

реабилитации у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения II и III ФК.

**Материал и методы.** В исследование включено 90 больных ИБС II и III ФК, рандомизированных на три равные группы: основная, сравнения и контрольная. Применялся комплекс магнитолазерных воздействий и суховоздушных радоновых ванн (1-я группа), магнитолазеротерапия (2-я группа), медикаментозное лечение (3-я группа). Всем больным наряду с общеклиническим обследованием, проводилось исследование на аппаратно-программном комплексе «Физиоконтроль-Р», включающем психологическое тестирование, кардиоинтервалографию, осциллометрию высокого разрешения. Проводилась ЭхоКГ. Использовалась статистическая программа SPSS v.23.

**Результаты.** Установлено, что комплексное применение магнитолазерных воздействий и суховоздушных радоновых ванн вызывает выраженный регресс клинической симптоматики, в частности, купирование ангинальных приступов, что подтверждается данными кардиоинтервалографии, свидетельствующими об уменьшении частоты и продолжительности эпизодов безболевой и болевой ишемии миокарда, а также уменьшении числа наджелудочковых и желудочковых экстрасистол. Наиболее выраженная достоверная ( $p < 0,05$ ) динамика показателей под влиянием реабилитационного комплекса, повышение функциональных резервов сердца отмечались у больных ИБС как при II ФК, так и, в меньшей степени, при III ФК, что проявлялось в устранении вегетативной дисфункции, улучшении гемодинамических показателей, повышении работоспособности, улучшении систолодиастолической функции левого желудочка. Подобная, но менее выраженная динамика наблюдалась под влиянием магнитолазерной терапии. Магнитное поле фокусирует пучок лазерного излучения и позволяет ему проникнуть глубже в ткани и это усиливает положительный эффект лазеротерапии. В контрольной группе отмечалась лишь тенденция к улучшению.

**Заключение.** Под влиянием разработанного реабилитационного комплекса восстанавливаются вегетативные регуляторные механизмы, гемодинамика, улучшается систоло-диастолическая функция левых отделов сердца за счет повышения коронарных миокардиальных и аэробных резервов у больных ИБС II ФК и экзонормализации работы сердца у больных ИБС III ФК.

\* \* \*

## ДИНАМИКА СОСТАВА ТЕЛА ПРИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

Лебедева О.Д.

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

**Актуальность.** Абдоминальное ожирение — один из ведущих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений, что определяет актуальность данного исследования.

**Цель исследования.** Анализ динамики состава тела при немедикаментозной реабилитации больных с ССЗ с сопутствующим ожирением.

**Материал и методы.** С помощью биоимпедансметрии, входящей в аппаратно-программный комплекс «Резервы здоровья-Р», измерялись: индекс массы тела, объем жировых отложений, безжировая масса, активная клеточная масса, то есть объем свободных клеток, в которых не содержится жир, процент активной клеточной массы, объем жидкости: внутриклеточной и внеклеточной, основной обмен, площадь поверхности тела — у 65 больных ССЗ (ИБС, ГБ), 17 мужчин и 48 женщин в возрасте от 30 до 89 лет, с абдоминальным ожирением, получавших на фоне диетических ограничений и приема медикаментов различные виды немедикаментозной физиотерапевтической реабилитации, включающие магнитолазеротерапию, бальнеотерапию, массаж, рефлексотерапию, лечебную физкультуру и др. Наряду с общеклиническими методами исследования, использовался аппаратно-программный комплекс (АПК) «Резервы здоровья-Р», в который входят психологическое тестирование, кардиоинтервалография, осциллометрия, биоимпедансметрия, анкеты и др. Использовалась статистическая программа SPSS v. 23.

**Результаты.** Анализ результатов исследования в исходном состоянии показал увеличение веса тела и уменьшение активной клеточной массы у большинства больных. В результате проведенной немедикаментозной реабилитации, на фоне положительной динамики психологического и клинического статуса пациентов, отмечен положительный эффект влияния вышеуказанных методов немедикаментозной реабилитации на показатели состава тела по данным биоимпедансметрии. Отмечено достоверное увеличение активной клеточной массы. Кроме того, отмечены достоверные изменения показателей кардиоинтервалографии, свидетельствующие о нормализации вегетативных сдвигов, а также улучшение показателей центральной и периферической гемодинамики. Указанные факты можно объяснить положительным влиянием применяемых методов физиобальнеотерапии, рефлексотерапии, а также лечеб-

ной физкультуры, на состояние сердечно-сосудистой, вегетативной нервной и эндокринной систем у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями с сопутствующим ожирением.

**Заключение.** Проведенное исследование позволяет убедиться в эффективности немедикаментозной реабилитации больных ССЗ с сопутствующим абдоминальным ожирением и объективно следить за происходящими изменениями.

\* \* \*

## ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лебедева О.Д.<sup>1</sup>, Ачилов А.А.<sup>2</sup>, Баранов А.В.<sup>2</sup>, Ачилова Ш.А., Мустафаев Р.Д.

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУ «ГНЦ лазерной медицины им. О.К. Скобелкина ФМБА России», Москва, Россия

**Актуальность.** Оптимизация лечения больных артериальной гипертензией (АГ), ввиду широкой распространенности этого заболевания, продолжает оставаться актуальным.

**Цель исследования.** Оптимизация комплексного лечения больных АГ путем применения многокомпонентной рациональной антигипертензивной фармакотерапии (ФТ) с последующим применением разгрузочной лечебной гимнастики (РЛГ).

**Материал и методы.** Исследованы 32 больных мужчин с АГ. Проведено клинико-инструментальное и лабораторное обследование, СМАД. Определяли среднесуточное систолическое (ССАД сист.) и среднесуточное диастолическое АД (ССАД диаст.). Всем больным проводили фармакотерапию (ФТ), в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению АГ. Не менее, чем через 3 месяца после подбора ФТ больные были разделены на две сопоставимые группы по полу, возрасту, особенностям течения болезни, тяжести состояния, особенностям приема медикаментозной терапии. 1-й группе на фоне ФТ назначали РЛГ по запатентованной методике. 2-я группа больных продолжала принимать ФТ и их использовали, как контрольную. Средний возраст в 1-й и 2-й группах составили  $46,3 \pm 6,8$  и  $43,6 \pm 7,2$  года, соответственно. Больным 1-й группы назначили РЛГ, и через 3 мес в обеих группах сравнивали ССАД сист. и ССАД диаст.

**Результаты и обсуждение.** Исходно в обеих группах отмечалось достоверное повышение ССАД сист. и ССАД диаст. по сравнению с нормой. Эти показатели в обеих группах различались недостоверно. Через 3 мес после ФТ в обеих группах отмечалось достоверное снижение ССАД сист. и ССАД диаст, но эти показатели оставались повышенными и не достигали целе-

вого уровня. Затем, в 1-й группе в комплексное лечение включили РЛГ. Через 3 мес после включения РЛГ в 1-й группе отмечалось достоверное снижение ССАД (сист и диаст.) не только по сравнению с исходными данными, но и с данными через 3 мес после ФТ. Во 2-й группе эти показатели по сравнению с 3-месячными данными изменялись недостоверно. Однако, через 6 мес ССАД сист. и ССАД диаст. в 1-й группе были достоверно ниже по сравнению с аналогичными показателями во 2-й группе, что доказывает достоверную клиническую эффективность РЛГ у больных 1-й группы. Полученные результаты подтверждает, что у больных с тяжелой АГ на клеточно-тканевом и микроциркуляторном уровне имеются такие виды нарушения, которые не устраняются только медикаментозной терапией. Для полноценной их коррекции, наряду с многокомпонентной ФТ нужно включить РЛГ.

**Выводы.** Для оптимизации лечения АГ на фоне приема многокомпонентной антигипертензивной фармакотерапии в дальнейшем следует в комплекс лечения включить РЛГ.

\* \* \*

## БАЛЬНЕОРЕАКЦИЯ ПРИ НАРУЖНОМ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Львова Н.В. (n\_lvova@bk.ru), Адилов В.Б., Тупицына Ю.Ю., Уянаева А.И., Пахомова Ю.А.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

Вопрос о сущности, механизме действия и клинической значимости бальнеореакции не теряет своей актуальности. Сущность ответных реакций при бальнеореакции определяется сложными взаимоотношениями общей реактивности организма и его отдельных функциональных систем, состоянием патологического процесса (процессов), а также направленностью и интенсивностью воздействия физического (бальнеологического) фактора. Сложность этих взаимоотношений и определяет интенсивность проявлений бальнеореакции от физиологической до патологической и реакции обострения.

Проведен анализ результатов бальнеотерапии 480 больных артериальной гипертензией II стадии радоновыми ваннами 40, 80 и 120 нКи/л (160 больных), углекислыми 1,2 и 2,0 г/л (80 больных), сероводородными 50, 100, 150 мг/л (160 больных) и хлоридными натриевыми 20 и 40 г/л (80 больных).

При радоновой бальнеотерапии бальнеореакция наблюдалась часто (у 35%) при использовании концентрации 200 нКи/л в виде повышения АД, учащения стенокардии, усиления вегетативных реакций, что явилось основанием для выработки противопоказаний.