

ких квалификационных разрядов. Проанализировано более 150 вариантов возможных заключений по данным ЭКГ с учетом особенностей. Эксплицированы основные нозологические единицы физиологических, предпатологических и патологических изменений миокарда атлетов.

Проведена градация реакций на физическую нагрузку: адекватная и неадекватная. Диагностированные состояния сердечной мышцы в совокупности с наличием или отсутствием жалоб, результатов данных обследования в программном обеспечении представлены определенным цифровым значением. Возможна корректировка в режиме «Врач» и «Тренер». Предусмотрена возможность проведения динамических наблюдений, автоматического формирования заключения и рекомендаций.

Выводы.

1. Важна возможность быстрого получения диагностического заключения и рекомендаций по режиму тренировочной и соревновательной нагрузки, что возможно с помощью предлагаемой нами авторской ИТ-технологии.

2. Частично разработанная программа комплексной экспресс оценки электрической активности миокарда требует расширения в плане комплексности проведенных исследований, что позволит эффективно оценить состояние сердечно-сосудистой системы на момент обследования.

* * *

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА

Фесюн А.Д., Рачин А.П., Лебедева О.Д., Яковлев М.Ю.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

Частота мультиморбидных заболеваний существенно повышается с возрастом и приводит к снижению приверженности пациентов к лечению. Это делает актуальной возможность применения физических методов реабилитации таких больных для снижения фармакологической нагрузки.

Цель исследования. Оценка эффективности физических методов реабилитации при мультиморбидности у больных с сердечно-сосудистыми (ССЗ), кислотозависимыми (КЗЗ), и эндокринологическими заболеваниями (ЭЗ).

Материал и методы. Исследовались 65 больных с мультиморбидностью (17 мужчин и 48 женщин в возрасте от 31 до 89 лет), которые были разделены на пять групп: 1-я группа (12 человек) с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ИБС, АГ); 2-я группа

(16 человек) с сердечно-сосудистыми заболеваниями в сочетании с КЗЗ (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастродуоденит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь); 3-я группа (10 человек) с КЗЗ, ассоциированными с ЭЗ (СД, ожирение и др.); 4-я (12 человек) группа с ССЗ, КЗЗ в сочетании с ЭЗ и 5-я группа (15 человек) с ССЗ и ЭЗ, — получавших, на фоне медикаментов реабилитацию с помощью немедикаментозных методов (магнитолазеротерапия, бальнеотерапия, массаж, рефлексотерапия, лечебная физкультура и др.). Наряду с общеклиническими методами исследования, использовался аппаратно-программный комплекс «Физиоконтроль — Р», включающий кардиоинтервалографию, осциллометрию, психологическое тестирование. Исследования проводились до начала и по окончании реабилитации. Статистическая обработка полученных данных производилась с помощью компьютерной программы SPSS версия 23.

Результаты и обсуждение. Перед началом реабилитации больные предъявляли жалобы: на головные боли, боли в области сердца, боли в области живота и др. При факторном анализе было отобрано три фактора: 1-й — «Психоэмоциональный статус», 2-й — «Вегетативная регуляция сердца» и 3-й — «Состояние центральной и периферической гемодинамики». Анализ результатов, на фоне положительной динамики клинического состояния, в рамках 1-го фактора показал достоверное улучшение, в отношении показателей психологического тестирования во всех пяти группах больных. В рамках 2-го фактора отмечено уменьшение дисфункции вегетативного отдела нервной системы, более выраженное у больных 4-й группы (сочетание ССЗ, КЗЗ и ЭЗ). Если в исходном состоянии показатели вариабельности ритма сердца — SDNN, CV, SI, а также показатель активности регуляторных систем (ПАРС), — достоверно отличались от нормы, что свидетельствовало о существенном ослаблении адаптационных возможностей организма, то в результате проведенной реабилитации отмечено улучшение симпто-вагального баланса ($p < 0,05$). В рамках 3-го фактора после реабилитации отмечено достоверное снижение средних величин систолического и диастолического АД, частоты сердечных сокращений, величины общего периферического сопротивления сосудов, что было наиболее выраженным у больных 2-й (сочетание ССЗ и КЗЗ) и 4-й групп (сочетание ССЗ, КЗЗ и ЭЗ).

Выводы. В результате применения физических методов реабилитации при мультиморбидности у больных с ССЗ, КЗЗ и ЭЗ, были получены клинический эффект и, в различной степени выраженное, достоверное улучшение показателей состояния вегетативной, нервной и сердечно-сосудистой систем.

* * *