

вительное лечение в здравницах-базах исследования по поводу монетовидного или бляшечного вульгарного псориаза, тогда как у контрольной группы наблюдения детей с аналогичным диагнозом названный показатель снизился при выписке лишь в 1,38 раза. Последнее сочеталось с положительной динамикой параметров перекисного окисления липидов в эпидермисе наблюдаемых детей, что представлено в таблице 3.

Таблица 3.

Систематизация параметров ПОЛ в эпидермисе детей, больных псориазом, под влиянием предложенных схем восстановительной терапии. (M±m).

Показатель перекисного окисления липидов в эпидермисе	Диеновые конъюгаты (N= 2,32 на 1 мг липидов)		Кетодиены и сопряженные триены (N= 2,78 на 1 мг липидов)	
	до лечения	после	до лечения	после
1. Пациенты с монетовидной и бляшечной формой псориаза обыкновенного:				
1.1. Основная группа *	1,08±0,02	2,26±0,01	1,21±0,05	2,26±0,01
1.2. Контрольная группа **	1,07±0,03	1,45±0,02	1,23±0,04	1,86±0,01
Примечание: * = p < 0,05; ** = p < 0,01				

Обсуждая данные таблицы 3, следует указать, что изменения показателей диеновых конъюгатов (ДК), кетодиенов (КД) и сопряженных триенов (СТ) определяли после экстракции липидов хлороформ-метанольной смесью по стандартной методике. Систематизация полученных результатов указывает на существенную эффективность предложенных нами методик восстановительного лечения в здравницах с использованием природных физических курортных факторов Кубани по сравнению с традиционными схемами медикаментозной терапии. Подтверждением этому служит тот факт, что в основной группе наблюдения по завершению предложенного восстановительного лечения показатели ДК, КД и СТ практически выросли (по сравнению с исходными) в 2 раза, тогда как в контрольной группе наблюдения аналогичные показатели имели лишь тенденцию к оптимизации. Так, например, у пациентов с монетовид-

ной и бляшечной формой псориаза обыкновенного уровень диеновых конъюгатов при выписке из здравниц-баз исследования достиг значений 2,26±0,1, а у детей контрольной группы остался на уровне 1,45±0,02 при N=2,32 на 1 мг липидов. При этом как наблюдаемые пациенты основной группы, так и дети из контрольной группы наблюдения при поступлении в здравницы-базы исследования имели примерно одинаковые исходные уровни диеновых конъюгатов в эпидермисе (1,08±0,02 и 1,07±0,03). Символично, что при поступлении в базы исследования дети, страдающие монетовидной или бляшечной формой псориаза обыкновенного, в этих же группах наблюдения имели практически одинаковое снижение уровня кетодиенов и сопряженных триенов в эпидермисе (соответственно 1,21±0,05 и 1,23±0,04). После проведенных различных схем восстановительного лечения у пациентов основной группы наблюдения уровень кетодиенов и сопряженных триенов вырос до значений 2,26±0,01 (т.е. почти в 1,9 раза), тогда как в контрольной группе эти же показатели отличались лишь на уровне 1,86±0,01.

ВЫВОДЫ

1. Представленный авторский комплекс задействия физических лечебных факторов черноморских курортов Кубани высокоэффективен при лечении детей с монетовидной и бляшечной формой псориаза обыкновенного (L 40.0 по МКБ-Х).

2. Предложенные схемы восстановительной терапии достаточно быстро могут быть освоены медицинским персоналом как профильных муниципальных учреждений здравоохранения, так и детских здравниц любых лечебных местностей Российской Федерации, располагающих сходными природными санационными факторами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Селицкий Г.Д., Федоров С.М., Кулагин В.И. Влияние неблагоприятных факторов на заболеваемость кожи. – М., 1997. – С. 91-92.
2. Севрюкова В.С. Новые медицинские технологии и методы санаторно-курортного лечения детей на курорте Анапа. //Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии: Материалы Всерос. форума. «Здравница-2001». – М., 2001. – С. 172.
3. Санаторно-курортное и восстановительное лечение. Сборник нормативно-правовых и методических материалов (под ред. А.Н. Разумова и Л.В. Ивановой). – М.: МЦФЭР, 2004. – 720 с.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР ФИЗИОТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

ЕВСЕЕВА М. М., к.м.н., научный сотрудник гинекологического отделения восстановительного лечения ФГУ «НЦ АГ и П Росмедтехнологий», г. Москва, Россия

Женщины с последствиями хронического воспаления органов малого таза в виде перитонеальных тазовых спаек, хронической тазовой боли, маточной и трубной форм бесплодия, эмоционально-невротических расстройств нуждаются в реабилитации. Преформированные физические факторы занимают главенствующее место в медицинской реабилитации. Это основано на полифункциональном характере действия физических факторов, стимулировании

компенсаторных возможностей организма; ускорении регенерации и укреплении иммунитета; улучшении психоэмоционального состояния, повышении общего тонуса организма и снятии утомления; способности влиять на все органы и системы, стимулировать защитные силы и адаптацию; хорошо совмещении с другими реабилитационными средствами, способности их потенцировать и пролонгировать.

Цель данной публикации – продемонстрировать более высокую результативность дифференцированного выбора электротерапии в реабилитации женщин с последствиями хронического сальпингоофорита в виде перитонеальных тазовых спаек, хронической тазовой боли, первичного бесплодия, эмоционально-невротических расстройств на конкретном примере. Мы остановились именно на нем из-за значительной частоты данной патологии среди направляемых на физиотерапию и общеизвестных трудностей в практике лечения таких больных.

Пациентка Р., 25 лет, и/б 1455, служащая, поступила в стационар дневного пребывания отделения физических методов лечения НЦ АГ и П РАМН (ныне гинекологическое отделение восстановительного лечения ФГУ «НЦ АГ и П Росмедтехнологий») в апреле 1997 г. Диагноз направившего учреждения: хронический двусторонний сальпингоофорит. Бесплодие I.

Жалобы при поступлении: частые, умеренной интенсивности тянущие боли внизу живота и пояснично-крестцовой области без иррадиации; отсутствие беременности в течение 5 лет регулярной половой жизни без контрацепции при исключении мужского фактора бесплодия; повышенная раздражительность, плаксивость, быстрая утомляемость; снижение настроения из-за бесплодия и невозможности болеутоления; разнообразные по характеру головные боли, усиливающиеся при резкой смене погоды; стойкие запоры продолжительностью до 3 дней, из-за которых больная вынуждена систематически прибегать к очистительным клизмам.

Перенесенные заболевания: острая дизентерия в возрасте 3 и 10 лет с появлением после первого эпизода склонности к запорам; ВСД по гипотоническому типу с пубертатного периода.

Наследственность: у матери миома матки без показаний к операции.

Менструальный цикл: менструации с 12 лет, установились сразу, по 5-7 дней, через 28-30 дней, обильные и болезненные в первые 2 дня.

Половая жизнь с 20 лет, брак I, мужу 28 лет. Индекс оргастичности по Здравомыслову 8:10.

Гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит с 1992 г. без признаков острого начала процесса и каких-либо клинических данных для его обострения. В 1992 г. по поводу хламидийной инфекции вместе с мужем успешно лечилась антибиотиками тетрациклинового ряда. С 1992 по 1994 гг. трижды принимала продигозан без выраженной клинической реакции, но с последующей антибиотикотерапией. Особо хотим подчеркнуть, что с 1992 по 1995 гг. пациентке провели 6 курсов физиолечения, 3 из них включали один фактор, а 3 – два фактора. Использовали электрофорез лекарственных веществ: один раз цинка и один раз гиалуронидазы, переменное магнитное поле низкой частоты (ПеМПНЧ), дважды УЗ в импульсном режиме с интервалом в 7 месяцев, магнитолазерное излучение и синусоидальные модулированные токи. После каждого из этих курсов отмечено болеутоление, но оно ни разу не превышало двух месяцев. Последний раз физиотерапию проводили год назад, что исключает период ее последствия.

По тестам функциональной диагностики в течение двух циклов, предшествующих поступлению в

нашу клинику, установлен двухфазный менструальный цикл с относительной гиперэстрогенией и недостаточностью лютеиновой фазы.

За 2 месяца до начала нашей курации проведена гистеросальпингография, с помощью которой выявлены перитонеальные тазовые спайки, включая перитубарные сращения; трубы проходимы. Наличие указанных спаечных структур подтверждено и трехкратным УЗ исследованием.

При поступлении: состояние удовлетворительное; пациентка правильного телосложения. АД 90/60 мм. рт. ст., пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 80 ударов в минуту. Органы грудной клетки без особенностей. Пальпаторно определяемых изменений в молочных железах нет, оволосение по женскому типу. Живот мягкий, безболезненный, в том числе в зоне проекции крупных вегетативных ганглиев. При двуручном исследовании тело метки в *retroversio flexio*, обычной величины и консистенции, с ровными контурами, экскурсия ограничена спайками в позадиматочном пространстве и болезненна. Правые придатки несколько увеличены, обычной консистенции, смещаемые, пальпация их зоны чувствительна. При пальпации стенок таза боль не возникает. Диагноз при поступлении: перитонеальные тазовые спайки с субфиксированной ретродевиацией матки. Хронический двусторонний сальпингоофорит в период стойкой ремиссии. Хроническая тазовая боль. Бесплодие II. Эмоциональная лабильность. Диагноз хронического воспаления придатков матки поставлен на основании только клинических признаков. Он не мог быть подтвержден или отвергнут при лапароскопии, поскольку женщина от этой операции неоднократно категорически отказывалась.

Обсуждаемая пациентка типична для больных, направляемых в наше отделение по возрасту (25 лет), диагнозу, продолжительности заболевания (4 года) и бесплодия (5 лет), наличия хронической тазовой боли как ведущего симптома болезни, а также длительности предшествующей медикаментозной и традиционной физиотерапии (5 лет) при отсутствии стойкого клинического эффекта.

Поскольку какие-либо клинические признаки острого начала заболевания и его обострения отсутствовали, развитие тазовых перитонеальных спаек может быть обусловлено перенесенной хламидийной инфекцией половых органов. Нельзя исключить определенного влияния ранее дважды диагностированной острой дизентерии, последствием которой явились запоры. Подобная ситуация способна привести к синдрому взаимного отягощения гинекологического заболевания и болезни кишечника.

В клинической картине ведущим симптомом является боль внизу живота и пояснично-крестцовой области. С помощью ряда клинических признаков мы исключили невралгию тазовых нервов и синдром застоя в малом тазу, связав хроническую тазовую боль именно с тазовыми перитонеальными спайками. Эту боль в течение 5 лет не удавалось устранить более чем на 2 месяца. Вероятно, отсутствие такого эффекта от предшествовавшей многократной и многофакторной физиотерапии обусловлено недостаточной удачной «стыковкой» особенностей действия примененных факторов и обсуждаемой клинической ситуацией. Однако еще 30 лет назад наша клиника

показала взаимосвязь между стабильностью болеутоления и успешностью дефибрирующей терапии. Отсутствие в течение 5 лет продолжительного (не более двух месяцев) болеутоления провоцировало возникновение изменений в нервной, сосудистой и других системах, что, в свою очередь, завершилось формированием стойкого болевого синдрома. Наличие хронической боли подтверждает и ЭЭГ в виде нарушения процессов внутренней синхронизации. Как известно, стойкий болевой синдром часто провоцирует психоэмоциональные расстройства. Действительно, у пациентки имеются раздражительность, повышенная возбудимость, плаксивость, головные боли, связанные с умственным и физическим утомлением и сменой погодных условий. С учетом таких жалоб было проведено медико-психологическое тестирование. При невысоких значениях всех составляющих категорий теста САН суммарная оценка по шкале составила 14,7 балла; отмечен высокий уровень личностной и ситуационной тревожности по шкале Спилберга 1 и 2. Такие результаты подтвердили у больной наличие тревожно-депрессивного невротилического синдрома. Головные боли и ВСД по гипотоническому типу, а также результаты медико-психологического тестирования обусловили целесообразность оценки кровообращения головного мозга. На РЭГ отмечены неустойчивость и лабильность сосудистого тонуса, межполушарная асимметрия, нарушение венозного оттока. Совокупность таких показателей свидетельствует о недостаточности мозгового кровообращения. Выявив нарушение кровообращения головного мозга, мы сочли важным оценить гемодинамику в сосудистом бассейне малого таза, где расположен патологический очаг. Данные реографии свидетельствовали об уменьшении эластичности артерий и артериол, затруднении оттока крови из артериальной части в венозную, снижении кровенаполнения, свидетельствующих о расстройстве регионарной гемодинамики, что, в свою очередь, могло способствовать появлению длительно существующих зон венозного полнокровия в малом тазу, провоцирующих хроническую тазовую боль. Для достижения стойкого клинического эффекта при дифференцированном выборе лечебного фактора нужно, прежде всего, выявлять и анализировать причины неэффективности всей предшествующей длительной разнофакторной физиотерапии. По нашему мнению, недостаточная результативность обусловлена неадекватностью лечения клинко-физиологическим особенностям заболевания. В частности, как свидетельствует наш опыт, в обсуждаемой клинической ситуации электрофорез цинка не обладает выраженным болеутоляющим действием. Электрофорез гиалуронидазы также не оказывает болеутоления и при использовании только внеполостной методики, как у данной больной, малоэффективен. Кратковременность болеутоления после амплипульстерапии может быть обусловлена недостаточно адекватным подбором физических характеристик тока. Отсутствие эффекта при магнитолазерной терапии, вероятно, связано с неоптимальным выбором зон воздействия и недостаточностью влияния в этих случаях на церебральную гемодинамику. УЗ в импульсном режиме способен оказать патогенетически обусловленный болеутоляющий эффект, но для его стабилизации, как правило,

одного курса недостаточно, а повторные курсы должны быть с промежутками не в 7 месяцев, как у обсуждаемой пациентки, а более короткими, не свыше 4 месяцев. Кроме того, мы считали назначение УЗ нецелесообразным при относительной гиперэстрогении, потому что такие воздействия могут повышать уровень эстрогенов. Это особенно важно в связи с относительной предрасположенностью пациентки к возникновению миомы матки, так как у ее матери имеется это заболевание.

Поскольку у больной выявлены нарушения кровообращения в сосудистом бассейне малого таза и головном мозге, психоневротические расстройства, то для стабильного болеутоления необходимо, на наш взгляд, устранение или существенное ослабление психоэмоционального и сосудистого компонента боли. Такая задача может быть выполнена с помощью целого ряда современных физиотерапевтических воздействий, предложенных в нашем отделении и нашедших широкое применение в практике. Наиболее эффективными могут быть импульсные токи различных частот, но некоторые из них вызывают неприятные субъективные ощущения приблизительно у 15% лечившихся, из-за чего такие воздействия приходится отменять. УЗ, преимущественно в импульсном режиме, нецелесообразен при относительной гиперэстрогении, поскольку может повысить уровень эстрогенов. Электрофорез салицилатов не исключает побочного действия лекарства, которое с учетом влияния тока является пролонгированным и плохо купируется гипосенсибилизаторами. Кроме того, все три указанных варианта физиотерапии технологически сложны и трудоемки для персонала, что объективно ограничивает количество больных. Такая критическая оценка воздействий, принципиально возможных у обследуемой пациентки, показывает необходимость применения такого физического фактора, который наряду с вазотропным, обладал бы анальгезирующим и дефибрирующим эффектами. В литературе недостаточно освещены особенности гемодинамических расстройств применительно к венозному компоненту кровообращения. Между тем работами нашего отделения доказана роль венозного компонента гемодинамики как в бассейне малого таза, так и в отдаленных регионах в генезе хронического воспаления придатков матки. Вот почему мы отдали предпочтение новому физическому фактору – ИЭСНЧ. Оно впервые в гинекологии применено в нашем отделении, в частности, при тазовых спайках, в том числе доказанных лапароскопически. Клинические результаты свидетельствуют о его хорошем болеутоляющем эффекте. Показано, что такие воздействия не повышают уровень эстрогенов в крови. При использовании низкочастотных (20 Гц) параметров электростатического поля достигается избирательное воздействие на венозное кровообращение. Для более точной интерпретации ответных реакций организма, которые являются своеобразным прогностическим фактором для определения характера дальнейших лечебных воздействий, мы применили монофакторное воздействие. В течение курса электролечения и всего периода его последующих в соответствии с установками нашей клиники пациентка использовала механический способ контрацепции.

Методика лечения. Положение пациентки на процедурной кушетке – лежа на спине. Применяли аппарат “Инфита”. Электроды размерами 6x9 см. каждый из комплекта к согласующему устройству располагали на передней брюшной стенке в зоне проекции правых и левых придатков матки, влагалитный электрод вводили в задний свод. Частота следования импульсов 20 Гц. Продолжительность процедур 20 минут. Современные социально-экономические особенности жизни не позволяют большинству работающих больных, включая и нашу пациентку, пройти полный курс лечения, состоящий, как правило, из 20-30 процедур, проводимых в течение 1-1,5 месяцев. Существующий в нашем отделении стационар дневного пребывания (СДП) создает благоприятные условия для интенсификации лечения путем учащения воздействия одним и тем же фактором в течение дня. Это позволяет существенно сократить сроки лечения при том же клиническом эффекте. Поэтому пациентке мы проводили лечение в интенсивном режиме, т. е. 3 раза в день. Курс состоял из 30 процедур в течение 10 рабочих дней. Для получения информации о характере ответной реакции сосудистой системы на физиотерапию мы проводили исследования кровообращения в сосудистом бассейне малого таза и в головном мозге.

В 1-й день лечения сопоставление реографических данных непосредственно до 1-й процедуры и сразу после нее показало улучшение кровообращения в сосудистом бассейне малого таза, особенно значительное в венозном компоненте. По данным нашего отделения, положительная реакция на 1-ю процедуру является благоприятным прогностическим признаком дальнейшего успеха лечения и обосновывает продолжение курса в первоначально избранном варианте.

С 3-го дня лечения боли внизу живота и пояснице стали менее интенсивными, уменьшилась раздражительность, улучшилось настроение. При двуручном исследовании отмечено некоторое размягчение спаечных структур в зоне придатков матки.

На 5-й день лечения, т. е. ближе к середине курса, боль отсутствовала. По данным двуручного исследования, увеличилась экскурсия матки. Реографические показатели свидетельствовали об улучшении кровообращения в сосудистом бассейне малого таза в виде нормализации тонуса сосудов и венозного оттока с увеличением кровенаполнения. При этом отмечено и улучшение мозгового кровообращения – уменьшение выраженности межполушарной асимметрии и нормализация венозного оттока.

На 7-й день лечения боль отсутствовала и при двуручном исследовании. Важно отметить, что, начиная с седьмого дня лечения, больная отказалась от очистительных клизм, т. к. стул стал самостоятельным и регулярным.

В заключительный, десятый день лечения никаких жалоб пациентка не предъявляла, двуручное исследование было безболезненным, экскурсия матки в полном объеме. Электрографических признаков боли не было. Реоэнцефалография показала дальнейшее улучшение кровообращения головного мозга, однако сохранялся низкий тонус сосудов, что соответствовало стабильной гипотонии. Отсутствие болей внизу живота и пояснично-крестцовой области, в том числе при двуручном исследовании,

сопровождалось улучшением кровообращения в сосудистом бассейне малого таза, что выражалось в нормализации сосудистого тонуса и венозного оттока при дальнейшем увеличении кровенаполнения. Больная подчеркивала улучшение настроения, уменьшение раздражительности. Психодиагностическое исследование, проведенное сразу же после лечения, показало снижение уровня ситуационной тревожности; при одновременном улучшении активности, настроения и самочувствия суммарная оценка по шкале САН составила 17,1 балла, что соответствует состоянию отдохнувшего человека, хотя режим физиопроцедур был интенсивным. Важно отметить, что все 3 категории признаков оценивались одинаковыми по значению цифрами. Опыт нашего отделения указывает на положительное прогностическое значение этих результатов в плане восстановления репродуктивной функции женщины.

Непосредственные результаты мы оценили как положительные и согласно общепринятым критериям оценки, они, с нашей точки зрения, соответствовали понятию “значительное улучшение”.

Наше отделение впервые в гинекологии подчеркнуло и постоянно пропагандирует важность периода последствий лечебного физического фактора, т. е. отрезка времени, в течение которого изменения в организме, вызванные курсом физиотерапии, затухают медленно и постепенно. Именно поэтому отдаленные результаты лечения могут быть лучше непосредственных. В течение 2-х месяцев боли отсутствовали, психоэмоциональное состояние оставалось таким же, как непосредственно после физиотерапии. Важно отметить, что стул был регулярным и самостоятельным. Более того, через 2 месяца после лечения показатель кровенаполнения в сосудистом бассейне малого таза достиг нормативных величин без каких-либо дополнительных терапевтических воздействий. Кровообращение головного мозга через 2 месяца после лечения, по данным РЭГ не имело признаков ухудшения. На основании совокупности достигнутых клинических показателей и данных реографических исследований мы сочли период последствий законченным, и пациентке отменены противозачаточные средства, однако, по личным мотивам, женщина, не предъявляя каких-либо жалоб, в течение 7 месяцев использовала механическую контрацепцию, после отмены которой в первом же менструальном цикле наступила маточная беременность. Она протекала без угрозы прерывания и закончилась нормальными срочными родами. Родилась девочка (3300 г, рост 50 см). В настоящее время ребенок растет и развивается нормально. Наступившая беременность характеризует достигнутую нормализацию эндокринной функции яичников и определенные положительные изменения в спаечных структурах, что соответствует современным представлениям, отрицающим принципиальную необратимость соединительной ткани. На боли пациентка не жалуется, обострения заболевания не было. Мы не случайно выбрали из архивных документов историю болезни десятилетней давности, а для того чтобы как можно дольше проследить результативность использованной электротерапии.

Положительные и продолжительные результаты реабилитации мы объясняем тем, что использован-

ный фактор – ИЭСПНЧ, избранная методика и интенсивный режим применения оказались адекватными характеру патологического состояния обсуждаемой больной. Это проявилось в патогенетической обо-

снованности терапии, т. е. в желаемой направленности воздействия на сосудистый и вторично развившийся психоэмоциональный компоненты хронической тазовой боли.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК

ЧУРСИНА Т.В., к. м. н., заведующая кардиологическим отделением

ЦКГ Федеральной таможенной службы РФ, г. Москва

*ЩЕГОЛЬКОВ А.М., д. м. н., профессор, заслуженный врач РФ, начальник кафедры
медицинской реабилитации и физических методов лечения*

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва

*КЛИМКО В.В., к. м. н., доцент, старший преподаватель кафедры медицинской
реабилитации и физических методов лечения*

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва

РУСАКЕВИЧ А.П., врач ЛФК 6 ЦВКГ МО РФ, г. Москва

Ключевые слова: ИБС, медицинская реабилитация, физические нагрузки, физическая работоспособность, центральная гемодинамика.

ВВЕДЕНИЕ

Физический аспект реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) занимает особое место, поскольку восстановление способности больных справляться с физическими нагрузками (ФН), встречающимися в повседневной жизни, составляет основу всей системы реабилитации [1, 2, 3]. Нередко больные с одной и той же формой заболевания по-разному переносят назначенные физические тренировки (ФТ), поэтому для выбора двигательного режима больных ИБС на госпитальном этапе необходимо использование методики, максимально учитывающие функциональные резервы кардио-респираторной системы в каждом конкретном случае, с подбором одновременно всех параметров нагрузки и учетом мотивации больного при проведении физической реабилитации (ФР) [4, 5, 6]. Для повышения эффективности медицинской реабилитации (МР) больных ИБС мы использовали метод велотренировок (ВТ) в режиме «свободного выбора параметров нагрузки» (мощность, скорость и продолжительность педалирования), основанной на выраженности двигательной мотивации у больных.

С целью изучения эффективности комплексной МР больных ИБС на госпитальном этапе с включением ВТ по методике «Свободного выбора параметров нагрузки» (СВН) проведено данное исследование.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 185 больных ИБС в возрасте от 46 до 76 лет (средний возраст $68,4 \pm 1,6$), из них мужчин – 99, женщин – 86, проходивших на раннем госпитальном этапе курс ФР по поводу ИБС. Для диагностики различных форм ИБС применяли обще-

принятые методики (клинико-лабораторное исследование, ЭКГ, ВЭМ, ЭхоКГ). После проведения обследования по преобладающему синдрому больные были разделены на следующие группы: пациенты со стенокардией напряжения III ФК – 50 человек, с постоянной и пароксизмальной формами фибрилляции предсердий (ФП) – 56 и 34 человека соответственно и с хронической сердечной недостаточностью I – III ФК (НУНА, 1994) – 45 пациентов. Все пациенты получали нитраты, β -адреноблокаторы и АПФ, диуретики, антикоагулянты, дезагреганты в средних терапевтических дозах, пациенты с ФП – сердечные гликозиды. Каждая из групп путем рандомизации была разделена на 2 подгруппы, одна из которых получала только медикаментозное лечение, а лечение другой дополнялось ФТ на велотренажере. Используемая методика ВТ со «свободным выбором параметров нагрузки» основана на произвольном выборе пациентом всех параметров нагрузки – мощности, скорости педалирования и продолжительности [7], но под контролем гемодинамических и электрокардиографических показателей. Ориентировали пациента на выполнение работы на велотренажере «по желанию» и получение психологического комплайенса от выполняемой ФН. Перед ВТ проводился стандартизированный инструктаж больного. Первая ВТ проводилась на следующий день после проведения велоэргометрии (ВЭМ), во время которой определяли уровень пороговой мощности выполнения ВТ. Больной на протяжении 1-2 мин адаптировался к велотренажеру, осуществляя подбор частоты педалирования на «нулевой» мощности нагрузки, а затем мощность нагрузки изменялась инструктором по требованию обследуемого, но не превышала 75% от пороговой. В каждом конкретном случае время начала тренинга определялось строго индивидуально. К ВТ приступали после достижения клинического улучшения: