

ционных мероприятий более 90% инвалидов.

Таким образом, расхождение показателей потребностей инвалидов в областях Украины по нозологическим формам и видам реабилитации свидетельствует о необходимости единого методологического подхода, усовершенствовании методики работы реабилитологов МСЭК с инвалидами. Потребность инвалидов в реабилитационных мероприятиях обусловлена как особенно-

стями инвалидизирующей патологии, так и качеством работы реабилитологов и врачей МСЭК. Недостаточно эффективные результаты реабилитации нуждаются в разработке предложений по совершенствованию процесса медико-социальной реабилитации, повышении качества ИПР.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЯХ ЛЕГКИХ

В.И. Шевчук, В.Ю. Забурьянова, М.В. Вернигородская

НИИ реабилитации инвалидов Винницкого Национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова

Цель исследования: разработать научно-практические рекомендации по реабилитации инвалидов трудоспособного возраста с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА).

Методы исследования: документальный, метод экспертных оценок, социально-гигиенический, статистический.

Результаты: анализ медико-экспертной документации 2048 больных (в т.ч. 618 чел. с ХОБЛ и 1430 чел. с БА), признанных инвалидами повторно в 2011 г. в 3 областях Украины, выявил низкие показатели реабилитации. Средний показатель полной реабилитации составил 6,8% (от 0,9% до 7,0% на различных территориях) в контингенте инвалидов вследствие ХОБЛ и 2,4% (от 0,3% до 3,7%) – в контингенте инвалидов вследствие БА. Средний показатель частичной реабилитации среди инвалидов вследствие ХОБЛ и БА составил соответственно 4,5% и 11,6%.

Выводы: необходима эффективная организация пульмонологической помощи (государственное обеспечение сети диагностических кабинетов цифровыми спирометрами, углубленная диспансеризация молодого населения, создание региональных реестров инвалидов, подготовка и повышение квалификации кадров) с целью наиболее ранней диагностики и своевременного проведения соответствующих мероприятий. Оценить состояние жизнедеятельности больных ХОБЛ и БА, определить степень тяжести заболевания, выраженность обструктивного синдрома, стадию дыхательной недо-

статочности, наличие сопутствующей патологии можно только с помощью комплексного обследования, в состав которого входят, кроме спирографии, электрокардиография, эхокардиография, велоэргометрия, лабораторные исследования. Для повышения эффективности медикаментозной терапии рекомендуется применение средств симптоматической поддержки и методы, влияющие на основные звенья патогенеза заболевания и усиливающие саногенетический потенциал целостного организма. В процессе составления индивидуальной программы реабилитации и проведения реабилитационных мероприятий следует учитывать характер и эффективность лечения, адекватность контроля болезни, состояние сердечно-сосудистой системы, возраст больного, профессиональные и социальные факторы, реабилитационный потенциал. Считаем целесообразным внедрение ступенчатого подхода построения тактики реабилитации при ХОБЛ (аналогично БА) с учетом современной спирометрической классификации. Реабилитационные программы при этом должны быть длительными, включая физический тренинг, консультации относительно питания, обучение и поддержку больных. Необходимо учитывать потребность больных с тяжелыми бронхообструктивными болезнями в социально-психологической и социально-правовой помощи. Большое внимание необходимо уделять профориентации, профессиональному образованию, профессионально-производственной адаптации, рациональному трудоустройству.

ПРОЛИФЕРАЦИЯ И АПОПТОЗ ПРИ ЭРОЗИВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЖЕЛУДКА В ПРОЦЕССЕ СМТ-БАЛЬНЕОТЕРАПИИ

А.Е. Шкляев, Ю.В. Горбунов, А.Г. Бессонов, П.И. Четвериков, Е.Л. Баженов

Ижевская государственная медицинская академия

Цель работы: анализ экспрессии маркеров апоптоза и пролиферации при НР-позитивных эрозивных поражениях желудка в процессе СМТ-бальнеотерапии.

Материал и методы исследования: Обследовано 122 пациента с эрозивными поражениями желудка в возрасте $42,1 \pm 2,7$ лет. В 54,9% случаев эрозии локализовались в желудке, в 45,1% сочетались с поражением двенадцатиперстной кишки. Всем пациентам проводилась эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой оболочки желудка, интрагастральная рН-метрия. Инфицированность *Helicobacter pylori* (НР) оценивали уреазным и морфологическим (по Гимзе) методами. Пролиферативную активность клеток определяли по экспрессии Ki-67 позитивных клеток, которые идентифицировали моноклональными мышинными антителами. Об апоптозе судили по экспрессии белка p53 в поверхностном и железистом эпителии желудка.

Группа наблюдения (58 пациентов в фазе обострения заболевания) получала стандартную антихеликобактерную терапию (омепразол, амоксициллин, кларитромицин) и СМТ-форез сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» по щадящей методике (выпрямленный режим, сила тока до легкой вибрации, время 10 мин, 10-12 процедур ежедневно). Группа сравнения была разделена на две подгруппы: первую составили 38 пациентов, получавших стандартную эрадикационную терапию; вторую – 26 пациентов, получавших эрадикационную терапию и синусоидальные модулированные токи (СМТ) на эпигастральную область.

Результаты: в процессе СМТ-бальнеотерапии в группе наблюдения болевой синдром в эпигастральной области купировался у всех больных. Уменьшение болевого синдрома происходило на $3,1 \pm 0,2$ день от начала терапии, исчезновение – на $6,3 \pm 0,3$ день. Уменьшение болевого синдрома в подгруппах сравнения происходи-