оценка организации медицинской помощи при черепно-мозговой травме / А. И. Бабенко, Г. Г. Орехова // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. — 2003. — № 5. — С. 40–42.
2. *Илюкевич, Г. В.* Новые возможности лечения отечного синдрома у больных с черепно-мозговой травмой / Г. В. Илюкевич, А. В. Прушак // Мед. новости. — 2008. — № 7. — С. 51–54.
3. *Латышева, В. Я.* Черепно-мозговая травма: классификация, клиническая карта, диагностика и лечение: учеб. пособие / В. Я. Латышева. — Мн.: Выш. шк., 2005. — 110 с.
4. Потребность и особенности медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие черепно-мозговой травмы / М. М. Косичкин [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2000. — № 3. — С. 11–17.
5. *Путилина, М. В.* Оптимизация программы реабилитации пациентов с черепно-мозговыми травмами / М. В. Путилина, М. В. Радишевский // РМЖ. — 2005. — Т. 13, № 22(246). — С. 1483–1486.

УДК 615.835:616.12-005.4-008.331.1

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ГЕРИАРТРИИ

Латышева В. Я., Ковальчук Л. С., Ковальчук П. Н.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В качестве определяющей причины смертности от болезни системы кровообращения называют ишемическую болезнь сердца (ИБС) и артериальную гипертензию (АГ) [3, 4].