

Таблиця 1. Динаміка показників ФЗД у хворих на БА до та після проби з 0,02% розчином декаметоксину (n = 35)

Показники,% від належних	До проби (M ± m)	Після проби (M ± m)
VC	83,9 ± 2,7	84,6 ± 2,5
FVC	82,4 ± 2,5	83,3 ± 2,4
FEV ₁	74,6 ± 2,6	74,8 ± 2,1
FEV ₁ /FVC	77,4 ± 1,7	75,8 ± 1,4
MEF75%	72,8 ± 3,3	73,0 ± 3,3
MEF50%	49,6 ± 3,4	48,4 ± 3,3
MEF25%	44,4 ± 3,0	39,5 ± 2,6*
PEF	75,2 ± 2,4	75,0 ± 2,4
MMEF25–75%	48,8 ± 3,0	46,1 ± 2,8

Примітка. * відмінність показника до та після проби статистично достовірна (p < 0,05); VC – життєва ємність легень; FVC – форсована життєва ємність легень; FEV₁ – об'єм форсованого видиху за 1-шу секунду; PEF – пікова швидкість видиху; MMEF – максимальна середня об'ємна швидкість видиху.

та гіперсалівації, які виникли під час інгаляції декаметоксину, турбували лише одного пацієнта. Вказані ефекти зникли самостійно після інгаляції та не потребували відміни препарату. Під час проведення дослідження не було відмічено жодного випадку бронхоспазму або алергійної реакції у відповідь на інгаляції досліджуваних препаратів.

© Гуменюк М.І., Фадєєва С.І., Гуменюк Г.Л., Ігнатєва В.І., 2018

Таблиця 2. Відносний приріст показників ФЗД у хворих на БА при проведенні фармакологічних проб Δ,% (n = 35)

Показники	Проба із сальбутамолом, 1-й візит, (M ± m)	Проба з 0,9% розчином NaCl, 2-й візит (M ± m)	Проба з 0,02% розчином декаметоксину, 3-й візит (M ± m)
VC	6,1 ± 1,6	2,2 ± 0,9	1,1 ± 0,8
FVC	7,7 ± 1,6	2,3 ± 1,0	1,3 ± 0,9
FEV ₁	15,7 ± 1,9	0,2 ± 1,0	1,7 ± 2,2
FEV ₁ /FVC	7,7 ± 1,8	-1,2 ± 0,9	-1,6 ± 1,1
MEF75%	22,9 ± 5,6	2,4 ± 1,7	2,3 ± 3,0
MEF50%	40,8 ± 6,5	4,0 ± 4,4	-1,8 ± 2,2
MEF25%	59,1 ± 9,8	-2,0 ± 6,4	-8,0 ± 4,5
PEF	10,1 ± 3,2	1,0 ± 1,2	0,0 ± 1,2
MMEF25–75%	40,9 ± 5,4	0,1 ± 3,7	-4,5 ± 3,2

Висновки

Інгаляції 0,02% розчину декаметоксину не чинять негативного впливу на показники спірометрії у хворих з інфекційним загостренням БА, добре переносяться пацієнтами і не супроводжуються розвитком побічних ефектів.

Спелеотерапія в соляних копальнях – основа технології галотерапії та галооздоровлення

Горбенко В.П.¹, Горбенко П.П.², Горбенко К.П.²

¹ Тячівська ЦРЛ

² Національний інститут здоров'я, Санкт-Петербург

Галотерапія і галооздоровлення сьогодні завоювали весь світ, і важко собі уявити сучасний клуб здоров'я, санаторій, клініку, рекреаційно-оздоровчий комплекс, фітнес, СПА- або велнес-центр без галокамери або галоруму.

Основою галотерапії є спелеотерапія в соляних копальнях Солотвино, Україна (М.Д. Торохтин, П.П. Горбенко, Ю.М. Сімйонка, І.С. Лемко). Перша експериментальна лікарня була відкрита в Солотвино в 1968 р. Якісний стрибок і значний науковий і технологічний розвиток спелеотерапії отримала у 1976 р. після відкриття

Республіканської (Української) алергологічної лікарні і підземного відділення на 240 ліжок на базі шахти № 9 Солотвинської солекопальні.

Фундаментальні роботи з клінічного обґрунтування методу використання мікроклімату Солотвинських солекопальень для лікування хворих на бронхіальну астму (П.П. Горбенко) та інші захворювання, в тому числі пацієнтів, які зазнали глибоких і великих за площею опіків шкіри та дихальних шляхів (В.П. Горбенко, Ю.М. Сімйонка), присвячені удосконаленню методу етапно-комплексної спелеотерапії (І.С. Лемко та ін.), вивченню основних параметрів мікроклімату та його

регенерації (Ю.М. Сімйонка) та іншим питанням організації лікувального процесу в унікальній лікарні, дали змогу створити високоефективну технологію спелеотерапії, що, в свою чергу, забезпечило досягнення високого терапевтичного ефекту. Далі виникло питання тиражування технології, для чого були створені спелеотерапевтичні стаціонари в Пермській області (Росія), Вірменії, Нахічевані (Азербайджан) та Киргизії.

Безсумнівна ексклюзивність, висока вартість процедур, необхідність переїзду в інші кліматичні зони обмежували широке використання методу. З метою більш широкого використання лікувальних властивостей мікроклімату соляних шахт для оздоровлення, профілактики й лікування нами був розпочатий пошук і створення приміщень зі штучним лікувальним мікрокліматом.

Вперше в Росії поняття «галокамера» – соляна камера (кімната), її технічні рішення та медична технологія використання керованого лікувального мікроклімату – та «галотерапія» були введені в обіг у 1984 р. (Авторское свидетельство № 1225569 от 13.11.1984 г.). В основу галотерапії була покладена технологія спелеотерапії, а штучний керований лікувальний мікроклімат створювався за вимогами Міністерства охорони здоров'я СРСР

подібно до її природного аналога – мікроклімату підземного стаціонару Республіканської алергологічної лікарні МОЗ України в солекопальнях Солотвино.

Перша експериментальна галокамера була створена у 1985 р. в Ленінграді у Всесоюзному науково-дослідному інституті пульмонології МОЗ СРСР заступником директора інституту з наукової роботи, директором Медико-інженерного центру «Аерозоль» П.П. Горбенко.

У 1989 р. після багаторічних наукових досліджень, клінічних випробувань, відпрацювання методики і вдосконалення технічних засобів Міністерство охорони здоров'я СРСР затвердило до широкого використання розроблену професором П.П. Горбенко технологію галотерапії та пристрій для її реалізації – галокамеру – методичними рекомендаціями: П.П. Горбенко и др. «Галотерапия в профилактике и лечении заболеваний органов дыхания». Ленинград, 1989. 16 с.

Сьогодні галотерапія і галооздоровлення є базисними натуротерапевтичними і оздоровчими технологіями, за допомогою яких оздоровлюються, проводять первинну і вторинну профілактику захворювань, лікуються і реабілітуються десятки тисяч людей в усьому світі.

© Горбенко В.П., Горбенко П.П., Горбенко К.П., 2018

Обґрунтування використання галоаерозольтерапії та фітоелектроаерозольних середовищ у медичній реабілітації хворих на персистуючу бронхіальну астму

Александрович Т.А., Копинець І.І.

ДУ «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м.Ужгород

Вступ. Актуальність проблеми обумовлена необхідністю підвищення ефективності відновлювального лікування хворих на бронхіальну астму (БА), яка є одним з найпоширеніших хронічних захворювань дихальної системи. Схильність до прогресування з розвитком ускладнень, втрати працездатності, росту інвалідизації та смертності роблять це захворювання не лише медичною, а й соціальною проблемою. Недостатня ефективність існуючих способів медикаментозної терапії і відсутність послідовної етапної системи реабілітації

хворих на БА обумовлюють необхідність пошуку нових ефективних методів лікування, що є одним з основних завдань теоретичної та практичної медицини. Нез'ясованим лишається питання використання фітоорганічних речовин у штучних аерозольних середовищах, а тому розробка лікувальних комплексів, які включали б фітосполуки окремо або ж у різних поєднаннях з галоаерозольтерапією (ГАТ) та враховували особливості порушень бронхіальної прохідності, є важливою, актуальною і необхідною.