

выправляется. Ранка обрабатывается, асептическая повязка и корегирующая шинка.

Таких операции сделано у 17 больных, у всех с положительным эффектом. Дети находились в условиях стационара сутки, далее наблюдались у ортопеда поликлиники.

Положительные элементы предложенного способа: Минимальная травматизация тканей; Продольный неглубокий разрез самого сухожилия имеет декомпрессивный характер; Продольное рассечение анулярной связки не нарушает анатомические взаимоотношения между сухожилием и сухожильным влагалищем; При продольном подкожном рассечении анулярной связки по середине разгибателя нет угрозы повреждения сосудисто-нервного пучка пальчика.

Прослежены результаты лечение глубиной до года у 12 детей. У всех функция и форма пальчика оперированного соответствует возрасту и физического развития ребенка. Дети активно пользуются пальчиком и самой кистью, выполняют точные команды.

МЕДИКО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА

Данилова Н.В.

*ФГБУ «Центральный НИИ организации
и информатизации здравоохранения» Минздрава
России, Москва, e-mail: danilova@mednet.ru*

В проведенном нами многолетнем исследовании (база – педиатрическое отделение Российского центра восстановительной медицины и курортологии МЗ РФ, г. Москва) представлен опыт применения методов и методик восстановительного, физиотерапевтического лечения сердечно-сосудистой патологии в детском возрасте. Истоки различных болезней сердца нередко обнаруживаются у молодых лиц, трансформируясь с годами в устойчивый патологический процесс. Вместе с тем, лечебные меры, предпринятые в детском и подростковом возрасте, могут иметь гораздо больший медицинский, социальный и экономический эффект, чем лечение болезней в будущем у взрослого населения.

Известно, что нарушения ритма сердца (НРС), выявленные у детей излечиваются с трудом [4]. Многие аритмии устраняются медикаментозным путем [3, 5], но поиск и выбор эффективного препарата требует времени, последующего длительного, перманентного применения, при котором усиливаются побочные, вплоть до аритмогенных, реакции.

Целью исследования явилось изучение эффективности использования при лечении умеренной и частой экстрасистолии (более 10 эктопических сокращений в мин.) низкочастотного переменного магнитного поля, импульсных токов (синусоидальные модулированные, электро-

сон), бальнеотерапии (йодобромные ванны) в последовательном сочетании с электросном. При профилактическом лечении пароксизмальной тахикардии (более 2-х приступов в год) применяли магнитотерапию или электросон.

Как правило, основные аритмии, возникающие в пубертатном периоде детства (экстрасистолическая аритмия, пароксизмальная тахикардия), провоцируются и сопровождаются нарушениями функции нервной системы, гуморальными сдвигами, что свидетельствует о потребности растущего организма в соответствующих корректирующих мероприятиях [1, 3]. Методы физиотерапии с их умеренным седативным эффектом, адаптивным влиянием на сердечно-сосудистую систему, процессы самовосстановления уже получили признание при использовании в лечебных и превентивных целях [2].

Доказательность полученных данных подтверждалась клиническими и функциональными (контролируемыми плацебо) методами исследования. До и после курса лечения, в отдаленные сроки (через 3-6-12 мес.) изучены данные электрокардиографии, холтеровского (суточного) мониторинга кардиограммы, кардиоинтервалографии в покое, ортостазе, после дозированной физической нагрузки, электроэнцефалографии, ультразвуковой доплерографии, динамики циклических нуклеотидов в плазме крови. Проведены наблюдения 387 подростков с экстрасистолией (82,7%) и наджелудочковой пароксизмальной тахикардией (17,3% больных) в возрасте от 10 до 16 лет. Группа плацебо-наблюдений включала 30 больных такого же возраста. Ни в одном наблюдаемом случае не было выявлено (лабораторными и инструментальными методами) инфекционно-воспалительных симптомов поражения миокарда.

Медико-генетическая экспертиза, проведенная специалистом, установила наличие у 50,8% детей обеих групп отдельные недифференцированные признаки дисплазии соединительной ткани (у 12,5% – синдромальные). У 89,9% подростков профильными врачами была обнаружена локальная очаговая инфекция (хронический ринит, тонзиллит, вульвит, кариес, холецистит, а также – дискинезия желчевыводящих путей). В этих случаях процесс лечения основного заболевания сочетался с санацией сопутствующей патологии.

К концу лечебного курса (по общепринятым критериям результативности лечения аритмий сердца) при экстрасистолии эффект был достигнут почти у 2/3 детей при лечении низкочастотным магнитным полем и более чем у половины пациентов как под влиянием электросна, так и синусоидальных модулированных токов. Вдвое уменьшилась частота эктопий в активном ортостазе и после нагрузки. Приступы тахикардии прекратились, либо стали реже, короче, ку-

пировались рефлекторно у 54,0% подростков. Вне приступа исчезал фиксированный, монотонный синусовый ритм. Улучшились параметры центральной гемодинамики, биоэлектрической активности мозга. Снижился базально высокий уровень циклонуклеотидов с нормализацией ионизированного кальция в плазме и эритроцитах. На этом фоне вегетативное обеспечение деятельности у подростков с экстрасистолической аритмией характеризовалось, в основном, небольшим снижением симпатического тонуса при некоторой активации центральных регуляторных механизмов и умеренном повышении активности парасимпатической нервной системы. Для закрепления терапевтического эффекта через 3-6 мес. курс лечения повторяли.

Наблюдение детей и подростков с НРС позволило сформировать алгоритмический подход к наблюдению и организации лечения группы пациентов с такой патологией в случаях сложной природы аритмии. При отсутствии прогнозируемого результата при немедикаментозном лечении, шаги дальнейшей последовательности лечебной тактики включают: своевременный отбор больных, показанных для применения лекарственной терапии, с подбором препарата инвазивными методами диагностики; консультация кардиохирурга и выбор кардиохирургического метода лечения на фоне неэффективности медикаментозного лечения в течение 1-1,5 мес.

Однако даже при необходимости перехода к медикаментозному лечению, немедикаментозная восстановительная терапия позволяет сделать перерыв в применении препаратов, временно исключив, или ослабив их фоновое неблагоприятное действие. Предложенные методы и разработанные методики используются, до настоящего времени, в клинике центра здоровья детей, детском кардиологическом санатории. Получено авторское свидетельство (патент), подтверждающее их медико-социальную эффективность.

Список литературы

1. Балькова Л.А., Балашов В.П., Маркелова И.А., Альмяшева М.И. Препараты метаболического типа действия в лечении аритмий сердца. Саранск: Референт, 2007, 134 с.
2. Вишняков Н.И., Юрков И.В., Стожаров В.В. Аспекты развития физиотерапевтической службы (Материалы научно-практической конференции «Реформа здравоохранения на региональном уровне»). Москва, 2000, с.125-127.
3. Fazio G., Visconti C., D'Angelo L. Pharmacological therapy in children with atrial fibrillation and atrial flutter. *Curr. Pharm.Des.*, 2008, Vol.48 (8), p.770-775.
4. Hoyer A. W., Balaji S. The safety and efficacy of ibutilide in children and in patient with congenital heart disease. *Pacing Clin. Electrophysiol.*, 2007, Vol. 30 (8), p. 1003-1008.
5. Makarov L., Balykova L., Soldatova O. The antiarrhythmic properties of quifenadine, H 1-histamine receptor blocker in children with premature beats: a randomized controlled Pilot Trial. *American Journal of Therapeutics*, 2010, Vol. 17, p.396-401.
6. Reiffel J., Mc Donald A. Antiarrhythmic effects of omega-3 fatty acids. *Am.J.Cardiol.*, 2006, Vol. 98 (suppl.), p. 50i-60i.

МАГНИТОТЕРАПИЯ КАК СОВРЕМЕННЫЙ ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ГЭРБ)

¹Креймер В.Д., ²Баулин А.А., ²Баулина О.А.,
²Баулин В.А., ²Стародубцев В.А., ²Сигаева Н.С.,
²Акжигитова А.А., ³Баулина Е.А.,
²Стешкина И.В.

¹ООО «Медицина», Москва,
e-mail: kreymervd@medicina.ru;

²ГБОУ ДПО «Пензенский институт
совершенствования врачей» Минздрава России,
Пенза, e-mail: giuv@sura.ru;

³ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России», Москва,
e-mail: rektorat@mma.ru

Проведено проспективное мультицентровое когортное параллельное исследование. В исследование было включено 970 пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, в том числе с эрозивно-язвенными изменениями слизистой оболочки нижней трети пищевода. У 136 пациентов (группа наблюдения) в качестве комплексной терапии применен метод магнитотерапии на область нижнего пищеводного сфинктера методом сфокусированного магнитного поля. 834 больным (группа сравнения) было рекомендовано лечение по стандартным методикам (Маастрихт-III, IV). В качестве контроля эффективности лечения применяли эзофагоскопию с NBI- и FICE- методами визуализации, с морфологической оценкой биопсийного материала из нижней трети пищевода. В основной группе отмечено уменьшение желудочно-пищеводного рефлюкса, воспалительно-деструктивных изменений слизистой пищевода и сокращение сроков лечения больных. Магнитотерапия как метод физиотерапевтического лечения оказывает стимулирующее воздействие на нижний пищеводный сфинктер, повышая его сократимость, и рекомендуется в комплексном лечении пациентов, которым не показана антирефлюксная операция.

Выводы:

1. При отсутствии показаний к оперативному лечению у пациентов с ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом целесообразно проводить курсы магнитотерапии в комплексе с консервативным лечением.

2. Применение магнитотерапии в комплексном лечении больных с ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом является перспективным методом, повышающим эффективность антирефлюксного лечения.

2. Применение магнитотерапии у больных с ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом способствует уменьшению воспалительных изменений в слизистой оболочке нижних сегментов пищевода и повышению сократительной способности НПС.