

Сведения об авторах статьи:

- Гильмутдинов Айдар Рашитович** – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: vmk-ufa@mail.ru.
- Яппаров Рафаэль Галеевич** – соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: vmk-ufa@mail.ru.
- Гильмутдинова Лира Талгатовна** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО, директор НИИ восстановительной медицины и курортологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: vmk-ufa@mail.ru.
- Усманов Флорит Фоатович** – соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: vmk-ufa@mail.ru.
- Минеева Люция Салаватовна** – к.м.н., зав. отделением ГУП санаторий «Юматово». Адрес: 450571, Уфимский р-он, село санатория "Юматово" имени 15-летия БАСССР, ул. Колцевая, 27. E-mail: vmk-ufa@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверкиев, В.Л. Изменения некоторых иммунологических показателей при панкреонекрозе и их коррекция /В.Л.Аверкиев, В.С.Тарасенко, Т.В. Латышева [и др.] //Хирургия. – 2003. – №5. – С.31-34.
2. Реабилитация и комплексное лечение больных в кумысолечебном санатории «Юматово» /под ред. Л.Т. Гильмутдиновой: –Уфа: Изд-во ООО «ЛИК-ТМ», 2004. – 162с.
3. Кузнецов, Н.А. Пути улучшения результатов лечения больных панкреонекрозом /Н.А.Кузнецов, Г.В. Родомин, Т.И. Шалаева [и др.] //Хирургия. – 2008. – №5. – С.40-45.
4. Лазебник, Л.Б. Имунная система и болезни органов пищеварения / Л.Б. Лазебник, Т.М. Царегородцева, А.И. Парфенов // Тер. архив. – 2004. – № 1. –С. 5-8.
5. Пономаренко Г.Н. Принципы доказательной медицины в физиотерапии // Вопросы курортологии физиотерапии и леч. физкульт. – 2004 – № 2. – С. 46.
6. Филимонов, Р.М. Физиотерапевтические факторы лечения панкреатитов / Р.М. Филимонов, С.Г.Сопова //Новое медицинское оборудование. – 2007. –№4. – С.14-17.
7. Филимонов, М.И. Оценка качества жизни больных, перенесших панкреонекроз /М.И. Филимонов, С.З. Бурневич, Ю.Н. Игнатенко // Анналы хирургии. – 2004. – №3. – С.26-29.

УДК 616.12.-005.4-018.74

© Л.Т. Гильмутдинова, А.А. Багаутдинов, Г.Т. Бикбулатова, Э.М. Салахов, А.М. Сайтова, 2013

Л.Т. Гильмутдинова, А.А. Багаутдинов, Г.Т. Бикбулатова, Э.М. Салахов, А.М. Сайтова
**ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ
 МИОКАРДА С ПРИМЕНЕНИЕМ ДОЗИРОВАННОГО ПЛАВАНИЯ**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

Представлены результаты оценки эффективности физических тренировок в виде дозированного плавания у 104 больных инфарктом миокарда на поликлиническом этапе реабилитации. Показано, что реабилитационный комплекс на основе дозированного плавания приводит к угнетению процессов липопероксидации, уменьшению уровня атерогенных липидов, возрастанию активности антиоксидантных ферментов, к значимому повышению физической работоспособности больных инфарктом миокарда.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, медицинская реабилитация, дозированное плавание, физическая работоспособность.

L.T. Gilmutdinova, A.A. Bagautdinov, G.T. Bikbulatova, Э.М. Salakhov, A.M. Saitova
**POLYCLINIC STAGE OF REHABILITATION OF PATIENTS
 WITH MYOCARDIAL INFARCTION WITH THE USE OF THE DOSED SWIMMING**

The article reveals the results of assessment of the effectiveness of physical exercise in the form of dosed swimming in 104 patients with myocardial infarction in outpatient rehabilitation. It is shown that the complex of rehabilitation on the basis of dosed swimming leads to inhibition of lipid peroxidation, and reduction of atherogenic lipids level; an increase of antioxidant enzymes activity and a significant improvement of physical health of patients with myocardial infarction.

Key words: myocardial infarction, medical rehabilitation, dosed swimming, physical performance.

Поэтапное восстановительное лечение больных инфарктом миокарда с применением немедикаментозных методов имеет большую практическую и социальную значимость. Физический аспект занимает особое место в системе реабилитации больных с инфарктом миокарда (ИМ), поскольку восстановление их способности удовлетворительно справляться с физическими нагрузками, встречающимися в повседневной жизни, составляет основу всей системы реабилитации данной категории па-

циентов [1,4,8]. Среди статико-динамических тренировок, широко применяемых на постстационарном этапе реабилитации, мало изученным, недостаточно широко используемым методом является дозированное плавание. Имеющиеся единичные исследования свидетельствуют о благоприятном его воздействии на течение ИМ на санаторном этапе [3]. Актуальным является изучение возможности физических тренировок в виде дозированного плавания в постстационарном периоде ИМ с

установлением механизмов лечебного воздействия.

Цель исследования: оценка эффективности дозированного плавания в медицинской реабилитации больных с инфарктом миокарда на поликлиническом этапе.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 104 больных (мужчин) в возрасте от 39 до 58 лет (средний возраст $49,4 \pm 2,74$ года), перенесших острый ИМ и находившихся на поликлиническом этапе реабилитации в поликлиниках МУЗ №8 и №46 г. Уфы через 3 месяца после стационарного лечения. Диагноз перенесенного ИМ устанавливался в соответствии с критериями ВОЗ. Среди исследуемых Q ИМ зарегистрирован у 52 (50%) больных, не Q ИМ – у 52 (50%) пациентов.

В зависимости от проводимых реабилитационных мероприятий методом простой рандомизации больные были разделены на две сопоставимые по возрасту и основным клиническим характеристикам группы. У больных 1-й группы (52 человека) базовый реабилитационный комплекс дополнен применением физических тренировок в виде дозированного плавания в бассейне. Среди них – 26 больных с ИМ без зубца Q и 26 больных с Q ИМ. Больные 2-й группы сравнения (52 человека) получали базовый реабилитационный комплекс без физических тренировок в бассейне. Среди них 26 больных с не Q ИМ и 26 больных с Q ИМ. Для отработки норм изучаемых показателей исследована группа здоровых лиц из 25 человек.

Дозированное плавание проводилось у лиц с устойчивыми навыками к плаванию или у тех, кто находился в воде в специально разработанном плавательном жилете. Больные во время тренировки плавали произвольным стилем со скоростью от 0,3 до 0,6 м/с с постепенным увеличением дистанции плавания в метрах. Продолжительность процедуры начиналась с 5 минут с последующим увеличением на 3 минуты через каждые 2-3 дня, и продолжительность доводилась до 30-40 минут. Занятия проводились в первой половине дня с частотой 3 раза в неделю при температуре воды 28-29 градусов. Занятия включали разминку (5-7 минут) на уровне 40% от пороговой нагрузки, тренирующей части (20-30 минут) на уровне 60% от пороговой нагрузки, заключительной части, аналогичной разминке. После процедур пациенты в течение 20 минут отдыхали в комнате отдыха. Перед спуском в воду и после плавания в бассейне измерялись пульс и артериальное давление.

Электрокардиограмма регистрировалась до и после физических нагрузок.

Базовый реабилитационный комплекс в условиях поликлиники включал гипохолестеролическую диету, занятия лечебной гимнастикой, прогулки на открытом воздухе. В базисную медикаментозную терапию входили ингибиторы АПФ, аспирин, нитраты пролонгированного и короткого действия. Исследования не проводились у лиц с осложненными вариантами течения ИМ, в том числе нарушениями ритма и проводимости, с недостаточностью кровообращения выше II ФК по NYHA, с сопутствующими заболеваниями печени, почек, легких, крови, эндокринной системы.

Исследование проводилось до назначения реабилитационных мероприятий через 3 и 6 месяцев. Осуществлялось электрокардиографическое (ЭКГ), эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследования, суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ, определялась индивидуальная толерантность больных к физической нагрузке на велоэргометре. Изучалось состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) плазмы крови по содержанию малонового диальдегида (МДА), продуктов липопероксидации – диеновых конъюгатов (ДК), кетодиенов и сопряженных триенов (КД и СТ). Состояние антиоксидантной системы крови изучалось по активности ферментов – каталазы и супероксиддисмутазы, а также параметры липидного спектра общепринятыми методами [2, 5, 9].

Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с помощью биометрических методов анализа с использованием пакета стандартных статистических программ «Statistika for Windows». Достоверность различий определяли с помощью критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

У больных ИМ до реабилитационных мероприятий выявлены высокие концентрации МД, ДК, КД и СТ в плазме крови, что свидетельствует об усилении процессов ПОЛ. Смещения параметров оказались более существенными у больных, перенесших Q-ИМ. При этом выявлены низкие показатели общей антиоксидантной активности плазмы крови (ОАА) и ключевых антиокислительных ферментов (супероксиддисмутазы и каталазы). При Q-ИМ сдвиги параметров более значимы, чем при не Q-ИМ (табл. 1).

На фоне реабилитационных комплексов с применением физических тренировок в виде дозированного плавания у больных 1-й груп-

пы отмечается достоверное снижение уровня продуктов ПОЛ. Физические тренировки привели к снижению ДК на 35,1% ($p<0,01$) и 33,7% ($p<0,01$) при не-Q- и Q-ИМ соответственно. Через 6 месяцев значения ДК, малонового диальдегида, кетодиенов и сопряженных триенов значимо стали ниже исходных величин с приближением к значениям здоровых, что свидетельствует о стабилизации процессов ПОЛ. При этом на фоне физических тренировок наблюдается усиление активности антиоксидантных свойств крови: значения ОАА на 20,1% ($p<0,05$) выше исходных у больных с не Q-ИМ и на 24,09%

($p<0,05$) – с Q-ИМ, при увеличении СОД на 29,4% ($p<0,05$) и на 34,9% ($p<0,05$) и росте каталазы на 20,1% ($p<0,05$) и на 26,4% ($p<0,01$) при не Q- и Q-ИМ соответственно (табл.1). В группе сравнения при наличии выявленных однонаправленных сдвигов показателей динамика антиоксидательных ферментов и параметров ПОЛ незначима. Известно, что усиление процессов липопероксидации является одним из ведущих звеньев в патогенезе ИБС, а наряду с нарастанием окислительного метаболизма в организме происходит ингибирование активности антиоксидантных ферментов [5, 10].

Таблица 1

Влияние реабилитационных комплексов на динамику показателей ПОЛ и АОС плазмы крови у больных Q-ИМ ($M\pm m$)

Показатели	Здоровые	Группы	До реабил. мероприятий	1-я группа		2-я группа	
				через 3 мес	через 6 мес	через 3 мес	через 6 мес
ДК, ед/мл	3,06±0,07	1	5,31±0,09	4,98±0,13*	3,90±0,11*	3,52±0,05**	3,23±0,06**
		2	5,3±0,10	5,21±0,09	4,30±0,14*	5,09±0,11	4,30±0,14*
КД и СТ, ед/мл	1,68±0,1	1	3,69±0,11	2,94±0,07**	1,98±0,08**	1,80±0,09**	1,66±0,11**
		2	3,71±0,09	3,51±0,12	3,34±0,04**	3,47±0,11	3,34±0,04**
МДА, мкмоль/л	1,88±0,1	1	5,01±0,19	4,76±0,12	2,96±0,11**	2,73±0,10**	1,99±0,12**
		2	5,0±0,14	4,90±0,11	4,09±0,12*	4,70±0,21	4,09±0,12*
ОАА, %	31,5±1,3	1	22,41±1,0	27,81±0,07*	27,96±0,84*	28,91±1,01*	30,40±1,06*
		2	22,39±1,1	24,72±1,19*	4,83±1,09*	24,72±1,19*	24,83±1,09*
СОД, усл.ед/мл	3,2±0,1	1	2,06±0,11	2,78±0,16**	2,82 ±0,11**	2,98±0,13**	3,03 ±0,12**
		2	2,09±0,12	2,39±0,15	2,54±0,18*	2,39±0,15	2,54±0,18*
Каталаза, мл.кат/л	18,0±1,1	1	12,12±0,8	15,33±1,11*	15,04±1,10*	15,33±1,12*	17,24±1,11*
		2	12,09±0,7	13,74±1,13	13,89±1,12	13,74±1,13	13,89±1,12

* Значимость различий показателей в сравнении с исходными, ° – с группой сравнения

У большинства больных, перенесших ИМ, выявлены нарушения липидного обмена. На фоне дозированного плавания у больных 1-й группы отмечены сдвиги в липидном спектре в сторону снижения атерогенных липидов при росте уровня ХСЛПВП в сравнении с исходными значениями. Во 2-й группе (сравнения) при динамическом наблюдении отмечается отсутствие достоверных изменений параметров липидного спектра при тенденции к снижению концентрации ОХС, ХСЛПНП и ТГ, что, возможно, связано с соблюдением гипополипидемической диеты (табл.2).

Анализ параметров внутрисердечной

гемодинамики показал отклонения в значениях исследованных параметров, наиболее выраженные у больных с Q ИМ. Наблюдалось значимое увеличение по сравнению со здоровыми конечно-систолических и конечно-диастолических объемов и размеров (КСО, КСР, КДО, КДР), общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС), достоверное снижение ударного и минутного объемов (УО и МО), фракции выброса (ФВ). Отмечено снижение толерантности к физическим нагрузкам на 52,2% ($p<0,001$), объема выполненной работы – на 54,1% ($p<0,001$), двойного произведения – на 26,2% ($p<0,05$) от уровня здоровых.

Таблица 2

Динамика липидного спектра плазмы крови у больных ИМ на фоне реабилитационных комплексов ($M\pm m$)

Показатели	Здоровые	Группы	До реабил. мероприятий	1-я группа		2-я группа	
				через 3 мес	через 6 мес	через 3 мес	через 6 мес
ОХС, ммоль/л	4,25±0,22	1	5,42±0,1	5,16±0,05**	5,02 ±0,06**	4,63±0,13**	4,59±0,09**
		2	5,38±0,11	5,33±0,02	5,29±0,04	5,33±0,14	5,29±0,19
ТГ, ммоль/л	1,28±0,06	1	2,30±0,05	1,91±0,04**	1,89±0,03**	1,82±0,21*	1,80±0,12*
		2	2,32±0,08	2,27±0,04	2,25±0,02	2,20±0,01*	1,90±0,12*
ХСЛПВП, ммоль/л	1,59±0,11	1	1,14±0,07	1,25±0,01**	1,26±0,04**	1,42±0,04*	1,57±0,07**
		2	1,10±0,08	1,15±0,04	1,15±0,02	1,15±0,09	1,17±0,07
ХСЛПНП, ммоль/л	2,38±0,03	1	3,36±0,16	3,04±0,03**	2,90±0,08**	2,42±0,28**	2,38±0,26**
		2	3,30±0,12	3,15±0,04	3,12±0,06	3,06±0,18	3,06±0,16

* Значимость различий показателей в сравнении с исходными, ° – с группой сравнения, $p<0,05$.

На фоне дозированного плавания в бассейне в 1-й группе больных с Q ИМ отмечено уменьшение КСР с 3,80±0,03 до 3,70±0,03 см

($p<0,05$), КСО – на 6,8% ($p<0,05$), КДР – с 5,60±0,08 до 5,41±0,07 см ($p>0,05$), КДО – на 3,1% ($p<0,05$), увеличение УО – на 5,4%

($p < 0,05$), МО – на 4,8% ($p > 0,05$), ФВ – на 5,2% ($p < 0,05$) от исходных величин. Выявлено достоверное снижение ОПСС на 7,9% ($p < 0,05$). Включение физических тренировок в виде дозированного плавания привело к увеличению толерантности к физической нагрузке у больных с Q ИМ на 23,7% ($p < 0,01$) от исходных величин, на фоне достоверного увеличения объема выполненной работы – на 27,3% ($p < 0,01$). Значение ДП при этом возросло на 18,1% ($p < 0,05$). В группе сравнения при однонаправленных сдвигах параметров гемодинамики их значения статистически не отличались от исходных показателей. По данным суточного мониторирования ЭКГ, у больных 1-й группы отмечено достоверное снижение среднего количества эпизодов болевой и «немой» ишемии миокарда за 24 часа с $4,31 \pm 0,67$ до $1,54 \pm 0,32$, уменьшение общей длительности болевой и «немой» ишемии миокарда за сутки. В группе сравнения изучаемые параметры имели однонаправленные изменения, при их менее выраженном характере по сравнению с 1-й группой.

Кроме того, следует отметить, что физические тренировки в виде дозированного плавания способствуют устранению детренированности, мобилизуют резервы сердечно-сосудистой системы, повышают качество жизни. Ощутимым успехам в оптимизации качества жизни больного закрепления благоприятных привычек способствовало участие больных и членов их семей на занятиях кардио-школы при поликлиниках. При этом в программы занятий включены вопросы профилактики ишемической болезни сердца,

снижения факторов риска, изменения образа жизни и питания больных, рекомендаций по физической и психологической реабилитации. Повышение уровня знаний и приверженность больных к выполнению врачебных рекомендаций наблюдалось у 67% пациентов, регулярно посещавших эти занятия.

Выводы

1. Физические тренировки в виде дозированного плавания в бассейне в комплексе медицинской реабилитации больных с инфарктом миокарда в условиях поликлиники способствуют угнетению процессов перекисного окисления липидов с возрастанием активности антиокислительных ферментов – каталазы и супероксиддисмутазы, оказывают гиполипидемический эффект со снижением уровня атерогенных липидов и коэффициента атерогенности.

2. Включение физических тренировок в виде дозированного плавания в комплекс реабилитации больных с инфарктом миокарда на амбулаторно-поликлиническом этапе приводит к существенному возрастанию физической работоспособности больных, уменьшению объемных параметров внутрисердечной гемодинамики, увеличению сократительной способности миокарда со значимым повышением эффективности реабилитационных мероприятий. Занятия в кардио-школе в условиях поликлиники существенно повышают знания больных по профилактике заболевания, лечебному питанию и повышают приверженность к выполнению врачебных рекомендаций.

Сведения об авторах статьи:

Гильмутдинова Лира Талгатовна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО, директор НИИ восстановительной медицины и курортологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: vmk-ufa@mail.ru.

Багаутдинов Азат Ахатович – соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: vmk-ufa@mail.ru.

Бикбулатова Гульнара Тимуровна – соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: vmk-ufa@mail.ru.

Салахов Энвер Масабинович – соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: vmk-ufa@mail.ru.

Сантова Альфия Музафаровна – соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: vmk-ufa@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов, Д.М. Постгоспитальный этап реабилитации больных ишемической болезнью сердца /Д.М.Аронов, М.Г.Бубнова, Г.В.Погосова //Сердце: журнал для практикующих врачей. – 2005. – №2(20). – С.103-107.
2. Галактионова, Т.Р. Определение диеновых конъюгатов, ацилгидроперекисей и сопряженных триенов в гептаизопропиловом экстракте / Т.Р. Галактионова // Клин. лаб. диагностика. – 1998. – № 6. – С. 10-14.
3. Гильмутдинова Л.Т., Валеева Э.Р. [и др.] Влияние физических упражнений в глубоководном бассейне на клинико-биохимический статус больных инфарктом миокарда на санаторном этапе //Сб. научных трудов ассоциации специалистов восстановительной медицины. – Сочи, 2003. –С.119-121.
4. Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов. – М.: Медицина, 2000. – 327с.
5. Ланкин, В.З. Свободнорадикальные процессы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы /В.З. Ланкин, А.К. Тихазе, Ю.Н. Беленков // Кардиология. – 2000. – № 7. – С. 48-53.
6. Лядов, К.В., Преображенский В.Н. Реабилитация кардиологических больных. – М.: Геотар медиа, 2005. – 277с.
7. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. – М.: Медицина, 1988. – 161с.

8. Оганов, Р.Г. Вклад сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в здоровье населения России // Сердце. – 2003. – №2. – С.4-12.
9. Стальная, Н.Д. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты / Н.Д. Стальная, Т.Г. Гарипов // Современные методы в биохимии. – М.: Наука, 1997. – С. 66-68.
10. Титов, В.Н. Атеросклероз как патология полиеновых жирных кислот / В.Н. Титов // Биологические основы патогенеза, диагностики профилактики и лечения атеросклероза. – М.: Наука, 2002. – 617 с.

УДК615.831.6.015.21:615.838

© Л.Т. Гильмутдинова, А.В. Киселева, Д.Р. Исева, Б.Р. Гильмутдинов, 2013

Л.Т. Гильмутдинова, А.В. Киселева, Д.Р. Исева, Б.Р. Гильмутдинов
**СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СУЛЬФИДНЫХ ВАНН
 И МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕРМАТОЗАМИ**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

Представлены результаты сочетанного применения сульфидных ванн и магнитолазерной терапии в комплексном лечении 84 больных с дерматозами. Показано, что сульфидные ванны способствуют регрессу клинических симптомов заболевания, улучшению биохимических и иммунологических параметров, психоэмоционального статуса и улучшению показателей качества жизни. Сочетание сульфидных ванн с магнитолазерным облучением повышает терапевтический эффект.

Ключевые слова: дерматозы, сульфидные ванны, магнитолазерная терапия, качество жизни.

L.T. Gilmutdinova, A.V. Kiseleva, D.R. Iseva, B.R. Gilmutdinov
**COMBINED USE OF SULFIDE BATHS AND MAGNETIC-LASER THERAPY
 IN PATIENTS WITH DERMATOSES**

The results of combined application of sulfide baths and magnetic-laser therapy in a complex treatment of 84 patients with dermatoses are presented in the article. It is shown that sulfide baths promote the regression of clinical symptoms of dermatosis, the improvement of biochemical and immunological parameters of psycho-emotional status and the quality of life. The combination of sulfide bath with magnetic-laser irradiation increases therapeutic effect.

Key words: dermatoses, sulfide baths, magnetic-laser therapy, quality of life.

Дерматозы являются распространенной кожной патологией, которая существенно снижает качество жизни и работоспособность пациентов, требует длительной терапии с применением как медикаментозных, так и немедикаментозных средств. При этом лекарственная терапия не всегда достаточно эффективна, что выражается в частых рецидивах заболевания и возникновении побочных эффектов от медикаментозных средств, ввиду этого требуется поиск новых подходов к терапии дерматозов.

Цель исследования: оценка эффективности сочетанного применения сульфидных ванн и магнитолазерной терапии в комплексном лечении больных с дерматозами.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 84 больных с дерматозами, средний возраст больных 35,1±2,74 года. Среди них 54 пациента с атопическим дерматитом, 16 – с экземой, 14 пациентов с псориазом, из них женщин – 72,9%, мужчин – 27,1%. Давность заболевания составила от 3-х до 6 лет.

В зависимости от проводимой терапии больные методом простой рандомизации были разделены на группы. 1-ю группу составили больные (n=28), в комплекс лечения которых включены процедуры бальнеотерапии с

использованием хлоридно-натриевых сульфидных минеральных вод (M40г/л; H₂S 120мг/л) в количестве 8-10 ежедневных процедур на курс. Больные 2-й группы (n=28) дополнительно получали сеансы магнитоинфракрасно-лазерной терапии с применением накожного облучения в зоне проекции крупных сосудистых пучков: подключичного сосудистого пучка, пахового и локтевых ямок по разработанной методике. Использовался аппарат «МИЛТА – Ф» для облучения по разработанным параметрам по 2 минуты на каждую область, на курс – 10-12 ежедневных процедур. Группа сравнения (n=28) получала базисную терапию без бальнеопроцедур и сеансов магнитолазерной терапии: лечебное питание, лечебная гимнастика, медикаментозная терапия с включением антигистаминных и десинтоксикационных препаратов.

Исследование больных проводилось до назначения разработанных комплексов и в динамике проводимой терапии, в конце курса терапии, через 6 и 12 месяцев. Клиническое обследование включало сбор жалоб и анамнеза заболевания, данных об эффективности ранее проводимой терапии. Проводили клинический и биохимический анализы крови с определением уровня индикаторных ферментов – АЛТ и АСТ, сиаловых кислот и С-