

загальні та гірничотехнічні рекомендації щодо принципів організації спелеостационарів у різних підземних об'єктах природного та штучного походження (шахти, рудники), а також особливості організації лікувального процесу в залежності від конкретних мікрокліматичних та фізико-хімічних особливостей підземних об'єктів.

Узагальнений досвід лікування хворих методом спелеотерапії та її штучних аналогів відображений в дисертаціях на здобуття ступеня кандидата медичних наук таких лікарів, як Лемко І.С., Чонка Я.В., Сімйонка Ю.М., Лемко О.І., Данко Л.І., Данко С.Й., Горбенко В.П.

Через 10 років функціонування підземного відділення Обласної алергологічної лікарні технічний стан його не дозволив продовжити наступну експлуатацію. Було вирішено підготувати нове відділення, яке було прийнято Державною приймальною комісією у грудні 1990 р. Це була друга дата народження Обласної алергологічної лікарні. Підземне відділення розташувалося на глибшому горизонті шахти № 8. Перший спуск хворих у нове відділення відбувся в січні 1991 р. У такому вигляді підземне відділення працювало до травня 2010 р., коли через аварійний стан вентиляційного стовбура була заборонена його експлуатація.

З 2010 р. обидві лікарні оздоровлюють хворих методом галоаерозольтерапії, з'явилась можливість оздоровлювати дітей віком з 3 років (раніше віковий ценз становив 7 років) і хворих з супутньою патологією, особливо серцево-судинною, нервовою та опорно-руховою.

На сьогодні вченими розглядається можливий розвиток спелеотерапії на Солотвинському родовищі кам'яної солі – це будівництво нової шахти для

підземного відділення обох алергологічних лікарень з супутнім видобуванням солі. Наукові та практичні погляди на цю проблему обговорені на Міжнародній науково-практичній конференції «Перспективи відновлення спелеотерапії та видобутку солі на базі родовища кам'яної солі в с.м.т. Солотвино Тячівського району Закарпатської області» (Солотвино 22–23 жовтня 2013 р.), також розроблена програма відновлення спелеостационару.

Наукові та практичні здобутки Закарпатської школи спелео- та галоаерозольтерапії висвітлені в понад 1000 публікаціях, у тому числі оформлені у вигляді винаходів, інформаційно-методичних видань, дисертаційних робіт, представлені на численних наукових конференціях різних рівнів, міжнародних симпозіумах в Угорщині, Польщі, Румунії, Чехії та інших країнах.

На завершення слід зауважити, що чимало комерційних структур в Україні останнім часом створили і створюють так звані «соляні кімнати», в яких пропалюються визначні лікувальні властивості солі для лікування різних захворювань. Але наукові дослідження, які ґрунтуються на аргументах доказовості, та практичний досвід переконливо підтверджують, що спелеотерапія як метод лікування може проводитися лише в умовах підземних об'єктів – шахт або печер. А на поверхні можна відтворити один з провідних чинників – це сухий аерозоль кам'яної солі, лікувальний вплив якої визначається концентрацією та розмірами мікрочастинок аерозолю. При цьому лікування хронічних захворювань легень із застосуванням аерозольтерапії може проводитися лише в медичних спелеостационарах за розробленими й науково обґрунтованими медичними технологіями.

© І.С. Лемко, В.П. Маркович, А.А. Майор, Л.І. Данко, 2018

Роль галоаерозольтерапії в покращенні якості життя хворих на хронічне обструктивне захворювання легень

Лемко О.І.

ДУ «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України»

Вступ. Реабілітаційне лікування при хронічній патології спрямоване як на покращення функціонального стану певного органа чи системи, так і на подовження фази ремісії, що дає можливість загальмувати прогресування патологічного процесу. Тому ефективність такого лікування має оцінюватись з позиції віддалених результатів і впливу на основні патогенетичні механізми розвитку даної патології. Хронічне

обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) як хвороба, для якої характерною є малозворотна чи незворотна бронхообструкція, швидко призводить до зниження працездатності або ж її втрати у значній частині пацієнтів. В основі прогресування ХОЗЛ лежить хронічний запальний процес, який періодично загострюється. Тому оцінка частоти цих загострень, їх тривалості й особливостей перебігу у віддаленому періоді

дає можливість підтвердити ефективність даного лікування та його вплив на якість життя пацієнтів.

Мета. Вивчити ефективність галоаерозольтерапії (ГАТ) з різним галоаерозольним навантаженням у хворих на ХОЗЛ I–III ст. у віддаленому періоді через один рік після курсу відновлювального лікування.

Матеріали та методи

Для оцінки віддалених результатів були розроблені спеціальні анкети, які заповнювались хворими і завірялись лікуючим лікарем за місцем проживання пацієнта. Проаналізовано дані анкет 136 хворих на ХОЗЛ різного ступеня тяжкості, з них 50 пацієнтів – з легким перебігом хвороби, 49 осіб – з ХОЗЛ II ст. та 37 хворих – з ХОЗЛ III ст. Основними критеріями оцінки віддалених результатів лікування були кількість загострень упродовж року до курсу ГАТ та після нього, частота амбулаторного й стаціонарного лікування, кількість днів непрацездатності та тривалість ремісії. Курс ГАТ хворі проходили згідно з 2 лікувальними комплексами (ЛК).

ЛК-1 – стандартний, з тривалістю сеансів 60 хв кожен, при концентрації галоаерозолі від 12 мг/м³ на початку процедури до 4,5 мг/м³ в її кінці при відносній вологості повітря 70–85%, 20–22 сеанси на курс лікування. Зменшення концентрації галоаерозолі відбувається за рахунок природного осідання його частинок. ЛК-2 – з підвищеним галоаерозольним навантаженням за рахунок призначення двох 30-хвилинних сеансів щодня у фазі високого насичення галоаерозолі (перші 30 хв за ЛК-1) зі збільшеним парціальним вмістом крупно- і середньо-дисперсного аерозолі.

Результати

Хворі на ХОЗЛ I ст. упродовж року після курсу ГАТ незалежно від застосованого ЛК відмічали достовірне зниження частоти загострень хвороби, частоти амбулаторного й стаціонарного лікування, а також кількості днів

непрацездатності, що підтверджує виражений позитивний вплив ГАТ на перебіг хвороби на початкових стадіях її розвитку. Однак при призначенні ЛК-1 кількість загострень і частота стаціонарного лікування зменшувалась у 2,7 і 2,9 рази відповідно, а при ЛК-2 – у 3,7 і 6,1 рази відповідно. Тривалість ремісії у пацієнтів, що лікувались за ЛК-1, становила 7,96±0,40 міс, а після ЛК-2 – 10,2±0,68 міс (p < 0,01).

У хворих на ХОЗЛ II ст. за більшістю критеріїв різниці у віддалених результатах між ЛК не виявлено. Однак тривалість ремісії при використанні ЛК-2 була достовірною більшою за таку після ЛК-1 (9,81±0,44 міс проти 7,75±0,50 міс; p < 0,01).

При аналізі даних анкетування хворих на ХОЗЛ III ст. підтверджено позитивний вплив ГАТ на перебіг хвороби, хоча його вираженість є меншою порівняно з ХОЗЛ II ст. Зокрема, в пацієнтів з ХОЗЛ II ст. кількість загострень за рік скорочувалась у 2,2–2,7 рази залежно від застосованого ЛК, а при ХОЗЛ III ст. – лише в 1,9–2,2 рази. Найбільш стабільний перебіг хвороби у віддаленому періоді при ХОЗЛ III ст. також спостерігався при використанні ЛК-2, після якого частота стаціонарного лікування скорочувалась у 4,2 рази проти 2,2 рази після ЛК-1, а тривалість ремісії становила 7,33±0,29 міс і була достовірною довшою, ніж у пацієнтів, які лікувались згідно з ЛК-1.

Висновки

Відновлювальне лікування на основі ГАТ сприяє стабілізації перебігу хвороби в пацієнтів з ХОЗЛ, причому режим лікування з підвищеним галоаерозольним навантаженням (ЛК-2) чинить більш виражений позитивний вплив, що підтверджується достовірними змінами основних критеріїв, які визначають медико-економічну ефективність лікування (частота загострень, амбулаторного й стаціонарного лікування, кількість днів непрацездатності тощо). В свою чергу, подовження періоду ремісії захворювання забезпечує покращення якості життя хворих.

© Лемко О.І., 2018

До питання про коморбідну патологію при хронічному обструктивному захворюванні легень та можливості проведення галоаерозольтерапії

Лемко І.С., Джупіна С.М., Безушко Т.Ю., Михайлова М.І.

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

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є важливою медико-соціальною проблемою, яка не втрачає своєї актуальності. За даними

ВООЗ, ХОЗЛ сьогодні посідає четверте місце у світі у структурі смертності, що становить 4,8% усіх причин смерті. За даними «Дослідження глобальної шкоди від