

го, у обследованных пациентов группы БАК имеется тенденция к лучшему восстановлению внимания и памяти по сравнению с контролем. Дополнительного позитивного влияния на показатели качества жизни, повседневной активности и общего функционального состояния пациентов с сосудистыми поражениями головного мозга БАК в сравнении с контролем не имеет.

* * *

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕСПИРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Тубекова М.А.^{1,2}, Биличенко Т.Н.¹

¹ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, Москва, Россия;

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить распространенность респираторных симптомов и курения у молодого населения для дальнейшего усовершенствования методов профилактики.

Материал и методы. Исследование проведено методом опроса по международной анкете GA2LEN среди 1252 жителей в возрасте 15–24 лет (отклик — 85,0%) одного из районов Москвы. Статистический анализ проведен с помощью пакета программ Statistica v.10; EPINFO v.7 (WHO). Изучалась распространенность респираторных симптомов и бронхиальной астмы (БА), аллергического ринита (АР), синусита, а также распространенность курения и его влияние на распространенность респираторных симптомов.

Результаты. Распространенность регулярного курения (выкуривание одной и более сигарет в день последние 12 мес и дольше) была одинаковой среди обследованных мужчин и женщин: 13,2 и 13,0% соответственно, ($p=0,895$), а в последний месяц до обследования курили 10,8 и 9,1% соответственно ($p=0,204$). Регулярное курение у молодых людей зарегистрировано с возраста 10 лет и старше. Интенсивность курения у мужчин была выше, чем у женщин. Распространенность респираторных симптомов у курильщиков была выше, чем у некурящих. На хрипы в груди указали 19,1% некурящих и 26,3% ($p<0,001$) курящих мужчин, а также 15,9% некурящих и 29,5% курящих ($p<0,001$) женщин, на симптомы аллергического ринита в последние 12 мес — 19,3 и 30,3% ($p<0,001$) мужчин и 33,0 и 38,6% ($p=0,009$) женщин, на заложенность носа в течение 12 нед и дольше — 20,3 и 25,0% ($p=0,012$) мужчин и 18,1 и 27,3% ($p<0,001$) женщин соответственно.

Заключение. Неблагоприятное влияние курения на респираторное здоровье людей молодого возраста требует активной профилактики для снижения распространенности респираторных симптомов и тяже-

сти течения хронических болезней органов дыхания. Внедрение накопленного отечественного и международного опыта по борьбе с курением в нашей стране позволит снизить распространенность этой вредной привычки и улучшить респираторное здоровье всего населения.

* * *

КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ШУНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Тубекова М.А., Слесарева Ю.С.

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

Пациент С., 1965 года рождения, был переведен в ФГБУ НМИЦ РК для реабилитации с диагнозом: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда неизвестной давности). Мультифокальный стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Состояние после МКШ-ДВ, АКШ — ВТК и ЗМЖВ ПКА от января 2020 г. Гипертоническая болезнь III стадии, 3-й степени, ОВРССО. Ожирение 2-й степени (ИМТ 35,1 кг/м²). Сахарный диабет 2-го типа. Осложнение. НК II А ст., III ФК по NYHA. Сопутствующий диагноз: Атеросклероз артерий нижних конечностей без значимого стенозирования. Двусторонний коксартроз. Эндопротезирование правого ТБС от декабря 2019 г.

Жалобы при поступлении: на одышку при прохождении расстояния около 100 м и подъеме на 1 лестничный пролет, отеки ног, общую слабость, утомляемость, боли в грудине области послеоперационного шва.

Состояние при поступлении: средней тяжести, сниженный фон настроения, эмоциональная лабильность, тревожность (по шкале HADS=96). Над легкими везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах, ЧДД 17 в минуту.

Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 108/70 мм рт.ст. ЧСС 89 уд/мин. Печень у края реберной дуги. Отеки н/3 голени и стоп, симметричные с обеих сторон. SpO₂ в покое 96%, после нагрузки (6-минутный тест ходьбы) — 93%. Результат 6-МТХ: 88 м.

На ЭКГ при поступлении: ритм синусовый с ЧСС 84 уд/мин, снижение питания миокарда по переднебоковой стенке ЛЖ.

По ЭхоКГ: ФВ 46%, уплотнение створок МК и АК, толщина МЖП 13,5 мм, митральная регургитация 1-й степени. Гипокинез передне-перегородочной области ЛЖ. В анализах показатели липидного спектра в пределах целевых значений.

Цель реабилитации: подбор оптимальной нагрузки, повышение толерантности к физическим нагруз-

кам, оптимизация медикаментозной терапии с учетом расширения физической активности, улучшения клинико-психологической адаптации и приверженности к терапии, подбор диеты для снижения массы тела.

Медикаментозная терапия: карведилол 12,5 мг, лизиноприл 10 мг, розувастатин 20 мг, аспирин-кардио 100 мг.

Программа реабилитации: суховоздушные углекислые ванны, занятия на тренажерах с постепенным увеличением нагрузки, лечебная физкультура в кардиогруппе, обучение скандинавской ходьбе, индивидуальные занятия ЛФК, воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением на область кубитальных вен и в области послеоперационных швов, электрофорез на область рубцов (№7), курсы психологической релаксации, дыхательная гимнастика, спелеовоздействие.

На фоне терапии на 11-й день выписки отмечалась положительная динамика в виде уменьшения одышки, повышения толерантности к физическим нагрузкам, 6-МТХ — 130 м, подъем на 3-й этаж, регрессирование отеков, уменьшение признаков застоя в легких. При контрольной ЭхоКГ отмечалось повышение ФВ до 50%. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 69 уд/мин, уменьшение явлений диффузного снижения питания миокарда. При выписке пациент отмечал улучшение общего состояния и самочувствия, отсутствие тревожности (по шкале HADS=26). Пациент выписан с рекомендацией повторного курса через 3 мес.

* * *

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НОРМОКСИЧЕСКОЙ БАРОТЕРАПИИ В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С COVID-19

Турова Е.А., Уянаева А.И., Тупицына Ю.Ю.,
Рассулова М.А.

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

Необходимость медицинской реабилитации пациентов с пневмонией при COVID-19 диктуется обширным поражением верхних и нижних дыхательных путей, выраженным снижением функции внешнего дыхания в результате обширного двустороннего интерстициального поражения легких, которое усугубляется повреждением сосудистой стенки и нарушением в системе гемостаза вследствие системной иммунной реакции, а также выраженным нарушением транспорта кислорода, обусловленного прямым токсическим влиянием вируса на гемоглобин. В результате тяжести патологического процесса, снижения адаптационных механизмов, сроки восстановления и возвращения к привычным физическим на-

грузкам могут растянуться на 4—5 нед, затем, после наступления стабилизации состояния и при отсутствии риска прогрессирования заболевания, необходимо использовать адекватные методы функционального восстановления (Временные методические рекомендации Министерства здравоохранения России «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19». Версия 6 от 24.04.20).

Применение физических методов реабилитации на 2-м и 3-м этапах позволяет увеличить толерантность к физической нагрузке, способствует восстановлению ФВД, улучшению потребления кислорода. В этом плане, целесообразным и патогенетически обоснованным является метод нормоксической баротерапии, который способствует насыщению тканей кислородом, увеличению органного кровотока, улучшению тканевого дыхания и вентиляционных показателей, уменьшению альвеолярной гипоксии, а также нормализации психологических и эмоциональных нарушений.

Опыт применения нормоксической баротерапии у пациентов с ХОБЛ (76 человек) и БА (64 человек) свидетельствует о выраженной клинической эффективности курса лечения у 83% пациентов. Под влиянием процедур (10—12 на курс лечения) нормоксической баротерапии выявлено улучшение проходимости респираторного тракта (повышение ОФВ, индекса Тиффно) на уровне как крупных (МОС25), так и средних и мелких (МОС50, 25) бронхов, повышение ЖЕЛ с $70,1 \pm 2,47$ до $79,9 \pm 2,49\%$ ($p < 0,05$), которое сопровождалось улучшением газообменной функции легких, снижением PO_2 и увеличением KIO_2 . Такая направленность функциональных изменений обусловила уменьшение компенсаторно-повышенных МОД с $166,7 \pm 4,99$ до $143 \pm 5,54$ ($p < 0,01$) за счет снижения частоты и глубины дыхания ($p < 0,05$). Несомненно, значимым эффектом курса нормоксической баротерапии является тот факт, что благоприятная динамика клинико-функциональных показателей сопровождается улучшением психологической адаптации пациентов по тестам САН, СМОЛ и HADS: достоверное снижение проявлений депрессии, уменьшение ипохондрической и психоастенической симптоматики. Улучшение общего самочувствия, активности, настроения, а также хорошую переносимость процедур отмечали 89% пациентов.

Заключение. Многолетний опыт применения метода нормоксической баротерапии, в частности при лечении и реабилитации ХОБЛ, показывает патогенетическую обоснованность и целесообразность включения в программы реабилитации при пневмонии, ассоциированной с COVID-19 при отсутствии противопоказаний на 3-м этапе медицинской реабилитации.

* * *