

под влиянием технологии с включением кремнисто-углекислых ванн и иловых сульфидных грязей, по сравнению с изолированным применением только кремнисто-углекислых ванн, и позволяет рекомендовать ее к широкому применению у данной утяжеленной категории пациентов.

* * *

СПЕЛЕОКЛИМАТОТЕРАПИЯ В СНИЖЕНИИ КАРДИАЛЬНЫХ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Никифорова Т.И., Выговская С.Н.

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

Актуальность. Повышенное артериальное давление (АД) остается важнейшим фактором, ассоциированным с повышенным риском неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, и главной причиной преждевременной смертности во всем мире. Одновременно шум и загрязнение воздуха входят в число 10 ведущих факторов риска общей смертности.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности применения лечебных факторов спелеоклиматотерапии в комплексе с бальнео-физиотерапевтическими методами у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и сопутствующими хроническими сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными заболеваниями (ХЦВЗ).

Материал и методы. Проведено рандомизированное сравнительное клиническое исследование с включением 80 пациентов (25 мужчин, 55 женщин) с АГ III стадией, 1–3-й степени, очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смертности, с сочетанной ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения I–III ФК и ХЦВЗ, средний возраст $59,26 \pm 2,64$ года, длительность АГ $12,65 \pm 2,46$ года. Пациенты были распределены на 2 группы: 1-я группа, основная (40 пациентов), получала комплекс с включением общих кремнисто-углекислых ванн, магнито-лазерной терапии и спелеоклиматотерапии в специальном помещении, стены которого выложены сильвинитовыми породами из натуральных калийно-магниевых солей, на курс по 10–12 ежедневных процедур с 2 выходными днями; 2-я группа, сравнения (40 пациентов), получала вышеуказанный физио-бальнеотерапевтический комплекс без спелеоклиматотерапии. Статистическая обработка результатов выполнялась параметрическими и непараметрическими методами с использованием программы Statistica 8.

Результаты. У пациентов основной группы повышенное офисное САД в результате курсового лечения снизилось с $159,25 \pm 2,32$ до $126,55 \pm 1,82$ мм

рт.ст., на $32,7 \pm 0,5$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), ДАД — с $98,12 \pm 1,98$ до $81,12 \pm 1,72$ мм рт.ст., на $17 \pm 0,26$ мм рт.ст., ($p < 0,01$), целевой уровень достигнут у 92%. Снижение среднесуточных значений САД и ДАД — на 28 и 21% ($p < 0,01$) соответственно, коррелировало со снижением риска развития кардиальных и церебро-васкулярных осложнений. У пациентов группы сравнения динамика аналогичных показаний оказалась менее выраженной: повышенное офисное САД снизилось со $158,98 \pm 2,46$ до $128,98 \pm 1,64$ мм рт.ст., на $30,0 \pm 1,24$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), ДАД — с $97,21 \pm 1,38$ до $82,21 \pm 1,82$ мм рт.ст., на $15 \pm 0,44$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), целевой уровень достигнут у 89%. Среднесуточное САД и ДАД снизилось на 23 и 18% ($p < 0,05$) соответственно. Достоверное снижение как офисного, так и внеофисного САД менее 140 мм рт.ст. ассоциировано со снижением смертности и инвалидности в 70% случаев вследствие ИБС, геморрагических и ишемических инсультов, внезапной смерти, уменьшением когнитивной дисфункции и деменции. Снижение САД на 10 мм рт.ст. и снижение ДАД на 5 мм рт.ст. ассоциируются с уменьшением риска болезней сердечно-сосудистой системы (ССС) на 20%, общей смертности на 10–15%, инсультов на 35%, коронарных событий на 20% и сердечной недостаточности (СН) на 40%, не зависимо от исходного уровня АД, уровня сердечно-сосудистого риска, наличия сопутствующей патологии, возраста, пола и расовой принадлежности.

Выводы. Полученные результаты позволяют повысить клиническую эффективность комплексного лечения пациентов с АГ III стадией, 1–3-й степени, очень высокого риска развития ССО, с сочетанной ИБС, стенокардией напряжения I–III ФК и ХЦВЗ, уменьшить частоту и риск развития ССО, когнитивных нарушений и деменции на 9%, снизить риск общей смертности.

* * *

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С МЕГАУРЕТЕРОМ

Новикова Е.В., Хан М.А., Меновщикова Л.Б.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия; ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Обструктивные уropатии занимают ведущее место среди всех врожденных заболеваний (7%) детского возраста. В группу обструктивных уropатий входит гидронефроз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс и мегауретер. Мегауретер характеризуется расширением и удлинением мочеточника, приводящим к нарушению мочеиспускательной функции.