

Цель исследования. Оценить возрастные особенности качества жизни (КЖ) и физической работоспособности у лиц пожилого возраста при реализации оздоровительной программы, дозированных физических тренировок (ДФТ).

Материал и методы. Обследованы 86 больных артериальной гипертензией II стадии, 1-й степени, с низким и средним риском развития осложнений (средний возраст $64,3 \pm 0,9$ года), которые в течение 2 лет занимались оздоровительными ДФТ. В 1-ю группу (сравнения) вошли 58 пациентов, возраст которых не превышал 69 лет, во 2-ю — 28 больных в возрасте 70—75 лет. Достоверных отличий по полу и клиническим проявлениям сопутствующей патологии в данных группах не было. ДФТ проводились 3 раза в неделю по 45 мин. Физическая работоспособность определялась в процессе велоэргометрии при стандартном протоколе тестирования. КЖ изучалось с помощью компьютеризированной версии опросника «SF-36 Health Status Survey».

Результаты. Исходные данные обеих групп не имели существенных различий и характеризовались снижением резервных возможностей организма: небольшими значениями пороговой нагрузки, составляющей 58% от ее должной максимальной и 77,7% — субмаксимальной величин, что сопровождалось наименьшей относительной работоспособностью в сочетании с наибольшей пульсовой стоимостью пороговой нагрузки. Через год в группах отмечен прирост пороговой мощности нагрузки, объема выполненной работы и относительной работоспособности при снижении пульсовой стоимости пороговой нагрузки, что говорило об экономизации физиологических функций. Через 2 года такая положительная динамика отмечалась только у пациентов 60—69 лет, тогда как во 2-й группе показатели работоспособности практически не изменились.

У больных 2-й группы через 2 года ДФТ повысились параметры КЖ, характеризующие «психологический компонент здоровья», на 34,1% ($p=0,007$), тогда как в группе сравнения эти показатели увеличились только на 6,9% ($p=0,059$). У лиц 60—69 лет отмечено повышение по шкалам, представляющим «физический компонент здоровья» (шкалы общего состояния здоровья, физического функционирования, ролевого физического функционирования, телесной боли), тогда как у лиц более старшего возраста подобной положительной динамики не было.

Вывод. Таким образом, при реализации оздоровительных программ ДФТ для пациентов старшего поколения необходимо учитывать возраст. Динамика работоспособности у лиц старше 70 лет имеет тенденцию к более медленному росту, несмотря на их субъективное мнение о нормализации КЖ за счет повышения жизненной активности, эмоционального состояния и психического здоровья.

* * *

РОБОТИЗИРОВАННАЯ МЕХАНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА ФОНЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДОРСОПАТИИ

Выговская С.Н., Стяжкина Е.М., Кончугова Т.В.

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

Актуальность. Несмотря на постоянное совершенствование медикаментозного лечения гипертензивной энцефалопатии (ГЭ), увеличение доли пациентов различного возраста с сочетанием этого заболевания с патологией шейного отдела позвоночника делает актуальным поиск новых методов комплексного лечения и профилактики дальнейшего прогрессирования заболевания.

Цель исследования. Оценка эффективности включения физических тренировок на аппарате с биологической обратной связью в лечебный комплекс физиобальнеотерапии в реабилитации больных, у которых ГЭ сочетается с цервикальной дорсопатией.

Материал и методы. Нами были обследованы и пролечены 60 пациентов (мужчин — 45%, женщин — 55%) с клиническими проявлениями ГЭ в сочетании с цервикальной дорсопатией. Средний возраст пациентов составил $51 \pm 2,4$ года.

Для решения поставленных задач, кроме общеклинических исследований, были использованы специальные методы, позволяющие наиболее информативно оценить в динамике состояние мозгового кровообращения с помощью дуплексного сканирования магистральных артерий; магнитно-резонансной томография и рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами; оценка функционального состояния опорно-двигательного аппарата пациента с использованием диагностической системы Dr. Wolff «Back-Check» (Германия), которая позволяет реализовать только точные целенаправленные движения и оценить пиковую силу в группах мышц спины и плечевого пояса. Возможности этого аппарата и программного обеспечения «Back-Check» позволяют автоматически рассчитывать нормативные значения в зависимости от пола, возраста и массы тела испытуемого и подбирать лечебные персонализированные программы для занятий на тренажере. Оценка в динамике состояния мозгового кровообращения и функционального состояния мышечных групп проводилась дважды: до и после лечения, на курс — по 10 ежедневных процедур.

В результате применения данного метода происходило более быстрое восстановление функционального состояния шейного отдела позвоночника, что выражалось в купировании болевого синдрома, нивелирование неврологической симптоматики, а также стабилизации артериального давления, повышалась толерантность к физическим нагрузкам, формиро-

вался положительный эмоциональный настрой, повышалась стрессоустойчивость.

На основании проведенных клинико-инструментальных исследований, получены данные, позволяющие обосновать использование комплексного применения низкочастотной интерференционной терапии на воротниковую область, общих гальванических ванн, занятий на тренажере с биологической обратной связью (аппарат Dr. Wolff «Back-Check») как патогенетически обоснованного метода лечения ГЭ при дисфункции шейного отдела позвоночника.

Вывод. Применение разработанного нами лечебного комплекса будет способствовать улучшению ближайших и отдаленных результатов терапии, снижению экономических затрат на лечение и реабилитацию, увеличению длительности ремиссии и может применяться в условиях специализированного стационара и санаториях с целью предотвращения углубления ишемии головного мозга и профилактики инсульта.

* * *

ГИДРОКИНЕЗОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Выговская С.Н.

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

Актуальность. Несмотря на постоянное совершенствование методов реабилитации больных, перенесших ишемический инсульт (ИИ), увеличение доли пациентов с двигательными нарушениями не уменьшается и делает актуальным поиск новых методов комплексного лечения и профилактики дальнейшего прогрессирования заболевания.

Гидрокинезотерапия представляет собой комплекс упражнений, которые необходимо выполнять в бассейне с теплой водой под руководством инструктора. Нами были учтены такие лечебные эффекты, как болеутоляющий, облегчение движения при наличии болевого синдрома, уменьшение рефлекторной возбудимости и спастичности мышц, укрепление опорно-двигательного аппарата, седативный эффект.

Цель исследования. Оценка эффективности включения гидрокинезотерапии в лечебный комплекс физиобальнеотерапии в реабилитации больных с двигательными нарушениями, перенесших ИИ.

Материал и методы. Нами были обследованы и пролечены 60 пациентов (мужчин — 45%, женщин — 55%), перенесших ИИ и имеющих двигательные нарушения (гемипарез разной степени выраженности). Средний возраст пациентов составил $54 \pm 2,1$ года.

Все пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю группу (сравнения) вошли 30 пациентов, которые по-

лучали базовый курс лечения, включающий лечебную физкультуру, низкочастотную магнитотерапию, «сухое» CO_2 -ванны, массаж паретичных конечностей. Во 2-ю группу были включены 30 пациентов, которым дополнительно к базовому курсу лечения добавляли занятия гидрокинезотерапией, проводимой инструктором в бассейне в течение 30 мин.

Достоверных отличий по возрасту, полу и клиническим проявлениям заболевания у представителей анализируемых групп обнаружено не было. Результаты лечения оценивали по шкале Рэнкина (ШР), реабилитационной маршрутизации (ШРМ) и индексу мобильности Ривермид (ИМР).

Результаты. В результате лечения методом с добавлением гидрокинезотерапии, у пациентов 2-й группы удалось получить более выраженную динамику нивелирования неврологической симптоматики (восстановление двигательного стереотипа ходьбы, увеличение силы паретичных конечностей, уменьшение болей в суставах) и положительной оценки своего состояния самим пациентом. Об этом свидетельствовало у данных пациентов уменьшение по шкалам ШР с $2,76 \pm 1,32$ до $1,73 \pm 0,86$ балла и ШРМ с $3,4 \pm 2,14$ до $2,19 \pm 1,25$ балла. У пациентов 1-й группы эффективность реабилитации оказалась менее значимой — достоверные различия показателей в динамике лечения были отмечены только при анализе ШРМ (с $3,4 \pm 2,14$ до $2,19 \pm 1,25$ балла).

Вывод. Применение активной и пассивной тренировок верхних и нижних конечностей в воде на занятиях гидрокинезотерапией эффективно у больных с двигательным дефицитом, перенесших ИИ, на 2-м и 3-м этапах реабилитации, способствует регрессу спастических синдромов, предотвращает атрофию мышц паретичных конечностей, уменьшает болевой синдром в суставах, тем самым увеличивая в них подвижность, замедляет развитие контрактур в суставах.

Предложенный метод с включением в программу гидрокинезотерапию, может применяться в условиях реабилитационных центров и санаториях, где есть бассейн.

* * *

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АСТЕНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ АККОМОДАЦИОННОЙ АСТЕНОПИИ С ПОЗИЦИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ АККОМОДАЦИИ

Гаджиев И.С.¹, Овечкин И.Г.² (doctoro@mail.ru; +7(495)455-8811), Ярошенко В.П.², Будко А.А.², Матвиенко В.В.²

¹ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия;

²Филиал №2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского» Минобороны России, Москва, Россия

Актуальность. Восстановительное лечение астенической формы аккомодационной астенопии (АФАА)