

включающей 15-минутный тренинг на велоэргометре. Интенсивность нагрузки – индивидуальная в зависимости от толерантности к физической нагрузке, контроль за переносимостью нагрузки велся по частоте сердечных сокращений. Основная цель физического компонента восстановительной программы – повысить уровень физической работоспособности лиц с ДСТ и нормализовать вегетативный тонус всех систем организма как ведущую «поломку» при ДСТ.

Физическая работоспособность оценивалась по тесту PWC150 для формирования групп по уровню толерантности к физической нагрузке (рис. 18). Первая группа с низким уровнем толерантности к физической нагрузке 50-100 Вт. В этой группе (n=60) назначался режим «малых» нагрузок (от 25 до 50 Вт – 150-350 кгм/минуту) при ЧСС во время занятий 100-110 в минуту. Вторая группа (n=60) – уровень толерантности более 100 Вт, назначался режим «средних» физических нагрузок: 350-550 кгм/мин при ЧСС от 100 до 130 в минуту. Интенсивность режима определялась мощностью нагрузки при индивидуальной «тренирующей» частоте сердечных сокращений, рассчитанной по формуле И.В. Аулика.

Из этапа физической реабилитации были исключены лица с интолерантностью к физической нагрузке, которые не смогли выполнить работу 50 Вт. У этих пациентов физическая реабилитация невозможна – проводилась медикаментозная коррекция как подготовительный этап к физической реабилитации [51]. Назначался препарат диосмин («детралекс-500» по 1 таблетке 2 раза в день 1 месяц), что приводило к повышению уровня физической работоспособности до 50 Вт.

Использовался режим ступенчатого повышения или снижения уровня нагрузки. При адекватном реагировании пациента и ЧСС на предлагаемые нагрузки режим тренировок в группах сохранялся, либо интенсивность его повышалась на ступень вверх (рис. 18). При отсутствии положительной динамики критериев эффективности восстановительного лечения, пациенты переводились на более щадящий режим (ступень вниз).

При построении «тренирующих» программ выбор фактора воздействия соответствовал ведущему проявлению диспластического процесса. Так, для лиц с астенической конституцией, марфаноподобным габитусом, деформациями грудной клетки 1 степени предлагались занятия на тренажерах для укрепления мышц груди, спины, живота, конечностей, а также велотренажерах.

Для пациентов с нарушениями осанки, сколиозами 1-2 степеней, высокой миопией оптимальными средствами комбинированного тренирующего воздействия стали: лечебное плавание, корригирующая