

Міністерство охорони здоров'я України
Головне Управління охорони здоров'я
Харківської обласної державної адміністрації
Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра фізіотерапії та курортології ХМАПО
Харківське обласне наукове товариство
ДП Клінічний санаторій "Березівські мінеральні води"
ЗАТ "Укрпрофоздоровниця"
ДП Клінічний санаторій "Роща" ЗАТ "Укрпрофоздоровниця"
ДП Базовий санаторій „Ялинка” ЗАТ "Укрпрофоздоровниця"
Державний лікувально-профілактичний заклад
"Центральна клінічна лікарня Укрзалізниці"
Обласний диспансер радіаційного захисту населення
Інститут відновлювальної медицини та рекреаційних проблем

ФІЗИЧНІ ЧИННИКИ У МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ПОЛІКЛІНІЧНОМУ, СТАЦІОНАРНОМУ ТА САНАТОРНОМУ ЕТАПАХ

МАТЕРІАЛИ

Ювілейної науково-практичної конференції, присвяченої
80-річчю кафедри фізіотерапії та курортології
Харківської медичної академії післядипломної освіти

4-5 грудня 2008 року

Харків

и 500 мм), обеспечивающего охлаждение уретры в процессе лечения. При трансректальной микроволновой гипертермии нагреву до температуры 41-43°C подвергается стенка прямой кишки и область заднебоковой поверхности предстательной железы. При этом глубина прогрева достигает 1-2 см. Локальность воздействия обеспечивается миниатюрным излучателем микроволновой энергии. Специальный датчик, установленный в зоне максимального излучения, обеспечивает непрерывный контроль температуры нагрева и поддержание ее на заданном уровне. Охлаждение стенки прямой кишки и предохранение ее от перегрева обеспечивается специальным ректальным катетером (диаметр рабочей части 20 мм, длина рабочей части 120 мм).

При трансректальном вибрационном массаже воздействие осуществляется с помощью специального ректального катетера (диаметр рабочей части 20 мм, длина рабочей части 120 мм) и представляет собой механические колебания с частотой 1-5 Гц и амплитудой 1-5 мм. Эти колебания передаются через ректальную стенку в область заднебоковой поверхности предстательной железы и дна мочевого пузыря. Результатом такого воздействия является улучшение дренажной системы функции ацинусов, повышение мышечного тонуса предстательной железы и ректальной стенки, усиление венозного оттока и увеличение числа активно функционирующих капилляров.

Выходная мощность аппарата АЛМГП-01 регулируется в диапазоне от 5 до 80 Вт с дискретностью задания 5 Вт. Проведение сеанса лечения осуществляется автоматически по программе, записанной в персональный компьютер или ноутбук.

В заключение следует отметить, что все перечисленные аппараты внесены в Государственный реестр медицинской техники и изделий медицинского назначения Украины и разрешены к применению в медицинской практике, а также имеют сертификаты на соответствие требованиям Государственных стандартов и Технических условий, утвержденных МОЗ Украины. Использование электротерапевтических аппаратов фирмы «Радмир» ДП АО НИИРИ в медицинской практике позволит повысить качество проводимых процедур электролечения и облегчит работу обслуживающего персонала.

ВПЛИВ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ НА ПЕРЕБІГ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

*М.Л. Кирилюк, О.Д. Гавловський, О.А. Усенко,
В.С. Волянська, Д.М. Храмцов, О.А. Чехлова*

Український НДІ медичної реабілітації та курортології

При дослідженні впливу внутрішнього застосування мінеральної води Миргородського родовища, магнітолазеротерапії (МЛТ) та пневмопресингу нижніх кінцівок (ППНК) на показники гемодинаміки у хворих на цукровий діабет (ЦД) санаторному етапі під наглядом знаходилось 17 хворих на ЦД, із яких жінки –

хворих на ЦД на обох кінцівках збільшилась питома вага нормального тону судин таких показників, як пульсове артеріальне кровонаповнення, швидкість наповнення артерій, відмічалось зниження питомої ваги зниженого тону судин зазначених показників на тлі з'явлення зниженого тону за показниками еластичності магістральних артерій, що в цілому свідчить про благоприємний вплив ППНК на функціональні показники гемодинаміки нижніх кінцівок.

На етапі ранньої санаторно-курортної реабілітації власними спостереженням було охоплено 14 хворих на ЦД 2-го типу, з яких 7 – після перенесеної нестабільної стенокардії, 5 – після не-Q інфаркту міокарду та 2 хворих – після Q-інфаркту міокарду. Серед пацієнтів 28,6% становили жінки, 71,4% - чоловіки. Віковим складом 7,2% хворих були у віці 40 – 50 років, 42,8% - у віці 51 – 60 років, 50% хворих - у віці більше 60 років відповідно. У 10 (71,4%) хворих тривалість ІХС становила до 5-ти років, у 4-х (28,6%) хворих тривалість ІХС становила більше 5-ти років. Тривалість ЦД у 7 (50%) хворих була до 2-х років, у 5 (35,7%) хворих – від 3 до 5-ти років та у 2 (14,3%) хворих становила більше 10-ти років.

Внаслідок впливу санаторно-курортного комплексу у хворих на ІХС з ЦД 2-го типу відзначалося поліпшення стану обмінних процесів та системи згортання крові. Відзначалась сприятлива динаміка показників вуглеводного обміну. Зниження гіперглікемії виявлено у 10 (71,4%) хворих. Означені зміни вуглеводному обміні відбувалися на тлі зменшення або збереження дози цукрознижуючих препаратів, що при загальних сприятливих наслідках санаторно-курортного лікування може бути зумовлено посиленням ефективності дії. Поліпшення показників ліпідного обміну відбулися у 8 (57,2%) хворих, що призводило до значного зменшення основних проявів ІХС та її ускладнень (стенокардія напруги).

Обговорюються різні підходи вибору методів санаторного лікування хворих на ЦД різного віку із різними ускладненнями чи супутніми захворюваннями.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ «КЛИНИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ «РОЩА»

Ю.Н.Коврига

ДП ЗАО «Укрпрофздравница» «Клинический санаторий «Роща»

Проблема цереброваскулярной патологии является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. На Украине ежегодно заболевают инсультом около 12 тыс. граждан, причем 30% из них - лица трудоспособного возраста.

<i>Казаков Ю. М., Катюхин О. В., Мякиньюкова М. И.</i> Бишофит полтавский в реабилитации кардиальной патологии в клинических и санаторно-курортных условиях	76
<i>Казмірчук В. В., Ляшенко М. І., Шульга Н. М., Перетятко О. Г., Макаренко В. Д., Поволокіна І. В., Конюхов В. І., Юхименко В. І., Євсюкова В. Ю., Шатіло Ю. В.</i> Досвід і перспективи застосування <i>humulus lupulus l.</i> в медичній практиці	77
<i>Каладзе Н. Н., Лагунова Н. В., Кармазина И. В., Мельцева Е. М.</i> Эффективность комплексной реабилитации онко-гематологических больных на приморском курорте	78
<i>Каладзе Н. Н., Ляко Н. Г., Горлов А. А., Ромаскевич Ю. А.</i> Особенности грязелечения у больных с травматической болезнью спинного мозга .	80
<i>Калюжска А. А.</i> Оптимізація викладання фізіотерапії лікарям акушерам – гінекологам	82
<i>Кас И. В., Кас В. Ю., Фурса И. А., Замятина Е. И.</i> Применение мази «Хондроксид» в лечении больных с рефлекторными синдромами остеохондроза	83
<i>Кас И. В., Кас В. Ю.</i> Применение электромагнитного излучения в дециметровом диапазоне от аппарата АМВТ 50 – «Радмир» в условиях клиники	84
<i>Катюхин О. В., Шанин О. А.</i> Бишофит полтавский в реабилитации гастроэнтерологической патологии	85
<i>Кипенский А. В., Тондий Л. Д., Кубышкина Н. И.</i> К вопросу о разработке электротерапевтических аппаратов и методов электротерапии	86
<i>Кипенский А. В., Литвиненко С. В., Тондий Л. Д.</i> Электротерапевтические аппараты фирмы «Радмир». От стратегии разработки к серийному производству	88
<i>Кирилюк М. Л., Гавловський О. Д., Усенко О. А., Волянська В. С., Храмцов Д. М., Чехлова О. А.</i> Вплив санаторно-курортного лікування на перебіг цукрового діабету	91
<i>Коврига Ю. Н.</i> Опыт применения физических факторов при цереброваскулярной патологии в условиях «Клинического санатория «Роша»	92
<i>Колоусова О. Г., Левченко А. П., Катаржнова И. В.</i> Влияние комбинированного использования препарата тиотриазолин на эффективность терапии у ликвидаторов аварии на ЧАЭС со стеатогепатитами	93
<i>Копитько Ж. В., Присич Е. М.</i> Эффективность применения ингаляций актовегина у больных с распространённым атеросклерозом	95
<i>Кривошлыков Ф. И., Хакимова А. Л.</i> О влиянии питьевого лечения минеральной водой «Ялинка № 1» на секреторную и моторную функцию желудка	96